

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POST OPERADOS DE
FRACTURA DE MIEMBROS INFERIORES EN LA UUHH C-2-2
TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL “CRL LUIS
ARIAS SCHEREIBER”. 2015 – 2017**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRURGICO**

HAYDEE MARIN SILVA

CALLAO, 2018

PERÚ



273



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**

ACTA N° 190-2018

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL XLI CICLO DE TALLER DE TRABAJO
ACADÉMICO PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL**

Siendo las 14:30 horas del día miércoles siete de noviembre del dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao, se reunió el Jurado Examinador del XLI Ciclo de Taller de Trabajo Académico para la obtención de Título de Segunda Especialidad Profesional; conformado por los siguientes docentes:

Dra. Ana Elvira López de Gómez	Presidenta
Mg. César Ángel Durand Gonzáles	Secretario
Mg. Haydee Blanca Román Aramburú	Vocal

Con el fin de evaluar la sustentación del Trabajo Académico titulado "**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POST OPERADOS DE FRACTURA DE MIEMBROS INFERIORES EN LA UHH C-2-2 TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL "CRL LUIS ARIAS SCHEREIBER". 2015 - 2017**", presentado por la licenciada MARÍN SILVA HAYDEE. Con el quórum establecido según el Reglamento de Estudios de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N°100-2016-CU, luego de la sustentación, los miembros del Jurado Examinador formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Examinador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa **BUENO**, y calificación cuantitativa **DIECISIETE (17)** el Trabajo Académico para la obtención del **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS** conforme al Art. 64° de Reglamento mencionado, con lo que se dio por terminado el acto, siendo las 14:45 horas del mismo día.

Callao, 07 de Marzo del 2018

Dra. Ana Elvira López de Gómez
Presidenta del Jurado Revisor

Mg. César Ángel Durand Gonzáles
Secretario del Jurado Revisor
Mg. Haydee Blanca Román Aramburú
Vocal de Jurado Revisor

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	03
I. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	05
1.1 Descripción de la situación problemática	05
1.2 Objetivo	07
1.3 Justificación	07
II. MARCO TEORICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco conceptual	25
2.3 Definición de términos	35
III. EXPERIENCIA LABORAL	36
3.1 Recolección de datos	36
3.2 Experiencia profesional	36
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	37
IV. RESULTADOS	39
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIALES	42
ANEXOS	44

INTRODUCCION

El aparato locomotor humano está formado por el sistema osteoarticular (huesos, articulaciones y ligamentos) y el muscular (músculos y tendones). Las extremidades inferiores, además de soportar el peso del cuerpo, son las principales responsables de su desplazamiento, lo que sin duda las convierte en candidatas preferentes a presentar todo tipo de lesiones y traumatismos. El movimiento y la actividad física son inherentes al género humano. Desde bien pequeños se enseña a los niños a caminar y, un poco más adelante, se les insiste en la importancia de la práctica habitual de ejercicio físico. Los beneficios del movimiento y de una práctica deportiva regular son diversos: permite la oxigenación del organismo, libera energía, mejora la circulación sanguínea, ayuda a prevenir la obesidad, disminuye la tensión arterial, preserva la fortaleza del tejido conjuntivo, retrasa la degeneración propia del paso de los años y ayuda a combatir la depresión, entre otras cosas. Además, los deportes colectivos favorecen la socialización y el compañerismo. Traumatismos de una forma general, se habla de traumatismo haciendo referencia a cualquier agresión que presenta el organismo como consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos (caídas accidentales, sobrecargas). Las fracturas son lesiones traumáticas que se definen como la pérdida de continuidad en el hueso. La sintomatología más frecuente que acompaña a este tipo de lesiones es el dolor (que se hace muy intenso cuando se pretende mover la extremidad afectada), deformidad, desdibujo, acortamiento (dependerá mucho del tipo de rotura, de la cantidad y desplazamiento de los fragmentos), inflamación, aparición de hematoma y marcada impotencia funcional. Cualquier decisión de intervención ante una lesión de este tipo debe tener en cuenta la posibilidad de que haya habido o se pueda producir una lesión en las partes blandas adyacentes (vasos sanguíneos, fibras nerviosas), hemorragia y shock hipovolémico, infección (en fracturas abiertas). El

tratamiento definitivo de este tipo de lesiones pasa por el traslado del afectado a un centro sanitario y debe ser realizado por un facultativo. (1)

En esta investigación se emplea el Modelo conceptual de Atención de Virginia Henderson fue una estadounidense que pasó su vida dedicada a la práctica e investigación de la enfermería. Desde 1950, su total dedicación a la misma dio origen a teorías y fundamentos que se aplican hasta la fecha.

Las necesidades de Virginia Henderson son una teoría o modelo que define el enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital. La idea es asistir o contribuir a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo. También incluye la asistencia a una persona enferma ayudando a llevarlo a una muerte tranquila y pacífica. (2)

Se elaboró un trabajo académico, "Cuidados de enfermería a pacientes post operados de fractura de miembros inferiores en la UUHH C-2-1 TRAUMATOLOGIA del HOSPITAL MILITAR CENTRAL "LUIS ARIAS SCHEREIBER". 2015-2017 debe brindar a pacientes post operados con fracturas de Miembros Inferiores con eficiencia, eficacia, calidad y calidez, además de utilizar los diagnósticos de enfermería con la Taxonomía (NANDA, NIC, NOC).

El presente trabajo consta de 7 apartados: Planteamiento de problema, marco teórico, experiencia laboral, resultados, conclusiones, recomendaciones, referenciales.

I. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Una fractura es la solución de continuidad del tejido óseo en cualquier hueso del cuerpo se produce como consecuencia de un esfuerzo excesivo que supera la resistencia del hueso, es decir es la consecuencia de una sobrecarga única o múltiple y se produce en milisegundos. Los extremos fracturados producen una lesión de las partes blandas lo que se aumenta por el proceso de implosión de la fractura.

Las fracturas de la cadera o de la extremidad proximal del fémur incluye las fracturas de cabeza, cuello y área trocantérea. Anatómicamente distinguimos las siguientes partes:

- Cabeza, que es la epífisis.
- Cuello (unión entre la cabeza y el macizo trocantéreo), es la metáfisis
- Segmento trocantéreo: entre trocánter mayor y el límite inferior del menor
- Región subtrocantérea: desde el trocánter menor hasta 5 cm por debajo

En conjunto el 33% de las mujeres y el 17% de los hombres que vivan hasta los 90 años sufrirán una fractura de cadera. En España hay de 130 a 200 casos por 100.000 habitantes, es decir, hay unos 63 mil casos totales al año.

El 60% de las fracturas del cuello se sitúan en la región trocantérea por que pierde trabéculas mas rápido, sobre todo si se es de edad avanzada.

En Estados Unidos se presentan aproximadamente ocho millones de fracturas anuales y de ellas entre cinco y 10% desarrollan retraso o ausencia en la consolidación ósea. Existen diferentes factores bien conocidos que promueven este retraso, entre los cuales se encuentra el uso de los anti trombóticos como terapia profiláctica de la trombosis venosa profunda, la cual aparece de 40 a 60% en pacientes que no los utilizan y son sometidos a cirugías ortopédicas.

En el año 2014 el Ministerio de Transportes y Comunicaciones reportó 1 01, 1 04 accidentes de tránsito, hallándose 98,770 en el área urbana y 2,334 en el área rural Asimismo, hubieron 2798 fallecidos; 1972 en el área urbana y 826 en el rural.

Las lesiones causadas por accidentes de tránsito causan pérdidas económicas considerables a las víctimas, a sus familias y a los países en general. Se producen pérdidas a consecuencia de los costos del tratamiento (incluidas la rehabilitación y la investigación del accidente) y de la pérdida o disminución de la productividad (por ejemplo, en los sueldos) por parte de quienes resultan muertos o lastimados, y para los miembros de la familia que deben distraer tiempo del trabajo o la escuela para atender a los lesionados.

Las fracturas de miembros inferiores provocan efectos mensurables desde el punto de vista económico, pero también costos sociales que afectan la tranquilidad y salud de la población. Nos referimos al impacto en las familias, que deben soportar la tragedia de que uno o más de sus miembros fallezcan o queden discapacitados y, por tanto, imposibilitados de desarrollar su vida familiar y social con normalidad.

Teniendo en cuenta la problemática planteada se desea determinar
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POST OPERADOS
DE FRACTURA DE MIEMBROS INFERIORES.

1.2 Objetivos:

Analizar la atención de enfermería en pacientes post operados de miembros inferiores en base al modelo conceptual de atención de enfermería de Virginia Henderson y los métodos enfermeros NANDA.

1.3 Justificación

El presente estudio está relacionado con la atención de enfermería a pacientes post operados de fractura de miembros inferiores, en el mismo se proponen cuidados de enfermería cimentados en el Modelo Conceptual de Atención de Enfermería de Virginia Henderson basados en la identificación de 14 necesidades básicas del paciente que integran los elementos del cuidado enfermero y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se utiliza la clasificación de diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y la clasificación de intervenciones de enfermería de la Nursing Interventions Classification (NIC). La investigación se la realizó en el Área de Traumatología del Hospital Militar Central “Luis Arias Schreiber”, ubicado en el distrito de Jesús María - Lima – Perú en los años del 2015 – 2017.

Un periodo ocurrido entre 1980 y 2000 durante la escala armada de grupos subversivos establecidos en el centro y sur del país que buscaba derrocar al entonces gobierno peruano y establecer un gobierno bajo la doctrina comunista. Esta época es considerada la más brutal de la historiografía peruana por el número de víctimas. Según la estimación es de 70 000 personas habrían fallecido en el fuego cruzado entre los subversivos y las fuerzas del estado, sin contar las centenas de personas civiles y militares que quedaron heridas por armas de fuego.

Actualmente aún podemos escuchar en las noticias sobre diversos atentados que nuestras Fuerzas Armadas y Policía Nacional son las

víctimas dejando muertes y secuelas de arma de fuego, entre las secuelas que encontramos en un Hospital castrense podemos mencionar: fracturas de miembros inferiores, TEC, etc; por lo cual las instituciones de salud castrense se encuentra capacitados para la atención de estos tipos de sucesos, el personal de salud debe contar con la capacitación necesaria para atender con calidad, eficiencia y eficacia estos tipos de situaciones.

En servicio de Traumatología C-2-1 del Hospital Militar Central está ubicada en el segundo piso de la entidad hospitalaria, fue inaugurada hace aproximadamente más de 30 años, está conformada por 12 ambientes de 8 camas, que corresponden al cuidado de pacientes traumatológicos. Estos ambientes están a cargo de 11 profesionales en enfermería que rotan mensualmente en el área.

Según las estadísticas de la entidad durante el mes se encuentran hospitalizados aproximadamente 30 pacientes con fractura de miembros inferiores de usuarios del sexo masculino con edades aproximadas entre los 18-50 años y con diagnóstico de fractura de miembros inferiores, fémur, cadera, etc.

El presente trabajo de investigación nos permite contribuir en las diferentes esferas de Enfermería:

Nivel teórico: el presente trabajo servirá para profundizar conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería en pacientes post operados de fracturas de miembros inferiores.

Nivel social: es el compromiso, la toma de conciencia y sensibilización por parte del personal de Enfermería que tienen a sus cuidados pacientes post operados de fracturas de miembros inferiores.

Nivel práctico: el presente trabajo permitirá aumentar conocimientos sobre la correcta atención de pacientes post operados de fracturas de miembros inferiores.

Nivel económico: Se producen pérdidas a consecuencia de los costos del tratamiento y rehabilitación.

A partir de esta investigación realizada se podría aplicar el plan de intervenciones de enfermería a los pacientes post operados de fractura de miembros inferiores en el Área de Traumatología del Hospital Militar Central basados en el Modelo de Atención de Enfermería de Virginia Henderson, además de la sugerencia de la elaboración y socialización de un protocolo de atención de enfermería para este tipo de pacientes, ya que se ha demostrado que es sumamente indispensable.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Según www.srt.gob.ar/images/pdf/Protocolo_miembros_inferiores El diagnóstico y el tratamiento de aquellas que no se encuentren incluidas en el presente Anexo, así como las complicaciones, se deben efectuar de acuerdo a los cánones establecidos por la bibliografía nacional e internacional siguiendo las premisas de celeridad, oportunidad y calidad determinados por el Sistema de Riesgos del Trabajo. Los controles clínico- radiográficos deberán efectuarse en el post operatorio inmediato, a las CUARENTA Y OCHO (48) horas y luego cada QUINCE (15) días, excepto en los casos que la presente guía determine con otra frecuencia o se presente alguna complicación. Los tiempos de inmovilización establecidos son estimativos, pudiendo variar de acuerdo a la evolución clínico- radiológico observado. Las sesiones de fisiokinesiología se deberán efectuar con una frecuencia diaria. La toilette quirúrgica de las fracturas expuestas deberá realizarse en forma inmediata a la recepción del paciente. La osteosíntesis podrá efectuarse en forma primaria o en un segundo tiempo. El damnificado deberá ser evaluado por infectología. En las complicaciones vasculares y en los síndromes compartimentales el tratamiento es de urgencia. (8)

Según www.valledellili.org Los accidentes constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes en todo el mundo, porque ocasionan una elevada mortalidad y discapacidades permanentes. Generalmente los accidentes ocurren a causa de hechos, circunstancias y condiciones ambientales que los facilitan y que, sin excepción, son prevenibles. El aparato locomotor humano está formado por el sistema osteoarticular (huesos, articulaciones y ligamentos) y el muscular (músculos y tendones). Las extremidades inferiores, además de soportar el peso del cuerpo, son las principales responsables de su

desplazamiento, lo que sin duda las convierte en candidatas preferentes a presentar todo tipo de lesiones y traumatismos. Traumatismos óseos Las fracturas son lesiones traumáticas que se definen como la pérdida de continuidad en el hueso. La sintomatología más frecuente que acompaña a este tipo de lesiones es el dolor (que se hace muy intenso cuando se pretende mover la extremidad afectada), deformidad, desdibujo, acortamiento (dependerá mucho del tipo de rotura, de la cantidad y desplazamiento de los fragmentos), inflamación, aparición de hematoma y marcada impotencia funcional. Cualquier decisión de intervención ante una lesión de este tipo debe tener en cuenta la posibilidad de que haya habido o se pueda producir una lesión en las partes blandas adyacentes (vasos sanguíneos, fibras nerviosas), hemorragia y shock hipovolémico, infección (en fracturas abiertas). El tratamiento definitivo de este tipo de lesiones graves de las extremidades inferiores sigue siendo un desafío formidable. El abordaje oportuno con un equipo multidisciplinario, que ha sido ampliamente aceptado en la atención del trauma extenso de la extremidad inferior aumenta las tasas de sobre vida de estos pacientes. (9)

Según **un estudio publicado por Infomed, Portal de Salud de Cuba**, en cuanto a la complicación de las fracturas refiere que las fracturas pueden presentar complicaciones, por una parte derivadas del propio accidente, y de otra, como verdaderas complicaciones producto del tratamiento. Tras el accidente una fractura puede traer las siguientes principales complicaciones: Embolia grasa, Síndrome compartimental, Síndrome de aplastamiento, Sección del paquete vásculo-nervioso principal, Daño tendinoso-muscular. Como consecuencias que sobrevienen del tratamiento, las siguientes son las principales complicaciones de las fracturas: Infecciones, Retardo de consolidación, Pseudoartrosis, Consolidación viciosa, Rigidez articular, Atrofias óseas de Sudek, Artrosis secundaria.⁶ Otro estudio publicado por este portal refiere que las fracturas diafisarias de tibia y peroné son las fracturas más

frecuentes del esqueleto (15%), este segmento en su cara antero interna carece de músculos y solo se cubre de piel, por ellos sus fracturas se exponen a mayor incidencia 75-85% a su vez suele ser asiento de hematomas, compromisos vásculo-nerviosos, osteomielitis, Pseudoartrosis y vicios de consolidación.⁷ Un estudio publicado por la Revista revisiones bibliográficas acerca del tratamiento de fracturas del extremo distal de radio refiere que el peso a aplicar en este tipo de lesiones debe ser de 4,5 hasta 10 kg; mediante el control radiográfico puede evitarse la sobre distracción que es perjudicial a causa de poder producirse rigidez de las articulaciones metacarpo-falángicas. Cuando exista una diferencia mayor de 2 mm entre el hueso grande y el semilunar está indicado que debe disminuirse el peso de la distracción. (10)

Según **un estudio publicado por la revista “Acta Ortopédica Mexicana”** relacionado con el efecto analgésico preoperatorio de la tracción cutánea en fracturas de cadera donde indican que la recomendación tradicional en el manejo pre-operatorio de la fractura de cadera consiste en la aplicación de un peso de contracción de 2.25 a 4.5 Kg. En el estudio llegaron a la conclusión de que la 6 (Dr. Aybar, 2008) 7 (Dr. Barrenechea, 2007) 8 (Pancorbo, Martín, Delgado, & Henández, 2005) 22 tracción cutánea con fines analgésicos en este tipo de lesión no produce alivio significativo del dolor y tampoco facilita la reducción quirúrgica ni los resultados de la misma, por lo que su utilización en este tipo de fracturas no debería ser de uso rutinario.⁹ Según otra publicación de esta revista acerca del manejo pre-quirúrgico con tracción esquelética en fracturas distales de tibia, refiere que los estudios revisados ponen de manifiesto la necesidad de aplicar protocolos de «tratamiento precoz definitivo» (early total care) y «cirugía ortopédica de control de daños» (damage control orthopaedicsurgery), intentando estabilizar las fracturas en las primeras 24 horas para limitar la respuesta inflamatoria sistémica y permitir un control respiratorio adecuado de estos pacientes, disminuyendo así las cifras de morbilidad y los costes de la atención

sanitaria.¹⁰ Un estudio realizado en el hospital universitario La Paz. Madrid y publicado por la revista ortopédica acerca del Manejo prequirúrgico con tracción esquelética en fracturas distales de tibia se decide colocar una tracción esquelética a nivel del calcáneo hasta completar un peso de contracción de 10% del peso corporal, además considera que el uso de la tracción esquelética transcalcánea en comparación al uso de vendaje de Jones mejoró las condiciones clínicas del segmento distal de la pierna antes y después del evento quirúrgico.(11)

Un artículo científico publicado en el 2006 por la revista Enfermería Integral, acerca de una guía de cuidados de enfermería, en una paciente con fractura de fémur, considera que la enfermería durante todo el proceso de hospitalización detecta necesidades y marca objetivos, pero debido a múltiples causas, puede ser que no queden registrados (falta de personal, falta de conocimiento de la taxonomía, falta de formación metodológica, carencia de herramientas informáticas, etc.), aunque los resultados de las intervenciones de enfermería son los adecuados, no se puede evaluar y cuantificar la calidad de los cuidados. Los planes de cuidados estandarizados pueden ser una guía práctica, fundamentada en la evidencia externa y en la experiencia profesional (12)

Pozo, Gil, Garcia, & Trueba, 2002 de Diego, E., & L., 2005, Martínez, Mafara, Rodríguez, & Martínez, 2007 que clarifica la orientación de los cuidados a seguir en una situación previamente delimitada. La atención de enfermería basada en la evidencia, nos resulta útil para: poner a nuestro alcance los conocimientos necesarios para proporcionar los mejores cuidados, estimular el aprendizaje permanente imprescindible para mantener un grado adecuado de competencia profesional, fomentar el trabajo pluridisciplinario, e identificar áreas que requieren investigación. Estas guías permiten que todo el trabajo enfermero quede reflejado y pueda identificarse la gestión por procesos, al estar planteados desde las situaciones de cuidados y no solo desde los problemas prevalentes. (13)

Girbés, González, Pla, & Martínez, 2006) 24 La Agency for Healthcare Research and Quality.(AHRQ) indica que las escalas son un complemento al juicio clínico y no deben usarse de manera aislada, por lo que a pesar de determinar un riesgo bajo, nuestra experiencia nos lo indica, deberán considerarse como de riesgo. Es preferible aplicar medidas de prevención a algún paciente sin riesgo que luego curar una úlcera ya que los costes son mayores. Escalas de valoración del riesgo, más importantes: Escala de Norton, Escala de Braden, Escala de Arnell, Escala Nova 5, Escala Emina, Escala de Waterlow. 13 Según un artículo publicado por Nutricia Advanced Medical Nutrition refiere que las úlceras por presión son el resultado de una compleja interacción entre innumerables factores de riesgo intrínseco y extrínseco, como carga mecánica excesiva, inmovilidad, incontinencia, y edad avanzada, entre muchos otros. Aunque generalmente la inmovilidad se considera el factor predisponente principal para la inducción del desarrollo de una úlcera por presión, también se asume a menudo que existe una relación de causalidad directa entre la nutrición y el desarrollo de úlcera por presión. La base científica para esta hipótesis no está clara, no habiendo hasta el momento ningún estudio concreto que vincule un deterioro en la nutrición con un aumento de la incidencia de úlceras por presión. No obstante, un deterioro en la nutrición podría influir en la vulnerabilidad de los tejidos a factores extrínsecos como la presión. Es importante señalar que sólo unos pocos factores de riesgo pueden estar influidos por nuestras acciones siendo la carga sobre los tejidos y la nutrición dos factores importantes a destacar. La importancia percibida de la malnutrición en el desarrollo y tratamiento de la úlcera por presión se considera brevemente en las recomendaciones actuales del EPUAP, como por ejemplo en: „una evaluación de riesgo completa en pacientes para incluir: estado general de la piel, evaluación de la piel, movilidad, humedad e incontinencia, nutrición y dolor“, „después de la evaluación los individuos comprometidos desde el punto de vista nutricional deben tener un plan de soporte y/o

suplementación adecuado que cumpla las necesidades del individuo y sea consecuente con la finalidad global del tratamiento”, „asegurar una ingesta de 13 (GNEAUPP, Úlceras por presión, 2003) 25 alimentos adecuada para prevenir la malnutrición hasta el grado que sea compatible con los deseos o el estado del individuo”. (14)

Una fractura se define como la lesión de un hueso caracterizada por la interrupción de la continuidad del tejido óseo. Se manifiesta por dolor, inflamación, impotencia funcional y deformidad. Los tipos de fracturas en miembros inferiores son:

-Fractura de fémur. Son las más frecuentes, y habitualmente en pacientes mayores de 60 años, sobre todo en mujeres afectadas de osteoporosis. Se clasifican según la localización anatómica de la lesión: -Intra capsulares: -Capital: afecta a la cabeza femoral -De cuello: afecta al cuello del fémur. -Extra capsulares: -Pertrocantérea: afectación de los trocánteres -Sub trocantéreas: por debajo del trocánter. -Aisladas de los trocánteres. -Fractura de rodilla. En forma de fractura de la meseta tibial o rotura ligamento cruzado anterior. -Fractura de tibia y peroné. -Fractura de pelvis. -Fractura de tobillo: por rotura de calcáneo, coxartrosis de cadera y gonartrosis de rodilla.

180 de 202 PublicacionesDidacticas.com | Nº 63 Octubre 2015

Cuidados específicos

CUIDADOS PREOPERATORIOS. Valoración Se realizará la valoración general del paciente sometido a cirugía, teniendo en cuenta los siguientes datos específicos, según la procedencia del paciente: -Tipo de fractura, tipo de inmovilización, colocación, temperatura, pulsos distales y movilidad del miembro afectado, nivel de conciencia, dolor, accesos venosos, drenajes, ingesta y diuresis, tipo de anestesia, Control del dolor, temperatura, movilidad y coloración de la extremidad de miembro, fomentar el autocuidado del paciente, control y registro de deposiciones

durante el ingreso, prevenir deterioro de la integridad cutánea vigilando zonas de presión según el protocolo de UPP.

CUIDADOS DURANTE EL POSTOPERATORIO -Control de constantes, cura de la herida quirúrgica, cuidados de la vía central y periférica, control de drenajes, sondas y férulas. Paciente portador de tracción blanda: Revisar la piel previniendo laceraciones, comprobando colocación, habrá que cambiar la tracción cuando las tiras adhesivas estén despegadas, mal colocadas o no cumplan su función. Paciente portador de férula y/o escayola: comprobar que no erosiona ni macera la piel en los bordes y que se encuentra bien almohadillada. Paciente portador de tracción transesquelética: Curar pinos de la tracción valorando la presencia de signos de infección, proteger los terminales de las agujas y pinos con gasas estériles para evitar lesiones por rozamiento del personal y del enfermo, asegurarse de la correcta colocación del peso y alineación de la tracción. -Administración del tratamiento médico, dieta progresiva, eliminación, actividad-reposo, control de signos y síntomas para prevenir la aparición de complicaciones potenciales.

CUIDADOS DE PREPARACIÓN AL ALTA -Procedimiento y frecuencia de curas así como día de retirada de grapas. -Signos y síntomas de alarma, sangrado, signos de infección, fiebre, separación de bordes de herida quirúrgica, en caso de fractura/prótesis de cadera, el paciente no podrá: cruzar las piernas, sobrepasar el ángulo de 90^a entre pierna y tronco, no girar la pierna operada, utilizar calzado antideslizante... En el caso de fractura de rodilla se fomentará la deambulación precoz, evitarán la colocación de almohadas, rulos o cualquier dispositivo debajo de la rodilla. En el caso de portar fijador externo insistir en: movilización precoz, disminuir el edema. En el caso de portar escayola/férula/yeso: no lavar la piel alrededor de los bordes de la escayola porque se puede ablandar, ante la presencia de picor no usar polvos ni introducir bajo la escayola objetos para rascarse, acudir al médico ante algún signo o síntoma de

alarma, insistir en la movilidad y elevación del miembro afectado para evitar la aparición de edema. (15)

En la sexta edición de The Principle and Practice of nursing, Henderson definió a la enfermería en términos funcionales. Afirmó: “La función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan en su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Asimismo es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.

Salud

Henderson no dio ninguna definición propia de salud, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia. En la sexta edición de The Principle and Practice of nursing, menciona muchas definiciones de salud procedentes de varias fuentes, entre ellas la de la Organización Mundial de la Salud. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba: “Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

De nuevo Henderson no dio su propia definición de ese término. Por el contrario, utilizó la definición del Webster’s New Colligate Dictionary, 1961, que define el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona (Paciente)

Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila.

La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

Necesidades

No existe ninguna definición específica de necesidad, pero Henderson identificó 14 necesidades básicas del paciente, que integran los elementos del cuidado enfermero. Estas necesidades son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Valoración de Virginia Henderson

1. Respirar normalmente

Tipo de respiración (nasal o bucal). Hábito tabáquico. Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración. Causas a la que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que le influyen en la respiración. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

2. Comer y beber adecuadamente Ingesta diaria cualitativa y cuantitativa de sólidos y líquidos. Distribución horaria. Sentido que le da a la comida. Limitaciones dietéticas (tanto prescritas como debidas a valores o creencias). Gustos y preferencias. Dificultades o limitaciones para comer o beber. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en su ingesta sólida y líquida. Recursos que emplean para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

3. Eliminar por todas las vías corporales, Frecuencia y características de la eliminación fecal y urinaria. Hábitos relacionados con la eliminación fecal y urinaria. Frecuencia y características de la menstruación. Características de la sudoración. Dificultades o limitaciones para eliminar. Causas a la que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en su eliminación. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas. Grado de actividad en la vida cotidiana. Ejercicio físico habitual. Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado). Dificultades o limitaciones para moverse y

mantener posturas adecuadas. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en su movilidad y postura corporal. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

5. Dormir y descansar, Patrón habitual de sueño: número de horas, distribución, calidad del sueño. Patrón habitual de descanso. Hábitos relacionados con el sueño y el descanso. Dificultades o limitaciones para dormir y descansar. Causas a la que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que le influyen en el sueño y descanso. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

6. Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse. Adecuación y comodidad de la ropa y calzado que usa habitualmente. Prendas u objetos que quiera llevar siempre; significado que les atribuye. Dificultades o limitaciones para elegir la ropa, vestirse o desvestirse. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en la elección de la ropa y en vestirse o desvestirse. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente. Exposición habitual a ambientes extremadamente fríos o calurosos. Dificultades o limitaciones para adaptarse a los cambios de temperatura. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarles, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su temperatura corporal dentro de los

límites normales. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. Hábitos de higiene: corporal, bucal, cabello, uñas, etc. Dificultades o limitaciones para mantener la higiene y la integridad de la piel y las faneras. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su higiene corporal y en la integridad de la piel. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. Medidas sanitarias preventivas habituales (autoexploraciones, vacunaciones, revisiones periódicas, uso de preservativo, etc.). Seguimiento del plan terapéutico prescrito. Automedicación. Consumo de drogas (legales e ilegales).

Medidas de seguridad personales y ambientales habituales (uso del cinturón de seguridad, asideros o pasamanos, sistemas de compensación de los déficit sensoriales, etc.). Percepción de su propia imagen corporal. Cómo se siente físicamente. Sentimientos y emociones ante la situación actual. Qué se considera capaz de hacer o lograr para afrontar la situación. Dificultades o limitaciones para mantener la seguridad física y psicológica. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su seguridad física y psicológica. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción y percepción de los resultados.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones Capacidad para expresar sus sentimientos y emociones; forma habitual de hacerlo. Persona de confianza con quienes

comparte sentimientos y emociones. Disponibilidad de esas personas en el momento actual. Relaciones sexuales; grado de satisfacción. Tipo de relaciones sociales que mantiene; grado de satisfacción. Facilidad para pedir y aceptar ayuda o dársela a los demás. Dificultades o limitaciones para comunicar sus sentimientos y emociones. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que le influyen en el mantenimiento de la comunicación de sentimientos y emociones. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias Influencia de los valores y creencias (éticos, filosóficos y religiosos): en la vida cotidiana (alimentación, vestido, trabajo, ocio, etc.); en sus cuidados de salud. Conflicto entre los cuidados de salud actuales y las creencias y valores. Prácticas habituales que le ayudan a mantener los valores y creencias. Dificultades o limitaciones para vivir de acuerdo a sus valores y creencias. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influye en el mantenimiento de sus valores y creencias. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. Roles que desempeña (primario, secundario y terciario). Dificultades o limitaciones para llevar a cabo las actividades que requieren los distintos roles. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Repercusiones de estas dificultades o limitaciones en el resto de personas involucradas. Cómo cree que puedes evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en el desempeño de sus roles.

Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

13. Participar en actividades recreativas Pasatiempos o distracciones habituales. Dificultades o limitaciones para dedicarse a las actividades recreativas. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en su participación en las actividades recreativas. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles Conocimientos sobre sus cuidados de salud (enfermedad, tratamiento, recursos personales, familiares y sociales, etc.). Conocimientos que cree necesario o que desea aprender para llevar a cabo sus cuidados de salud. Forma en que le resulta más fácil adquirir estos conocimientos. Dificultades o limitaciones para aprender los cuidados de salud. Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas. Otros factores personales o medioambientales que influyen en su aprendizaje. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.(16)

En el Hospital Ortopédico Fructuoso Rodríguez en el período del 20 de Mayo al 2 de Julio 2014

Fase del postoperatorio inmediato

El objetivo principal en nuestro estudio es la de prevenir las secuelas de la inmovilización, el edema y los efectos secundarios de la misma. Sobre todo en personas de edad avanzada los importantes riesgos de una inmovilización prolongada (problemas cardio-respiratorios, músculo-esqueléticos y de la piel) obligan a iniciar ya desde el primer día del post-

operatorio, ejercicios respiratorios frecuentes, tratamiento postural: en la cama, buena higiene, sábanas bien estiradas y cambios de decúbitos cada 2 horas para evitar las úlceras por presión, no apoyar el miembro afecto y si el estado general del paciente lo permite, la sedestación. A partir del segundo día se llevará a cabo la movilización activa del tobillo y la rodilla de la pierna afectada, así como ejercicios isométricos de los cuádriceps, que pudiera durar hasta el quinto día el postoperatorio inmediato.

En los objetivos y directrices para incrementar la salud se precisa la necesidad de rehabilitar desde el post-quirúrgico inmediato al paciente para así evitar complicaciones, incorporarlo a la vida social y lograr una mejor calidad de vida, por lo que concurren a nuestro servicio en busca de ayuda.

OBJETIVOS

GENERALES

Evaluar la efectividad del tratamiento post-quirúrgico inmediato en pacientes con prótesis de cadera Monopolar en el Hospital Ortopédico Fructuoso Rodríguez en el período del 20 de Mayo al 2 de Julio 2014.

ESPECÍFICOS

- Caracterizar la distribución de los pacientes por edad y sexo.
- Identificar las causas más frecuentes de fractura en los pacientes tratados.
- Describir la evolución de los pacientes en el post-operatorio inmediato.
- Mencionar las complicaciones más frecuentes en los casos tratados. (17)

2.2 Marco Conceptual:

Anatomía de cadera. (18)

La articulación coxofemoral es una enartrosis que une el fémur al hueso iliaco.

Permite movimientos en 3 ejes (flexo-extensión, abducción-aducción y rotación), los cuales al combinarse permiten el movimiento de circunducción. Los elementos que constituyen esta articulación son básicamente tres:

- 1.- cabeza femoral
- 2.- cavidad cotiloidea o acetábulo
- 3.- rodete cotiloídeo o labrum

Los principales medios de unión son: cápsula articular, ligamento redondo, ligamento ileofemoral, ligamento isquiofemoral, ligamento pubofemoral.

Los músculos de la cadera son: psoas mayor, psoas menor, ilíaco, pectíneo, gracilis o recto interno del muslo, aductor mayor del muslo, aductor largo, aductor menor, glúteo mayor, glúteo medio, glúteo menor, tensor de la fascia lata, piramidal de la pelvis, obturador interno, obturador externo, gémimo superior, gémimo inferior, cuadrado femoral, bíceps femoral, semitendinoso, semimembranoso y sartorio. (18)

Fracturas de cadera.

Las fracturas del fémur proximal, cadera, acetábulo y pelvis son lesiones relativamente frecuentes en adultos. Varios estudios epidemiológicos sugieren que la incidencia de las fracturas del fémur proximal está aumentando, algo esperado considerando que la expectativa general de la vida de la población ha aumentado significativamente desde hace pocas décadas.

Estas fracturas se asocian con una importante morbilidad y mortalidad: aproximadamente del 15 al 20 % de los pacientes operados mueren durante el primer año luego de la fractura. Tras un año, los pacientes parecen recuperar. La mayoría de las fracturas del fémur proximal se da en ancianos como resultado de un moderado o mínimo traumatismo en hueso patológico (osteopenia). (20)

En pacientes más jóvenes estas fracturas habitualmente se producen por traumatismos de alta energía. Con más frecuencia, las lesiones de alta velocidad son más difíciles de tratar y presentan más complicaciones que las lesiones de baja velocidad. (19)

a) Factores de riesgo:

- Edad: son más frecuentes en personas de edad avanzada. Su incidencia tiene un incremento exponencial a partir de los 50 años. (19)
- Sexo: mayor incidencia de fracturas de cadera en mujeres que en hombres, en una relación de 3:1. Esto se debe a que las mujeres tienen una pelvis más ancha, con tendencia a la coxa vara (mayor brazo de palanca) y con un cuello femoral más estrecho. Tienen mayor frecuencia de osteoporosis y ésta es de aparición más temprana. Son menos activas que los hombres a igual edad y finalmente, tienen mayor sobrevivencia. En el caso de fracturas de cadera en gente joven, se invierte esta relación siendo más frecuente en hombres. (19) la tasa de mortalidad para su grupo de edad.

Raza: mayor incidencia en raza blanca. (caucásica).

- Densidad ósea: por mucho tiempo se ha concebido como una de las principales determinantes de riesgo de fracturas de cadera. La osteoporosis según algunos autores, es un conocido factor de riesgo. Otros en cambio, han demostrado que la osteoporosis que se creía presente en la población de riesgo no ha mostrado una mayor prevalencia en aquellas personas que en sus mismos controles de edad. (20)

- Habito corporal: pacientes de contextura delgada, con peso corporal bajo el promedio de la población.
 - Malnutrición.
 - Cambios de la función neuromuscular: la disminución del tiempo de reacción, lo que limita la posibilidad de respuestas protectoras, aumenta la probabilidad que una caída cause una fractura de cadera.
 - Fractura de cadera en una extremidad: ésta aumenta el riesgo de fractura de cadera de la extremidad contralateral.
 - Inactividad física: escasa actividad física. (20)
- Fármacos psicotropos: el consumo de hipnóticos, ansiolíticos o antidepresivos aumenta el riesgo de caer y de que la caída cause una fractura.
- Deterioro cognitivo y demencia senil.
 - Problemas visuales.
 - Tumores malignos.

b) Clasificación:

La manera más útil de clasificar las fracturas de cadera es de acuerdo a su localización anatómica. Se clasifican en intracapsulares y extracapsulares.

- Fracturas extracapsulares Incluye las fracturas intertrocanterías, subtrocantéreas y arrancamientos trocántéricos.

Se definen como aquellas fracturas del extremo proximal del fémur ubicadas por fuera de la inserción de la cápsula.

Características:

- La reducción anatómica resulta difícil por el daño óseo y por las grandes fuerzas que soporta esta zona, lo cual además, dificulta la inmovilización de los segmentos.
- Tienen un bajo riesgo de necrosis avascular.
- Pueden presentar consolidaciones en posiciones viciosas de no ser fijadas.

- Presentan mayor compromiso hemodinámico ya que los hematomas lesionales no son contenidos por estructuras vecinas.
- Son fracturas más inestables cuando existe conminución del muro posteromedial, produciéndose desplazamientos que no son contenidos por la cápsula articular.
- Son pacientes de mayor edad que los de fracturas intracapsulares, generalmente mujeres y con mayor morbilidad asociada.
- En ancianos se produce por caídas a nivel, mientras que en jóvenes, se producen por traumatismos de alta energía.
- El rasgo de fractura se dirige del trocánter mayor al menor (a excepción de las fracturas Tronzo V). El psoas y los aductores traccionan en direcciones opuestas explicando la destrucción del muro posteromedial.

Fracturas intertrocanteréas: (20)

Se clasifican según la clasificación de Tronzo:

Tipo 1: Fractura trocantérica incompleta.

Tipo 2: Fractura trocantérica sin conminución

Tipo 3: Fractura conminuta, con desprendimiento del trocánter menor. La punta inferior del cuello se encuentra dentro de la cavidad medular de la diáfisis femoral.

Tipo 4: Fractura conminuta, con la punta inferior del cuello fuera de la diáfisis femoral, es decir, hacia medial.

Tipo 5: Fractura trocantérica con oblicuidad invertida del rasgo de fractura.

c) Clínica: (20)

- Antecedente de caída.
- Dolor en la región inguinal y cara superoexterna del muslo.
- Impotencia funcional (no puede elevar el miembro inferior, excepto en las impactadas).
- Rotación externa del miembro inferior.

-Adducción: los pliegues inguinales aparecen más marcados en el lado de la fractura.

-Equímosis: debido a los grandes hematomas, hay equímosis en la región trocantérea que se hace más evidente en uno a tres días.

-Acortamiento del miembro inferior.

Acortamiento del miembro inferior.

-Ascenso del trocánter mayor: es la causa del acortamiento.

-Hipotensión y otras manifestaciones de inestabilidad hemodinámica.

-Estudio radiológico: es de obligación absoluta. Las principales proyecciones a solicitar son:

Anteroposterior de pelvis, y axial y anteroposterior de cadera comprometida. Además se puede solicitar su estudio mediante TAC.

d) Frecuencia:

Las fracturas aisladas del trocánter mayor y menor no son frecuentes y rara vez requieren cirugía.

Las fracturas del cuello del fémur y las fracturas intertrocantéreas suceden con casi la misma frecuencia. Son ambas más frecuentes en mujeres que en hombres en la relación 3:1. Las fracturas subtrocantérea, que representan entre el 10 y el 15% de las fracturas del fémur proximal, tienen un patrón de distribución bimodal, siendo más frecuentes en pacientes entre los 20 y 40 años de edad y en aquellos de los 60y más.

(18)

e) Tratamiento:

El tratamiento va dirigido a conseguir la fijación estable que conduzca a una

consolidación de la fractura en buena posición y sin deformidad, para permitir una movilización lo más precoz posible y deambulacion temprana, teniendo como meta principal el retorno del paciente a su nivel funcional previo a la fractura.

El tratamiento de las fracturas de cadera es la intervención quirúrgica, excepto aquellos en los que su expectativa de vida no supera los dos meses. (11)

- Tratamiento ortopédico:

Consiste en una tracción de partes blandas transesquelética transtibial en férula de Brown que se mantiene por 6 a 8 semanas, con cuidados de enfermería y control médico riguroso para prevenir complicaciones. En caso de fracturas no desplazadas se puede instalar una bota de yeso desrotativa. Requiere de prolongada hospitalización y no siempre es posible conseguir los objetivos deseados, quedando los pacientes con acortamiento y deformidad de su cadera. A pesar de los cuidados, pueden aparecer complicaciones que amenazan con llevar a la muerte del enfermo.

Con frecuencia el tratamiento ortopédico es la forma habitual en el manejo inicial, en espera de una evaluación pre quirúrgica. Se prefiere una tracción de partes blandas, considerando que el tiempo que se habrá de mantener será necesariamente breve. Con ello se aliviará el dolor, se corrige el alineamiento de los fragmentos, se controla y se corrigen factores fisiológicos que puedan ser deficitarios, mientras se resuelve el tratamiento definitivo. (20)

- Tratamiento quirúrgico:

Es el tratamiento de elección para estas fracturas. Permite una adecuada estabilización de los fragmentos y una movilización inmediata en el post-operatorio. (20)

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la fijación estable y fuerte de los fragmentos de la fractura que permita al paciente deambular en un corto periodo de tiempo.

El tratamiento quirúrgico en las fracturas intertrocantéreas de cadera consiste en reducción y osteosíntesis. (18)

Este procedimiento puede realizarse bajo anestesia espinal, epidural o general sin diferencia probada de mortalidad peri operatoria.

Antes de iniciar el tratamiento es importante determinar con radiología si la fractura intertrocantérea es estable o inestable y si la reducción puede reestablecer el contacto cortical medial y posterior.

Las fracturas estables se tratan mediante fijación interna tras una reducción anatómica.

Las fracturas inestables pueden tratarse por lo general mediante reducción anatómica con un dispositivo de fijación deslizante, como un tornillo de compresión de cadera. Estos sistemas de fijación deslizantes permiten que el fragmento proximal asiente sobre el sistema de fijación, buscando una posición de estabilidad, con un desplazamiento medial de la diáfisis en muchos casos. En las fracturas muy inestables, si se usa un tornillo de compresión de cadera, puede ser necesaria una osteotomía de desplazamiento de la diáfisis bajo la porción del calcar (parte inferior del cuello cuya cortical se encuentra engrosada) para convertirla en una fractura estable. No obstante, estas fracturas pueden tratarse con un dispositivo intramedular.

Algunos autores han sugerido que las fracturas intertrocantéreas inestables en pacientes con gran osteoporosis son mejor tratadas si se consideran fracturas patológicas y por tanto utilizan el polimetilmetacrilato para aumentar fijación y ganar estabilidad.

En cuanto a la reducción, puede realizarse tanto por método abierto como cerrado, y puede ser anatómica o no anatómica.

Una vez anestesiado el paciente y colocado en la mesa de tracción o fijado con el pie sujeto en la bota de tracción se realiza tracción longitudinal con la cadera ligeramente abducida. En la mayoría de fracturas es posible una reducción anatómica con contacto posteromedial.

Si existe un espacio o cabalgamiento medial o posterior, debe ajustarse mediante tracción y rotación para llevar la reducción a una posición anatómica de estabilidad.

Si el defecto no puede ser corregido por manipulación cerrada, se considerara la reducción anatómica abierta, la que se realiza mediante una pinza reductora de hueso a través de la fractura en un plano antero posterior mientras se ajusta la tracción y la rotación. Cuando es imposible lograr una reducción anatómica es acertado aceptar una reducción no anatómica pero estable obtenida mediante osteotomía o medialización de la diáfisis, una reducción inestable no anatómica no debería aceptarse.

Una vez reducidos los segmentos se realiza la osteosíntesis. El tornillo compresivo DHS (Dynamic Hip Screw), es actualmente el implante más frecuentemente usado para el tratamiento de las fracturas pertrocantéreas de cadera.(18)

Existen diferentes modalidades, dependiendo del ángulo entre el cañón y la placa que puede ser de 150 y 135 grados, siendo la de 135 grados más usada ya que corresponde al ángulo cervicodiafisario de la cadera. (18)

Cabe destacar que siempre se realiza profilaxis antibiótica y antitromboembólica perioperatorio. (18)

Complicaciones comunes:

Las complicaciones que se pueden presentar luego de la fractura de cadera pueden ser Locales (infección herida operatoria, infección profunda, hematoma, hipertrofia, queloides) o

A nivel de sistema circulatorio (TVP, TEP, accidente cerebrovascular, anemia), respiratorio (IRA, IRB, atelectasia), urinario (ITU, retención urinaria, incontinencia urinaria), gastrointestinal (gastritis, constipación), neurológico (compromiso del nervio ciático y/o del tronco peronéo), músculo esquelético (pérdida de reducción, atrofas, fracturas posteriores), además de úlceras por decúbito.

Las fracturas de cadera obligan a un proceso de inmovilización que puede prolongarse más allá de lo deseado, lo que conlleva a un sin número de complicaciones sensoriales (disminución de la propiocepción, parestesias, tiempo de reacción lento, disminución de los reflejos correctores, etc.). Todo esto deteriora la capacidad funcional del paciente y dificulta el retorno a las actividades laborales o de la vida diaria. (21)

Pronóstico:

Existen factores que se asocian en los distintos estudios a una mayor mortalidad en los post operados de cadera:

Demora quirúrgica: los resultados publicados en la literatura son contradictorios. La mayoría de los ancianos tienen muchos problemas médicos asociados y esperar 12 o 24 horas en la evaluación médica y su tratamiento es ventajoso y bien tolerado; sin embargo, no debe permitirse un excesivo retraso. La demora de la fijación de la fractura de más de 3 días ha sido (según Zuckerman y cols.) el factor responsable de duplicar la tasa de mortalidad durante el primer año tras la cirugía. (18) Un estudio demostró que la cirugía previa a 5 días de evolución post fractura de cadera se asocia con aumento en el tiempo de supervivencia y mejor calidad de vida que los realizados 5 días después de la fractura en los pacientes ancianos. (25, 26) En otros estudios no se encuentra relación entre demora quirúrgica y la mortalidad precoz, a los 6 y a los 12 meses. La clave no parece ser los días transcurridos entre fractura y cirugía, sino que se espere lo suficiente en cada caso como para estabilizar correctamente la situación hidroelectrolítica y los demás problemas médicos del paciente y que éste llegue al quirófano en las mejores condiciones clínicas posibles. (22)

Comorbilidad: se ha descrito una mayor mortalidad precoz y tardía en pacientes con mayor comorbilidad en general con patología previa cerebrovascular o cardíaca, EPOC, insuficiencia renal y estado mental previo precario. (21,22,24)

Complicaciones: las complicaciones médicas intrahospitalarias se asocian a una mayor mortalidad precoz y tardía. (22)

Nivel funcional al alta: la buena movilidad conseguida tras una fractura de cadera es un factor predictor positivo en cuanto a la mortalidad. (22)

Tratamiento quirúrgico previo a una estabilización médica de comorbilidades: aumenta la mortalidad post operatoria. (21,19)

Rehabilitación postoperatoria:

Cualquiera sea el tratamiento quirúrgico escogido, el tratamiento se complementa con una adecuada e inmediata intervención kinésica postoperatoria, la cual cumple un papel relevante para evitar las complicaciones secundarias (pulmonares, trombosis venosas, úlceras por decúbito y deterioro general), minimizar los costos sociales y económicos y proporcionar una óptima recuperación del paciente. La principal meta de los programas de rehabilitación entonces será reducir la inhabilidad, maximizar la función y permitir a la persona el retorno al nivel de actividad previa. (18, 21)

Existen protocolos de rehabilitación. Uno de ellos, comúnmente aplicado en el periodo postquirúrgico inmediato en pacientes con fractura de cadera, demostró en un estudio una baja mortalidad intrahospitalaria, y a corto plazo, una disminución de los días de hospitalización postoperatoria. (21)

Existe abundante evidencia que asocia la aplicación de programas de rehabilitación adecuada y temprana con mejorías en la capacidad de marcha, pronta deambulaci3n, mejoría en el nivel funcional y estadías hospitalarias menores. (21)

En contraposici3n, también existen estudios que indican que la rehabilitaci3n

institucional después del tratamiento quirúrgico de fractura de cadera al parecer no tenía ningún impacto significativo sobre la mortalidad y la

morbilidad en los adultos mayores, no pudiendo alcanzarse los niveles de funcionalidad previos a la fractura. (27)

2.3 Definición de términos:

- **Circunducción:** Acción y efecto de circundar. La Circunducción es el movimiento circular que combina flexión, extensión, abducción y aducción, de modo que el movimiento de una porción del cuerpo describa una figura de un cono. El extremo distal de la extremidad se mueve en un círculo mientras el extremo proximal permanece estacionario.
- **Cotiloidea:** La articulación coxofemoral o articulación de la cadera, es una enartrosis y tiene como superficies articulares la cabeza del fémur y la cavidad cotiloidea.
- **Polimetilmetacrilato:** El metacrilato, también conocido por sus siglas PMMA, es uno de los plásticos de ingeniería. La placa de acrílico se obtiene de la polimerización del metacrilato de metilo y la presentación más frecuente que se encuentra en la industria del plástico es en gránulos o en placas.
- **Cervicodiafisario:** ángulo creado por la intersección de una línea que pasa por la diáfisis femoral con otra que atraviesa la cabeza y el cuello femorales.
- **Propiocepción:** sentido que informa al organismo de la posición de los músculos, es la capacidad de sentir la posición relativa de partes corporales contiguas.
- **Conminución:** La trituración es la reducción de materiales sólidos de un tamaño de partícula promedio a un tamaño de partícula promedio más pequeño, mediante trituración, molienda, corte, vibración u otros procesos.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente trabajo Académico se llevó a cabo utilizando la técnica de revisión documentaria, revisión de historia clínica, revisión de registros de Enfermería: Libro de Estancia, Cuadernos de alta. Se procesó la información mediante el conteo de datos, cuadro estadísticos mensuales, trimestrales, y anuales, en cifras numéricas y porcentuales para obtener información necesaria para el trabajo académico.

3.2 Experiencia Profesional

Hospital Militar Central

La inauguración del HMC se efectuó el 01 de Enero de 1958, siendo Presidente de la República el Dr. Manuel Prado Ugarteche, Ministro de Guerra el Gral. De Div. Alejandro Cuadra Rabines, Comandante General del Ejército Gral. De Div. Felix Huamán Izquierdo y el Jefe del Servicio de Sanidad del Ejército el Gral. Brig. Eduardo Pérez Aranibar.

De acuerdo a un contrato de asistencia hospitalaria el HMC desde 1957 brindo atención al personal de las FAP hasta el año 1972 en que entra en funcionamiento el Hospital Central de Aeronáutica.

En 1974, se inicia la remodelación construyéndose el nuevo servicio de Emergencia, la cafetería de Oficiales, la farmacia administrada por el Bazar Central del Ejército, el servicio de Medicina Física y Rehabilitación, la Unidad de Quemados, las Unidades de Cuidados Intensivos, Unidad de Coronarias y Generales; así mismo se remodelaron los consultorios dentales, la Clínica de Gastroenterología, la Unidad de Neurocirugía, las Centrales de Esterilización y Anestesia operatoria del Centro Quirúrgico, la Unidad A01, se adecuó una sala de Hospitalización para el personal

auxiliar, se mejoró el piso C41 implementándolo para una Clínica de familiares.

En 1975 entra en funcionamiento el Centro de Educación Inicial “VIRGEN DE LOURDES”; siendo apadrinado por el Gral. de Div Edgardo Mercado Jarrín y la Sra. Gladys Newman de Mercado, donde recibían especial atención los hijos de los trabajadores del HMC, la misma que tenía valor oficial y recibía apoyo del Ministerio de Educación.

En 1976 entra en funcionamiento en Centro Militar de salud de San Juan de Miraflores; con el propósito de descongestionar los servicios del HMC y dar atención más cómoda a la familia militar que había construido sus viviendas en esa gran zona.

Resolución Suprema N° 343 –CGE publicada en la Orden General del Ejército (OGE) N° 44 del 02 de Agosto de 1957, disposiciones de la Comandancia General del Ejército:

FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

A partir del día 1° de Enero de 1958 entrará en funcionamiento el Hospital Militar Central, sito en la cuadra 28 de la Avenida Brasil y la 1° cuadra de la Avenida Pershing en Jesús María – Lima. El que proporcionará asistencia médico – quirúrgica y de especialidades a todos los miembros del Ejército y sus familiares en las condiciones que oportunamente se establecerán.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe – innovación

- Coordinar con la dirección General y departamento de enfermería para la realización de visitas domiciliarias de pacientes post operados de Miembros inferiores en su domicilio y/o cuartel, fomentando un buen manejo de curación de herida operatoria.

- Creación de nuevos protocolo de atención de pacientes post operados de fracturas de miembros inferiores por su alta incidencia en el servicio del C21 traumatología.
- Capacitación sobre protocolos de atención de cuidados post operatorios en el servicio del C-2-1 Traumatología.
- Promover stage extra hospitalarios en los hospitales de campaña que los hospitales militares poseen en el Perú y en el extranjero

IV. RESULTADOS

Cuadro 4.1

Año Edad	2015		2016		2017	
	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad
18 – 30 años	75%	45	50%	30	55%	33
31 – 50 años	16%	10	35%	21	34%	20
51 a mas	9%	5	15%	9	11%	7
Total	100%	60	100%	60	100%	60

Fuente: Historia Clínica

Cuadro 4.2

Año	Sin intervención quirúrgica	Con intervención quirúrgica	TOTAL
2015	8% (*)	92%	100%
2016	0%	100%	100%
2017	1% (*)	99%	100%

Fuente: Historia Clínica

Cuadro 4.3

	G. D I		G.D II		G.D III		TOTAL	
2015	12	20%	40	66.7%	8	13.3%	60	100%
2016	10	16.6%	40	66.77 %	10	16.6%	60	100%
2017	5	8.3%	50	83.3%	5	8.3%	60	100%

Fuente:

Historia

Clínica

V. CONCLUSION

En la unidad de traumatología C-2-1 la cantidad de pacientes atendidos son de 60 pacientes con fractura de miembros inferiores, en el año 2015 se puede observar el mayor porcentaje 75% entre las edades de 18 a 30 años, y en menor porcentaje 9% en mayores de 51 años. En el 2016 el mayor porcentaje 50% también entre las edades de 18 a 30 años y en menor porcentaje 15% en las edades de 51 años a más y en el 2017 obteniendo mayor porcentaje del 55% entre las edades de 18 a 30 años y el menor porcentaje 11% entre las edades de 51 años a más.

En el segundo cuadro intervenciones quirúrgicas se observa que en el año 2016 se realizó el 100% de operaciones quirúrgicas productos de una fractura de miembros inferiores a comparación del año 2015 con un 92 %.

En el tercer cuadro grado de dependencia, se puede observar que en los años 2015, 2016 y 2017 existió hospitalizados pacientes de grado de dependencia II DEL 66.7% al 83.3%.

El Modelo conceptual de Atención de Enfermería de Virginia Henderson aplicado a los pacientes post operados de fracturas de miembros inferiores en el Área de traumatología del Hospital Militar Central provee una serie de resultados en cuanto a la alteración de la mayoría de las necesidades básicas de estos pacientes por lo tanto debe ser aplicado en la Atención de Enfermería ya que sirve como una herramienta indispensable para facilitarlos cuidados.

El Modelo conceptual de Atención de Virginia Henderson determinó que el 100% de los pacientes post operados de fracturas de miembros inferiores presentan alteraciones en la necesidad de moverse y mantener las posturas adecuadas; manifiestan problemas para escoger la ropa adecuada, vestirse y des vestirse; mantener la higiene corporal y la integridad de la piel y dificultades o limitaciones para dedicarse a las actividades recreativas.

VI. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda la implementación de nuevas camas traumatológicas para brindar comodidad y confort.
- Coordinar con la Dirección Médica la Implementación de equipos de alta tecnología para la deambulación de pacientes post operados.
- El porcentaje mayoritario de pacientes hospitalizados son jóvenes menores de 30 años, debemos brindar capacitación constante que permanecerán en larga estancia en el hospital hasta su alta, para evitar evasión del área hospitalaria.
- Brindar capacitación sobre apoyo en la satisfacción de sus necesidades fisiológicas.
- Brindar capacitación sobre la mala manipulación del área post operatoria para evitar infección.
- Coordinar con la asistente social sobre actividades que puedan realizar los pacientes hospitalizados como manualidades, paseos, terapia de relajación.
- Capacitación constante al personal de salud sobre manejo de pacientes post operados de Miembros inferiores.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lesiones traumáticas de extremidades inferiores - Antonieta Garrote, Ramón Bonet Vol. 22. Núm. 7. Julio 2003 páginas 9-144
2. <https://www.lifeder.com/necesidades-virginia-henderson/>
3. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-02%20Fracturas.pdf>
4. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-21%20Fracturas%20de%20cadera.pdf>
5. Acta Ortopédica Mexicana Peláez-Damy P, Torres-Gómez A, Mas-Celis F, Martínez-Villalobos año 2017
6. Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Vial. Disponible en: https://www.mtc.gob.pe/cnsv/estadisticas/accidentes_transito_2003_2014.Pdf
7. Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Vial. Disponible en: https://www.mtc.gob.pe/cnsv/estadisticas/muertos_accidentes_transito_2003_2014.pdf Organización.
8. www.srt.gob.ar/images/pdf/Protocolo_miembros_inferiores
9. www.valledellili.org
10. Infomed, Portal de Salud de Cuba
11. Un estudio publicado por la revista "Acta Ortopédica Mexicana"
12. La revista Enfermería Integral publicado en el 2006
13. Pozo, Gil, Garcia, & Trueba, 2002 de Diego, E., & L., 2005, Martínez, Mafara, Rodríguez, & Martínez, 2007
14. Girbés, González, Pla, & Martínez, 2006) 24 La Agency for Healthcare Research and Quality.(AHRQ)

15. 180 de 202 PublicacionesDidacticas.com | N° 63 Octubre 2015
Cuidados específicos
16. En la sexta edición de The Principle and Practice of nursing,
17. En el Hospital Ortopédico Fructuoso Rodríguez en el período del
20 de Mayo al 2 de Julio 2014

ANEXOS

Necesidades o problemas del paciente:

- Dolor agudo relacionado con Hinchazón localizado.
- Déficit de autocuidado: higiene, wc, vestirse/acicalamiento.
- Riesgo de trombo embolismo relacionado con inmovilización y con posterioridad a una operación.
- Riesgo de UPP por encamamiento.
- Riesgo quirúrgico preoperatorio y postoperatorio.
- Riesgo de infección de entrada de fichas de 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 deformidad.
- Riesgo de síndrome compartimental.

Cuidados para un paciente con fractura de Miembros Inferiores:

- Elevación de los pies de la cama provocando una contracción del cuerpo.
El personal de enfermería ayudará al paciente a realizar la higiene diaria.
Si el paciente no tiene problemas en los miembros superiores ayudará cogiéndose del trapecio y se incorporara para que el enfermero realice el baño de la parte posterior.
- Si no puede ayudar en la actividad, el enfermero realizará la higiene del cuerpo con el paciente acostado en decúbito supino y decúbito lateral.

- Durante el proceso de lavado del paciente se realizará el cambio de sábana sucia-limpia paralelamente al paciente y evitando arrugas.
- Se procederá a la correcta colocación del sistema de tracción.
- El paciente avisará inmediatamente de cualquier incidencia que se presente tras la actividad.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	CUIDADOS DE ENFERMERIA	EVALUACION
ALTO RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	El paciente no estará Expuesto a riesgos de infección durante el procedimiento quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Observar las precauciones universales y, en su caso, las técnicas de aislamiento. • Mantener la tª de la sala entre 20-24°C y la humedad relativa entre el 40-60% • Monitorizar y mantener el flujo de aire laminar β Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos , si procede β Asegurarse de que el personal de cirugía viste el equipo apropiado y se siguen las normas de lavado • Disponer los sitios de precaución de aislamiento designados , si procede β Verificar la integridad del embalaje estéril y los indicadores de esterilización β Separar los suministros estériles de los no estériles. • Mantener técnicas que 	En los días posteriores a la intervención, se evidencia: <ul style="list-style-type: none"> -ausencia de fiebre. -Recuento de leucocitos dentro de límites normales.

		<p>aseguren la esterilidad de la intervención y las rupturas correctas en el campo estéril, y la integridad de los catéteres y de las líneas intravasculares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar solución antimicrobiana al sitio quirúrgico , según las normas del centro <ul style="list-style-type: none"> • Obtener cultivos , si es necesario β Mantener la sala limpia y ordenada para evitar la contaminación • Aplicar y fijar los vendajes quirúrgicos, retirar las ropas y suministros utilizados. • Coordinar la limpieza y preparación de la sala de operaciones y del instrumental y equipos para siguientes intervenciones 	
<p>ALTO RIESGO DE ALTERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL , RELACIONADO CON EXPOSICIÓN PROLONGADA A AMBIENTE FRÍO QUIRÚRGICO , ADMINISTRACIÓN DE LIQUIDOS INTRAVENOSOS E INACTIVIDAD</p>	<p>Consecución y/o mantenimiento de la temperatura corporal deseada durante la intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar y regular los dispositivos • de calefacción / refrigeración • correspondientes. • Cubrir la cabeza del paciente • Cubrir al paciente con mantas reflectoras. • Proporcionar o activar el humidificador para los gases anestésicos • Calentar o enfriar las 	<p>Normotermia, evidenciado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ausencia de signos/síntomas de hipertermia (irritabilidad, enrojecimiento...) -signos vitales, dentro de los límites normales del paciente.

<p>MUSCULAR SECUNDARIA A LA ANESTESIA</p>		<p>soluciones de irrigación , IV y de preparación de la piel , si procede a Calentar las compresas quirúrgicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar continuamente la temperatura del paciente • Vigilar y mantener la temperatura de los dispositivos de calefacción/refrigeración Comprobar y mantener la temperatura de las soluciones de irrigación • Cubrir al paciente con mantas calentadas para el transporte a la Unidad de Cuidados Postanestésicos • Registrar la información , según las normas de la institución 	
<p>RIESGO DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS Y CARDIACAS , ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS</p>	<p>Vigilar y minimizar las complicaciones derivadas de los anestésicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los signos vitales, la suficiencia respiratoria y cardiaca, respuesta a la anestesia y demás parámetros fisiológicos; medir y evaluar los valores de laboratorio correspondientes. β Evaluar y manejar clínicamente las emergencias derivadas de la anestesia mediante la administración de los medicamentos indicados, líquidos y apoyo de ventilación • Asegurar la disponibilidad de equipo de emergencias y 	<p>Mantiene constantes vitales estables a lo largo de toda la intervención quirúrgica y en el postoperatorio inmediato.</p>

		<p>resucitación</p> <ul style="list-style-type: none">• Poner en marcha las líneas de monitorización intravenosas invasivas e iniciar modalidades de monitorización no invasiva• Administrar el anestésico y los líquidos correspondientes de forma coherente con las necesidades de cada paciente, la evaluación clínica y con las normas de la práctica de cuidados	
--	--	--	--