



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA EN

REHABILITACIÓN A PERSONAS CON FRACTURA DE CADERA

T E S I N A

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA ENFERMERÍA

EN REHABILITACION

P R E S E N T A:

JUAREZ VERDE MARIA GUADALUPE

DIRECTORA DE TESINA:

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS

CIUDAD DE MÉXICO 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO

1.1	Planteamiento del problema.....	2
1.2	Contexto de estudio.....	6
1.3	Objeto de estudio.....	12
1.4	Pregunta de estudio.....	12
1.5	Objetivos.....	12
1.6	Justificación.....	13

CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL, EMPÍRICO Y TEÓRICO

2.1	Marco conceptual.....	16
2.2	Marco referencial o empírico.....	19
2.3	Marco teórico.....	32

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1	Tipo de estudio.....	39
3.2	Sujeto de estudio.....	40
3.3	Diseño metodológico.....	41

CAPITULO IV INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN A PERSONAS CON FRACTURA DE CADERA

4.2.-Rehabilitación inmediata pos-operatoria.....	46
4.3.-Disminución del dolor.....	48
4.4.-Termoterapia.....	50
4.5.-Movilización articular (activo-asistido).....	51
4.6.-Ejercicios de fortalecimiento (isotónicos).....	56
4.7.-Uso correcto de dispositivos para la marcha (muletas-bastón).....	59
4.8.-Ejercicios de equilibrio levantamiento de pierna.....	62
4.9.-Equilibrio sobre una pierna.....	63
4.10.-Balanceo de piernas.....	64
4.11.-Ejercicios para la marcha.....	65
4.12.-Educación para realizar las actividades de la vida diaria.....	68
4.13.-Para evitar luxación de prótesis de cadera.....	74

Capítulo V

5.1-Conclusiones y recomendaciones.....	84
Referencias.....	88

DEDICATORIA

La presente tesina se la dedico a Dios que me dio salud para permitirme culminar esta etapa de mi vida profesional.

A mi familia que me apoyo incondicionalmente en todos los aspectos económicos, morales, desde mis padres, mis hermanas, cuñados y a mi esposo que me ha apoyado.

A mi abuelita que fue mi motivación a realizar la especialización en rehabilitación y que por diversas situaciones ella no pudo disfrutar a mi lado la culminación de esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

El primer agradecimiento es a la Universidad Nacional Autónoma de México que me permitió ser un miembro más de su gremio profesional en el área de Enfermería.

Agradezco a Dios por brindarme salud durante este tiempo y poder dejarme culminar esta etapa de mi vida profesional, a mi familia que me ayudo incondicionalmente en todos los aspectos morales y que en situaciones de desesperación siempre me motivaron a terminar y cerrar el ciclo de vida que inicie.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación titulado “Cuidado especializado de enfermería en rehabilitación a personas con fractura de cadera”, tiene la finalidad de dar a conocer los cuidados especializados de enfermería a personas postquirúrgicos de fractura de cadera durante su estancia hospitalaria, así como después de su egreso hospitalario y los cuidados específicos que deben realizar en su casa para evitar el reingreso por luxaciones.

La siguiente tesina para obtener el grado de enfermería especialista en rehabilitación contiene cinco capítulos en los cuales se explicará el contenido de cada uno de ellos.

En el primer capítulo se presentará la problemática, el contexto, el objeto, las preguntas, el objetivo y la justificación del tema elegido para su estudio.

En el siguiente capítulo dos se mostrará y analizará el contexto referencial teórico, marco conceptual, teórico y empírico del problema a estudiar.

El capítulo tres está conformados por el tipo de abordaje metodológico, tipo de estudio, los sujetos de estudio y el diseño metodológico de dicho trabajo.

En el capítulo cuatro contiene las intervenciones que lleva a cabo la enfermera especialista en rehabilitación para el cuidado de las personas que han sufrido fractura de cadera, ya que sin duda es uno de los más importantes.

Por último, en el capítulo cinco encontraremos las conclusiones y recomendaciones que se hacen a los compañeros especialistas de enfermería en rehabilitación para la mejora de las intervenciones oportunas y evitar futuras complicaciones de reingreso hospitalario después de un alta a domicilio.

CAPITULO I

FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO

CAPITULO I. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo a las investigaciones la fractura de cadera está considerada a nivel mundial como una de las causas de muerte accidentales en los adultos mayores, ya que este grupo etario tienen una mayor tendencia a caerse por fallo de los reflejos protectores y debilidad de la consistencia ósea por la osteoporosis.

Actualmente, la población de adultos mayores de 60 años ha crecido notable y aceleradamente a nivel mundial (INEGI, 2015). Este crecimiento acelerado de la población envejecida va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica. Las fracturas de cadera constituyen hoy en día un problema importante para el sector público que representa 9 de cada 10 fracturas en personas mayores de 60 años (López Morales. A.B. 2013).

Fernández M.J. (2014) nos hace mención que debido al envejecimiento de la población, se estima que a nivel mundial la incidencia de la fractura de cadera aumenta desde 1, 700. 000 casos ocurridos sobre 1990, hasta 6, 300,000 en el 2050. Es por ello que se considera la epidemia del siglo XXI, representando un problema de gran importancia sanitaria y socioeconómica, tanto por su

elevada frecuencia y gasto como por la morbi-mortalidad y carga social que genera.

Célica A.C. (2013) nos menciona que nivel de América Latina, se estima que para el año 2050 la población total alcanzará 3,5 millones de habitantes, de los cuales el 41% (1.436.000) tendrá 50 años o más y el 16% (567.000) tendrá 70 años.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2013) nos hace referencia que en México, la proporción de este grupo de edad en el año 2000 fue de alrededor de 7% y se estima que este porcentaje se incremente a 12% para 2020 y a 28% para 2050.

De acuerdo con el INEGI (2015), las estadísticas en los últimos 10 años nos mencionan que alrededor del 5% de las mujeres de más de 65 años han sufrido una fractura de cadera. La distribución por sexo mantiene una proporción de tres mujeres por cada varón, debido a dos factores; la mayor incidencia de osteoporosis y una mayor supervivencia de la mujer frente al varón. Otros factores ponen de manifiesto diferencias en la incidencia, como la raza, siendo la incidencia más baja en las razas asiáticas y negras. En la raza blanca se observa

una mayor incidencia, otro factor es la estacionalidad que se lleva a cabo este fenómeno en invierno, el hábitat que se refleja más en la zona urbana que rural (Serradell M.S. 2012).

Los factores que condicionan las fracturas de cadera en los ancianos son los accidentes ya que son uno de los principales problemas de salud a nivel internacional y nacional y entre ellos se identifican las caídas como prioridad.

Otros factores de riesgo que nos menciona Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado. 4 (1): 597-643, 2012 ISSN: 1989-5305 601 son: historia de fractura de cadera previa, historia familiar de fractura, el sexo y la edad (más en mujeres y más de 65 años), inmovilidad o actividad física disminuida: deterioro de la fuerza muscular, necesidad del uso de ayudas para la marcha, disminución de masa ósea: osteoporosis (déficit de vitamina D o calcio), exceso de consumo de alcohol, cafeína y tabaco, bajo peso o pérdida de peso, malnutrición, uso de psicotrópicos o ansiolíticos, alteraciones visuales y vestibulares.

Fernández MJ. (2014) Señala que un 50% las personas afectados por fractura de cadera no recupera la capacidad funcional previa a la fractura e indica que un

20% necesitará ayuda durante largos periodos; por lo cual la consecuencia de este problema es la incapacidad de la persona, la cual requiere cuidados de otras en un 50% de las actividades de la vida cotidiana.

En la actualidad, la atención de los personas con fractura de cadera debe contemplarse bajo un punto de vista multidisciplinario, ya que esta atención no queda reducida solamente al tratamiento local de la fractura, sino también a todas las actuaciones que hay que realizar desde el punto de vista de la caída, las fases de emergencia, fase aguda, la recuperación funcional, los cuidados continuos y de rehabilitación tanto hospitalaria como domiciliaria. (López Morales A. B. 2013).

La rehabilitación es un proceso dinámico que requiere de múltiples acciones, comprende el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interrelacionadas, participativas y acorde para desarrollar la capacidad funcional física, psicológica o social que rodea a la persona con discapacidad y a su familia, para desempeñar adecuadamente en su ámbito físico, familiar, social y laboral. (González, D.N., Gutiérrez, N. R., & Corral, S. H. Octubre-Diciembre 2011).

El interés de realizar esta investigación radica en visualizar el rol fundamental que tiene la enfermera especialista en rehabilitación ya que es de gran

importancia para el logro de los objetivos a través de intervenciones orientadas a la calidad de vida, mantener el potencial de salud presente, restablecer pérdidas funcionales, disminuir el dolor, evitar el deterioro y lograr que tanto las personas afectadas como los familiares tengan una mejor adaptación a la discapacidad y a la rehabilitación.

1.2 CONTEXTO DE ESTUDIO.

Desde entonces hasta el fin del siglo XVIII, en todos los tratados de cirugía, la fractura llamada de cuello de fémur era una entidad que se confundía con la luxación de cadera. En 1755, en Leipzig (Alemania), Cristhian g. Ludwig dice textualmente en su pionero tratado “De Collo Femoris eiusqued fractura” que la cojera es un efecto de la fractura y que es posible, con cuidados específicos prevenirla.

En el siglo XIX, B. Sabatier, miembro de la academia Francesa nos menciona en sus memorias que “cualquier tipo de caída sobre la cadera puede ocasionar la fractura del cuello del fémur, y que algunas semanas después en personas mayores puede entrañar la muerte”. En estudios anatómicos posteriores constata que “a menudo en el mes que sigue a la fractura, hay una ausencia de soldadura de la fractura: una pseudoartrosis”. Es en este siglo donde se da el mayor auge y la separación de los diferentes tipos de fracturas. En efecto,

Cruveilhier, publica en 1849, su Tratado de Anatomía Patológica y distingue las fracturas del cuello.

En 1855 cuando Malgaigne descubre en su Tratado de Fracturas y Luxaciones, y a través de sus dibujos anatómicos, los diferentes tipos en función de la localización en la extremidad superior del fémur.

Hasta el siglo XIX, es Delbet quien realiza una clasificación topográfica y diagnóstica que le sirve para establecer las indicaciones de tratamiento de cada una de ellas. Todo ello facilitado por la introducción de la radiología y la anestesia. Es como hoy en la actualidad nos podemos referir a las diferentes tipos de fracturas y dar un tratamiento óptimo.

Otro trabajo de investigación es la tesina titulada “Intervenciones de Enfermería Especializada en Rehabilitación en personas con fractura y prótesis de cadera en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México D. F., por la autora María Josefa Ramos González de Castilla en el 2008, quien llega a la conclusión de que la enfermera especialista es la que lleva a la práctica las medidas de asistencia durante la fase aguda, y a largo plazo por lo cual es la encargada de empezar un plan de intervenciones en este tipo de fases para que el paciente se reintegre lo más rápido posible a sus actividades de la vida diaria.

En México existen dos tesis, que abordan las intervenciones de enfermería especialista en rehabilitación a personas con fractura de cadera, una elaborada en México, D. F. en el 2010 titulada “Intervenciones de enfermería especializada en personas geriátricos con fractura de cadera en el Hospital General Dr. Federico Quiroz Gutiérrez del ISSSTE”, presentada por Neidy Magaly Ramírez Cruz, para obtener el grado de especialista en rehabilitación quien llega a la conclusión que el personal especializado en rehabilitación debe dar atención rápida y oportuna desde el ingreso del paciente a la unidad hospitalaria, ya que la rehabilitación inicia desde esta etapa con el fin de evitar complicaciones, lograr la pronta recuperación del paciente y su integración a las actividades de la vida diaria.

Durante la revisión se encontró un artículo titulado “Intervenciones de Enfermería en rehabilitación a una paciente con prótesis de cadera por tumor de células gigantes del año 2011, por las autoras Navarro D., Ramírez N. y Hernández S. Llegan a la conclusión de que el personal de enfermería en rehabilitación tiene como objetivos ayudar al paciente a alcanzar su máxima independencia de acuerdo a sus capacidades, promover el autocuidado a través de orientación y entrenamiento de situaciones que le permitan reinsertarse a su vida social y familiar de la mejor manera posible y con calidad.

Durante la revisión se encontró un artículo titulado “Intervenciones de Enfermería en rehabilitación a una paciente con prótesis de cadera por tumor de células gigantes del año 2011, por las autoras Navarro D., Ramírez N. y Hernández S. Llegan a la conclusión de que el personal de enfermería en rehabilitación tiene como objetivos ayudar al paciente a alcanzar su máxima independencia de acuerdo a sus capacidades, promover el autocuidado a través de orientación y entrenamiento de situaciones que le permitan reinsertarse a su vida social y familiar de la mejor manera posible y con calidad.

Haciendo varias revisiones bibliográficas sobre los antecedentes de las fracturas de la cadera, me pude percatar que hay muy pocos antecedentes sobre ellas por lo cual en el artículo de J. Sueiro- Fernández (2013), nos menciona sobre las fracturas del extremo superior del fémur han estado tanto tiempo desconocidas, ya que el primero en hablar sobre ellas es Ambrosio Paré, el padre de la medicina moderna, en 1575, la cual dice “La fractura del cuello del fémur como una enfermedad distinta de aquellas que afectan al resto de la longitud de este hueso”.

De acuerdo con el libro de Salud y envejecimiento. Volumen III (2015) se define como fractura de cadera a lo que ocurre en el extremo proximal del fémur o extra capsular, afectando a la región trocanterica.

También dentro de la revisión bibliográfica encontré tres Guías clínicas sobre “Intervenciones de Enfermería en el adulto mayor con fractura de cadera” (2013); las cuales nos recomiendan una serie de pasos que debe seguir el personal de enfermería para llevar a cabo la atención de este tipo de personas con fractura de cadera, y así mismo tener éxito en cada una de las intervenciones para el reingreso del paciente a sus actividades de la vida diaria.

Así mismo pude obtener un trabajo titulado “Monografía; la fractura de cadera en el paciente mayor, la importancia del papel de la enfermera en la rehabilitación precoz” (2014). Quien nos menciona que el personal de enfermería al tener el primer contacto con el paciente puede establecer un programa inmediato de rehabilitación y así mismo evitar complicaciones a largo plazo.

Nos menciona Fernández M.J. (2014) que el objetivo del tratamiento rehabilitador de los personas con fractura de cadera consiste en devolverles la máxima autonomía posible para poder reintegrar en la medida que sea posible a su vida anterior. Las tasas de recuperación del estado funcional previo, oscila entre un 20-35% a los tres meses y alcanza el máximo a los seis meses, consiguiéndolo aproximadamente el 75% de los personas; así pues,

aproximadamente la cuarta parte de los que consiguen sobrevivir, no logran recuperar la autonomía que previamente disfrutaban.

Nos hace mención el trabajo fin de grado 2014 la importancia precoz de la rehabilitación, en primer lugar, porque se amolda a la salud general, a la discapacidad y al ambiente que rodea la vida de un individuo. Y en segundo lugar, porque la persona podrá ser independiente para sus actividades de la vida diaria, por lo cual la rehabilitación precoz debe ser importante durante la estancia hospitalaria, pero sin olvidar la importancia que tiene después del alta.

Dentro de las demás bibliografía revisada nos encontramos planes de atención de enfermería, los cuales todos se enfocan a un solo objetivo que es el reintegrar al paciente con la mínima discapacidad para realizar sus actividades de la vida diaria, por lo cual creo que es de gran importancia la elaboración de esta tesina, ya que nuestra población va en incremento de personas de la tercera edad y por lo consiguiente es uno de los principales problemas de salud a nivel nacional, internacional y local en México las fracturas de cadera en personas de la tercera edad.

1.3 OBJETO DE ESTUDIO.

Es el cuidado especializado de enfermería en rehabilitación en personas con fractura de cadera.

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

La pregunta de investigación para llevar a cabo esta tesina es la siguiente:

¿Cuál es el Cuidado especializado de enfermería en rehabilitación a personas con fractura de cadera?

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1 General

Describir el cuidado especializado de enfermería en rehabilitación a personas con fractura de cadera.

1.5.2 Específicos

Caracterizar el cuidado especializado de enfermería en rehabilitación a personas con fractura de cadera.

Identificar las intervenciones de enfermería en rehabilitación postquirúrgica y cuidados en el hogar.

1.6 JUSTIFICACIÓN.

Se justifica en relación a las siguientes consideraciones:

Existen pocos estudios e investigaciones relacionadas con las intervenciones de enfermería especialista en rehabilitación de personas con fractura de cadera.

Documentar las intervenciones de enfermería en rehabilitación a personas con fractura de cadera y cuidados en el hogar.

Los estudios más recientes mencionan que el papel de enfermería en rehabilitación no está bien definido, sin embargo el papel que lleva a cabo dentro del equipo multidisciplinario es de gran importancia para el logro de los objetivos de la rehabilitación.

Prevenir el reingreso hospitalario por una mala educación a las personas y familiares.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL, EMPÍRICO Y

TEÓRICO

CAPITULO II

2.1 MARCO CONCEPTUAL.

En el siguiente capítulo se mencionan los conceptos utilizados para la realización de la tesina que son: fractura de cadera, atención de enfermería, enfermería en rehabilitación, rehabilitación y especialización; por lo consiguiente se describe cada uno de ellos:

De acuerdo al descriptor de Ciencias de la salud MeSH la fractura de la cabeza del fémur, el cuello del fémur (fracturas del cuello femoral), los trocánteres o la región inter o subtrocantérea. Excluye las fracturas del acetábulo y las del hueso femoral por debajo de la región subtrocantérea (fracturas del fémur).

En relación a la real academia española nos menciona que la fractura de cadera proviene del latín “fractura”: acción y efecto de fractura. Rotura de un hueso o parte de la cadera o trasero.

De acuerdo con el libro de Salud y envejecimiento. Volumen III (2015) se define como fractura de cadera “es la fractura que ocurre en el extremo proximal del fémur o extra capsular, afectando a la región trocanterica.

Cuidados en el descriptor de Ciencias de la Salud MeSH nos define cuidado como atención de enfermería que son prestados al paciente por personal del servicio de enfermería.

De acuerdo a la real academia española el cuidado lo define del latín “cogitatus” acción de cuidar (asistir, guardar, conservar). El cuidado de los enfermos.

Enfermería en rehabilitación de acuerdo al Descriptor de la Ciencia de la Salud se define como la especialidad de la enfermera involucrada en el diagnóstico y el tratamiento de respuestas humanas de individuos y grupos a los problemas de salud real o potenciales con las características de la capacidad funcional alterada y cambios en el estilo de vida.

La Rehabilitación por el MeSH es la recuperación de las funciones humanas, al mayor grado posible, en una persona o personas que padecen enfermedad o lesión.

En relación a la real academia española rehabilitación la define como conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad.

Especialización es una ocupación limitada en objetivo a una subsección de un campo más amplio, de acuerdo al descriptor de las Ciencias de la Salud. De acuerdo a la real academia española la especialización es la acción y efecto de especializar o especializarse.

Enfermería nos menciona la real academia que es la profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como de otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas.

De la Chica M. T., Robles M. T. (2015) nos menciona que la fractura de la extremidad proximal del fémur o fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de mortalidad, morbilidad y costes que supone al sistema sanitario, hablamos de un importante problema de salud pública.

La fractura de la extremidad proximal del fémur o fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de mortalidad, morbilidad y costes que supone al sistema sanitario, hablamos de un importante problema de salud pública (Fernández M. J. 2014).

En conclusión, podemos decir que la fractura de cadera es la ruptura del hueso cercano al fémur y se da principalmente en adultos mayores de 65 años, debido a la osteoporosis, afecta en su mayoría a la población femenina de raza blanca y el principal mecanismo de acción es la caída de su propia altura.

2.2 MARCO REFERENCIA O EMPÍRICO.

En el siguiente punto se presenta en aspectos generales que huesos componen la cadera, los movimientos que realiza que son flexión, extensión, rotación, abducción y aducción. Así como los diferentes tipos de fracturas, los signos y síntomas que presenta el paciente al sufrir una fractura de cadera; y los métodos clínicos y de gabinete en los que se apoya el personal médico y de enfermería para realizar un diagnóstico, tratamiento eficiente y eficaz, así como las escalas utilizadas.

2.2.1 Aspectos anatomo - fisiológicos que fundamentan el estudio de la fractura de cadera.

La cadera está formada por dos huesos llamados iliacos o coxales, fuertemente soldados entre sí por delante y unidos hacia atrás por el sacro. Se dice que el hueso iliaco es plano, y este articula con el sacro, el cual hace función de cuña entre los dos iliacos. La unión de estos constituye el cinturón pélvico, donde están alojados órganos muy importantes para nuestras vidas. Como detalles interesantes nombramos la cavidad cotiloidea; que es una cavidad esférica destinada al alojamiento de la cabeza femoral, para formar la articulación de la cadera. (Fernández, M. J. (2014).

La articulación coxofemoral permite una gran movilidad en todos los sentidos de flexión, extensión, rotación, abducción y aducción.

Ejes de movimiento: Eje transversal: situado en un plano frontal, se realizan los movimientos de flexión- extensión. Eje anteroposterior: situado en un plano sagital, se efectúan los movimientos de abducción- aducción. Eje vertical: permite los movimientos de rotación externa-rotación interna.

La flexión de la cadera es el movimiento que lleva la cara anterior del muslo al encuentro del tronco. La flexión de la cadera está íntimamente relacionada con la actitud de la rodilla, así vemos como: Flexión activa con la rodilla extendida: 90°. Flexión activa con la rodilla flexionada: 120°. Flexión pasiva con la rodilla flexionada: 140°. Flexión pasiva con la rodilla extendida: menor que los anteriores.

La flexión de la rodilla, al relajar los músculos isquiotibiales, permite una flexión mayor de la cadera. La extensión conduce al miembro inferior por detrás del plano frontal. La amplitud de la extensión de la cadera es mucho más reducida que la de la flexión ya que se halla limitada por la tensión que desarrolla el ligamento iliofemoral. Extensión activa. De menor amplitud que la pasiva: con la rodilla extendida: 20°. Con la rodilla flexionada: 10°, esto es debido a que los músculos isquiotibiales pierden su eficacia como extensores de la cadera por haber empleado una parte importante de su fuerza de contracción en la flexión de la rodilla. Extensión pasiva: 20°, tiene lugar al adelantar un pie, inclinando el cuerpo hacia delante mientras el otro permanece inmóvil. La aducción pura no existe.

Existen, movimientos de aducción relativa, cuando a partir de una posición de abducción llevamos al miembro inferior hacia dentro. Existen movimientos de aducción combinadas con extensión de la cadera y movimientos de aducción combinados con flexión de la cadera. En todos los movimientos de aducción combinada, la amplitud máxima de la aducción es de 30° .

La posición de sentado con las piernas cruzadas una sobre otra, está formada por una aducción asociada a una flexión y a una rotación externa. En esta posición, la estabilidad de la cadera es mínima. (Fernández, M. J. 2014).

La abducción lleva al miembro inferior en dirección hacia fuera y lo aleja del plano de simetría del cuerpo. La abducción de una cadera va acompañada de una abducción igual y automática de la otra.

Cuando llevamos el movimiento de abducción al máximo, el ángulo que forman los dos miembros inferiores es de 90° , de lo cual se deduce que la amplitud máxima de la abducción de una cadera es de 45° .

El fémur es el hueso del muslo y es el más largo del cuerpo, cuando se fractura (rompe) en la unión con la pelvis, se le conoce como fractura de cadera. El riesgo de fractura aumenta en los Adultos Mayores de 60 años, sobre todo en mujeres. La fractura de cadera es la ruptura del hueso del muslo (fémur) en su unión con la pelvis, por debajo de la articulación de la cadera. (Fernández, M. J. 2014).

Epidemiológicamente la osteoporosis es una enfermedad que afecta principalmente a las personas mayores, ya que a medida que envejecemos, la parte interna del hueso se vuelve porosa a causa de la pérdida de calcio. Desde el punto de vista epidemiológico, las fracturas de cadera son más comunes en mujeres que en hombres, porque éstas tienen menos masa ósea y a partir de la menopausia la pérdida de calcio es mayor, lo que incrementa el riesgo de fractura ante una caída o un golpe fuerte. (Fernández, M. J. 2014).

Esta enfermedad crónica causa alrededor de 40.000 fracturas de cadera y epidemiológicamente, las fracturas más frecuentes del anciano y las relacionadas con la fragilidad ósea por la Osteoporosis son: las vertebrales, las del radio distal, las de la cadera y tercio proximal del fémur y las del húmero proximal.

2.2.2 Tipos de fracturas

Las fracturas de cadera se clasifican según su localización anatómica y son: intertrocanteréas, de cuello femoral, de cabeza femoral y subtrocantéreas.

Fracturas intertrocanteréas: Se ubican entre el trocánter mayor y menor, son las más frecuentes del fémur proximal y habitualmente ocurren en personas de mayor edad por lo que, asociado a las enfermedades concomitantes, tienen alta morbi-mortalidad. Se caracterizan por ser fracturas extracapsulares que rara vez comprometen la irrigación de la cabeza del fémur, por lo tanto, el riesgo de necrosis es mínimo y un tratamiento quirúrgico precoz tiene en general buenos resultados. La incidencia de cada uno de estos tipos de fracturas es de 50%.(Fernández, M. J. 2014).

Fracturas del cuello femoral: En general se deben a caídas en personas mayores con huesos osteoporóticos o fracturas en huesos patológicos, como por ejemplo, en tumores. No se debe olvidar que el paciente podría haber sufrido un accidente isquémico transitorio o un bloqueo aurículo-ventricular que haya generado una pérdida de conciencia y la posterior caída o por vértigo, que es frecuente en los ancianos por las insuficiencias vertebro-basilares. Las fracturas de cuello femoral son fracturas intracapsulares que comprometen la irrigación de la cabeza femoral y su viabilidad va a depender del grado de desplazamiento de

los fragmentos, por lo tanto, mientras más desplazados, mayor riesgo de necrosis. (Fernández, M. J. 2014).

Fracturas de cabeza femoral: las fracturas de cabeza femoral resultan de impactos de alta energía, pueden asociarse a luxación de la cadera, fractura de cuello, pero hay que tener presente que junto con esta fractura puede haber compromiso de otro segmento u órgano del organismo.

Fracturas subtrocantéreas: Son habitualmente fracturas asociadas a gente más joven en relación a las fracturas antes mencionadas. Son producidas por traumatismos de alta energía. El problema que tienen es que esta zona 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 al retardo de consolidación o a la pseudoartrosis.

Los signos y síntomas que presenta una persona con fractura de cadera son: dolor en la región inguinal y el trocánter mayor, en ocasiones este dolor se irradia a la rodilla, impotencia funcional, no poder mover la cadera, a extremidad afectada más acortada y con rotación externa, es decir, con el pie mirando hacia afuera y debilidad en los músculos de la cadera. El diagnóstico para saber si hay fractura de cadera es la evaluación inmediata por parte médica, la toma de radiografía.

El tratamiento hoy en la actualidad, la asistencia a las personas con fracturas de la cadera que generalmente tienen edades por encima de los 65 años, deben contemplarse bajo un punto de vista multidisciplinario, ya que esta asistencia no queda reducida solamente al tratamiento local de la fractura, sino también a todas las actuaciones que hay que realizar desde el mismo momento de la caída y que comprenden las llevadas a cabo durante las fases de emergencia y urgencia, pasando por el tratamiento médico quirúrgico de la fase aguda, la recuperación funcional y los cuidados continuados y de rehabilitación, tanto hospitalarios como a domicilio (Fernández, M. J. 2014).

La rehabilitación física con el fisioterapeuta ha de instaurarse cuanto antes después de una fractura de cadera e incluye la mejora de la movilidad, el acondicionamiento muscular, el entrenamiento de la marcha, las transferencias y la mejora del equilibrio. (Fernández, M. J. 2014).

El perfil de la enfermera especialista en rehabilitación, tiene un papel altamente significativo, a través de acciones orientadas a la calidad de vida, mantener el potencial de salud presente, reestablecer pérdidas funcionales, disminuir el dolor, evitar el deterioro y lograr que tanto la persona afectada, como los familiares tengan una mejor adaptación a la discapacidad. De igual forma el entrenamiento,

el ejercicio y el soporte psicosocial son indispensables entre las acciones que realiza enfermería para este tipo de personas. (Fernández, M. J. 2014).

La fractura de cadera es la lesión más discapacitante más común y la causa de muerte accidental en ancianos, por lo que la incidencia y las consecuencias en salud pública aumentan paralelamente al envejecimiento de la población. El objetivo es detectar las complicaciones potenciales y dichas secuelas, enfermería precisa de una metodología protocolizada, que la oriente en la prestación de cuidados estandarizados aplicado a las personas con fractura de cadera (Díaz A., Vaz J. A. 2015).

La fractura de cadera aumenta exponencialmente con la edad, siendo ésta la causa traumática de hospitalización más frecuente en el anciano. Se desarrolla un plan de cuidados de enfermería, relacionado a los cuidados más importantes que se llevan a cabo en el posoperatorio y en su domicilio para la recuperación de las actividades de la vida diaria. (Serradell S. 2012).

Los principales factores de riesgo de producir una fractura de cadera son la osteoporosis y las caídas, cuya prevención es esencial de enfermería para que

no se instaure el problema o sus consecuencias no sean tan graves. Una vez que se produce la lesión, hay que llevar a cabo el tratamiento, pudiendo ser quirúrgico o no, y una posterior rehabilitación. Una buena rehabilitación por parte del equipo multidisciplinario, hará que el paciente recupere su capacidad funcional previa y así se reduzca la institucionalización o la dependencia del anciano tras la intervención (Jara L. 2014).

Saez P., García J.A. (2012) Hace énfasis sobre los cuidados y resultados que se llevan a cabo durante la fase aguda pos - operatorio a un paciente con fractura de cadera, las intervenciones que realiza el personal multidisciplinario en cada una de las etapas y sobre todo la etapa de rehabilitación que se hace inmediata y posterior a su egreso domiciliario.

De la Chica M. T., Robles M. T. (2015), nos pretende dar a conocer las emociones que experimentan las personas tras sufrir una fractura de cadera, así como profundizar en sus vivencias y su significado en relación a la dependencia a las actividades de la vida diaria. Se sugiere énfasis en el dolor, ya que el paciente lo expresa mediante el diálogo con la enfermera. Cuando éste se evalúa, una gran parte de la atención se centra en su intensidad, la cual es medible mediante las escalas del dolor como la Escala Visual Análoga (EVA) o por la escala de las caritas, localización del dolor, caracterización del dolor y duración del episodio de

dolor. La dependencia, las emociones que surgen tras sufrir una fractura de cadera y aspectos de la rehabilitación; esto nos da pauta a saber que también tiene grietas sociales y existenciales en las personas y la familia.

La puesta en marcha de un tratamiento inmediato y una rehabilitación precoz eficaz, será imprescindible para lograr una recuperación óptima y conseguir el regreso al estado funcional previo. Así mismo será un trabajo en común por parte de un equipo multidisciplinario que tenga como meta la reincorporación del paciente a las actividades de la vida diaria, en el menor tiempo posible y con las mínimas consecuencias. La enfermería juega un papel muy importante en todo este proceso, ya que está presente en cada una de las etapas del mismo y ha de intentar gestionar adecuadamente los medios posibles para poder proporcionar una atención integral y multidisciplinaria. (Fernández M. J. 2014).

El cuidado de enfermería en rehabilitación tiene como principales objetivos ayudar al paciente a alcanzar su máxima independencia de acuerdo a sus capacidades, promover el autocuidado a través de la orientación y entrenamiento de situaciones que le permitan reinsertarse a su vida social y familiar de la mejor manera posible y con calidad. Enfermería desempeña un papel importante para lograr la autonomía en las actividades de la vida diaria. Dar a conocer el papel profesional de enfermería especialista en rehabilitación en personas con fractura

de cadera es de gran importancia ya que es el pilar importante de la educación del paciente y familiar, nos hace mención de las intervenciones que son la termoterapia, movilización articular activo asistido, los ejercicios de fortalecimiento, así como las recomendaciones del uso correcto de los dispositivos de ayuda para la deambulaci3n, los ejercicios de equilibrio, ejercicios para la marcha, que aunados a todo esto favorecen la incorporaci3n del paciente a sus actividades de la vida diaria con eficiencia y eficacia, as3 evitamos complicaciones y seguir con su vida normal de independencia. (Navarro D., Ram3rez N., Hern3ndez S. 2011).

Es por ello que los problemas derivados de la intervenci3n de una artroplastia de cadera afectan a pr3cticamente todos los patrones funcionales del paciente, de ah3 la importancia de que el personal sanitario implicado en el tratamiento y recuperaci3n del paciente desarrolle su trabajo seg3n un plan claramente definido, est3ndar y evaluable. Por lo tanto, se lleva a cabo la elaboraci3n de gu3as cl3nicas para sistematizar los cuidados hacia el paciente y que no le afecten los problemas derivados de la variabilidad de la atenci3n, recupere su movilidad e independencia lo m3s pronto posible y se evite complicaciones posoperatorias (Pastes M. 2012).

Alonso Karina realiza un Plan de cuidados de enfermería para personas sometidos a artroplastia de cadera por fractura en el 2013, lo cual nos menciona que el sistematizar los cuidados de enfermería a personas en el pos operatorio de artroplastia de cadera por fractura, contribuyendo a la recuperación y evita complicaciones. La sistematización de cuidados es fundamental para unificar criterios de actuación, mejorar los registros de enfermería, reducir el número de errores en la práctica y favorecer el desarrollo profesional.

Aguilar F. "Fractura de cadera proceso asistencial integrado" (2014), nos hace mención sobre las actividades que en conjunto permiten la organización durante el proceso de atención al paciente con fractura de cadera así como mejorar los resultados a corto plazo de forma coste-efectividad al disminuir las numerosas complicaciones que asechan a esta frágil población de riesgo, acortando su estancia hospitalaria y fomentando un retorno a la comunidad en las mejores condiciones para optar el mayor grado de recuperación posible.

La recuperación de las personas se debe primordialmente al soporte que tiene con la familia, ya que se destaca que los que tienen mayor soporte familiar tiene más posibilidad de recuperar sus actividades de la vida diaria. Enfermería marca un papel importante ya que es la que educa al paciente y familiar con los cuidados

y rehabilitación adecuada para el área hospitalaria y cuando egresa del mismo (López I., Uncala V., Rivas A. 2015).

Ruiz V. (2015) en su investigación titulada “Impacto de un programa de continuidad asistencial en la mejora de la funcionalidad y calidad de vida en las personas de edad avanzada con fractura de cadera, nos menciona que hay evidencias que sentar y movilizar lo antes posible, mejora la recuperación, durante la rehabilitación hospitalaria se evalúa el apoyo familiar, y se recomienda que la rehabilitación se lleva en un mes con efectividad.

2.3 MARCO TEÓRICO.

A principios del siglo XXI, la enfermería experimentó serias transformaciones que la han llevado al inicio de una consolidación como profesión; las enfermeras de esta época enfrentan un enorme reto.

La fusión de modelos conceptuales y teorías de enfermería que han surgido en los últimos años forman una amplia e interesante diversidad de propuestas ansiosas de ser comprobadas y consolidadas en la práctica e incorporadas al

campo al campo del conocimiento de la enfermería; por lo cual constituyen un cúmulo de nuevos conocimientos que empiezan a difundirse entre quienes practican la profesión a lo que obliga, tanto a enfermeras como a estudiantes a profundizar en su conocimiento y aplicación para la transformar su quehacer diario en una práctica profesional con sólidos conocimientos científicos identificados en esta área.

Para la realización de esta tesina se toma el modelo de Dorothea E. Orem ya que nos ayuda en los aspectos de la rehabilitación del paciente y del cuidador primario que está a cargo de la persona afectada. (Ostiguín, R. M., De la Luz Velázquez S. M. 2010).

A nivel de América Latina, una de las teóricas más comentadas es Dorothea E. Orem con su Teoría General del Déficit de Autocuidado. Este modelo se ha adaptado en múltiples situaciones y circunstancias de la práctica enfermera, ya que lo mismo se aplica en mujeres, adulto mayor, personas en estado crítico, o en etapas varias de rehabilitación, entre otras. Por ser una de las estructuras conceptuales más amplias ha recibido múltiples comentarios en todos los sentidos pero, independientemente de la postura adoptada, es innegable que resulta una herramienta metodológica y conceptual para desarrollar la labor enfermera, y permitir identificar un vocabulario científico de la disciplina.

Dorothea E. Orem, de nacionalidad estadounidense, publica en 1969 sus primeras reflexiones formales de Enfermería, en 1971 edita el libro sobre la Teoría General del Déficit de Autocuidado, con la cual en 1996 obtiene el título honorífico de Doctora en Ciencias. Gran parte de sus reflexiones surgieron de la intuición que tuvo acerca de por qué las personas necesitan ayuda de enfermería y cómo son auxiliados por los profesionales de la disciplina; a partir de ello tomo la experiencia de otras pensadoras de esta disciplina como Henderson, King, Rogers, Nightingale, y de otras disciplinas médicas y humanísticas, por lo cual la teoría de Orem tiene gran influencia en los campos del ejercicio profesional, formativo y de investigación.

El objetivo de la Teoría General del Deficit de Autocuidado es exponer posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermera para proporcionar cuidados, consecuentemente se constituye en un marco de trabajo para la disciplina ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona, el ambiente y la enfermería a partir de la salud. (Ostiguín, R. M., De la Luz Velázquez S. M. 2010).

Orem toma como paradigmas a:

Persona unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante su proceso de desarrollo.

Salud estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo. Entorno implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud. Enfermería se establece como un servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficios para la persona.

La teoría de Orem se subdivide en tres que son: Teoría del Déficit de Autocuidado, Teoría del Cuidado y Teoría de Sistemas

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una acción propia de las personas maduras o en proceso de maduración, misma que han desarrollado a partir de las capacidades de cuidar de sí mismo en sus condiciones ambientales. Tiene como propósito que dicha acción se realice de manera efectiva y eficaz por la propia persona en favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y funcionamiento humano. Agente de autocuidado se refiere a cualquier persona que se provee de autocuidado.

Los factores condicionantes básicos se refiere a las características de todo individuo que incluyen propiedades específicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos y son: edad, sexo, estado de salud, estado de desarrollo, orientación sociocultural, factores del sistema familiar (diagnóstico y tratamiento), factores del sistema familiar (composición/rol/relación), patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos. (Ostiguín, R. M., De la Luz Velázquez S. M. 2010).

Los requisitos de autocuidado universal representan las condiciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y funcionamiento humano que son: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, Mantenimiento de un aporte suficiente de agua, Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento, Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos, Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Agente de autocuidado es uno mismo, ya que cada individuo lleva los cuidados elementales como bañarse, vestirse, comer, entre otros. Agente de cuidado

dependiente es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por sí misma. Agencia de enfermería busca satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado. La enfermera representa al agente de autocuidado terapéutico, llamada así porque entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico, es decir cuando sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos de salud. (Ostiguín, R. M., De la Luz Velázquez S. M. 2010).

Según Orem, el autocuidado es la práctica de actividades que las personas emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

El autocuidado está intercalado en las actividades de la vida diaria y no es en sí misma una actividad de la vida diaria. Es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir el curso de acción apropiado.

Las actividades necesarias para mantener la salud se aprenden y están condicionadas por muchos factores como la edad, la maduración y la cultura, formándose las capacidades de autocuidado. Es allí donde la enfermera, en su rol de promotor de la salud, orienta y motiva en la persona adulta mayor, familia y comunidad la práctica del autocuidado, lo implica pasar de una relativa dependencia o pasividad a una autonomía o participación activa y responsable. (Camino S. M. P. 2011).

CAPITULO III
METODOLOGÍA

CAPÍTULO III METODOLÓGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de investigación documental que se realiza es descriptiva y transversal. Es descriptiva por que describe el comportamiento de las variables Intervenciones de enfermería especializada en rehabilitación en personas con fractura de cadera y es transversal porque esta investigación documental se realizó en un solo momento.

3.2. SUJETO DE ESTUDIO.

Personas adultas con fractura de cadera.

3.3. DISEÑO METODOLÓGICO.

Esta tesina es un trabajo de investigación bibliográfica que tiene como marco metodológico y objetivo analizar, caracterizar, describir e identificar las intervenciones de enfermería en rehabilitación a personas con de fractura de cadera, mediante el método de interpretación y exposición de una estructura que permite disertar de manera escrita utilizando como técnica documental la revisión de literatura que se realizó mediante la exploración bibliográfica, describiendo a mi pregunta de investigación ¿Cuáles son las intervenciones especializadas de enfermería en rehabilitación a personas con fractura de cadera?

Para la revisión de la literatura se consultaron los descriptores de la Ciencia de la Salud (DeCS), el Medical SubjectHeadings (MeSH), las bases de datos fueron: PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Biblioteca Digital UNAM y Google académico, con los descriptores en español: fractura de cadera, rehabilitación y atención de enfermería y en ingles las palabras clave: hip fracture, rehabilitation y nursing care utilizando operadores booleanos y de posición como and, or, same y with.

La revisión se integró por 30 artículos de revistas científicas, guías clínicas, tesis para obtener el grado de enfermería en rehabilitación, tesis para obtener el grado de doctorado en enfermería y planes de atención de enfermería.

CAPITULO IV

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN A

PERSONAS CON FRACTURA DE CADERA.

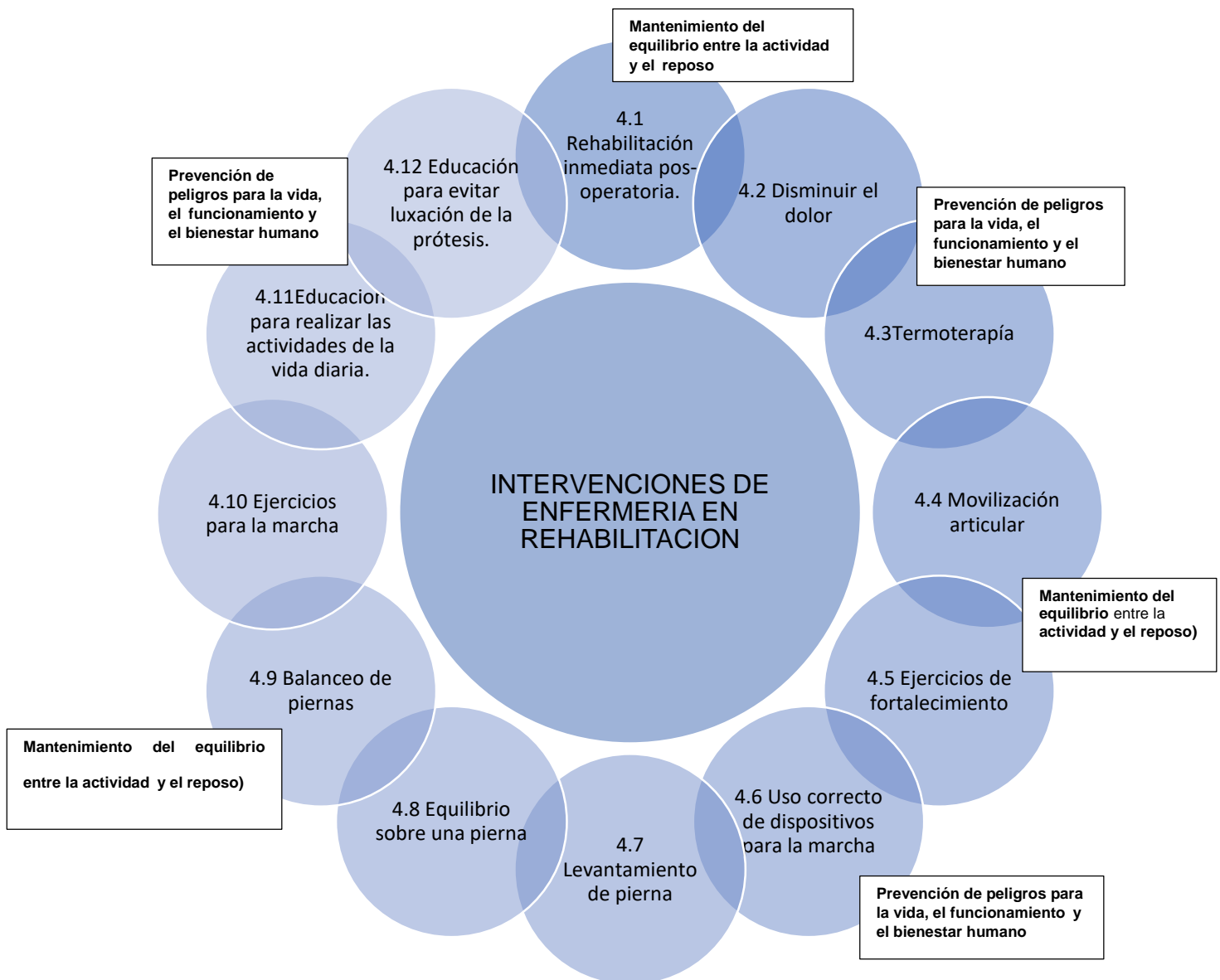
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN A PERSONAS CON FRACTURA DE CADERA

El cuidado de enfermería en personas con fractura de cadera tiene como propósito fundamental disminuir el dolor, llegar a su nivel máximo de movilidad articular, reinsertar al paciente a sus actividades de la vida diaria y evitar luxaciones y reingresos hospitalarios.

Las intervenciones específicas del profesional de enfermería especialista en rehabilitación en personas con fractura de cadera incluyen: la valoración del dolor, aplicación de la termoterapia, movilización articular, ejercicios de fortalecimiento, levantamiento de pierna, equilibrio sobre una pierna, balanceo de piernas, ejercicios para la marcha, uso correcto de dispositivos para la marcha, subir y bajar escaleras con muletas o bastón, bajar de la cama, subir y bajar del coche, sentarse en la silla y acciones para evitar la luxación de la prótesis. Todo con el fin de que el paciente realice su autocuidado como se propuso con la teoría de Dorotea E. Orem.

4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN A PERSONAS CON FRACTURA DE CADERA BASADO EN EL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTEA E. OREM.

4.1.- DIAGRAMA



FUENTE: elaborado por Lic. En enfermería Juárez Verde María Guadalupe (2017).

4.2- REHABILITACIÓN INMEDIATA POS-OPERATORIA (Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo).

El primer día después de la cirugía debe permanecer recostado con las piernas en abducción con ayuda de una almohada, y se continúa con analgésicos y antiinflamatorios y ayudarse con crioterapia en la zona operada.

Figura 1. Cojín Abductor



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2fRBscd>

Al segundo día se debe iniciar los ejercicios asistidos (con ayuda de enfermería), y subir la pierna con la ayuda de una sábana a no más de 90°.

Figura 2. Movilización articular



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2f6PxDs>

Figura 3. Movilizadores de cadera



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2fRApsw>

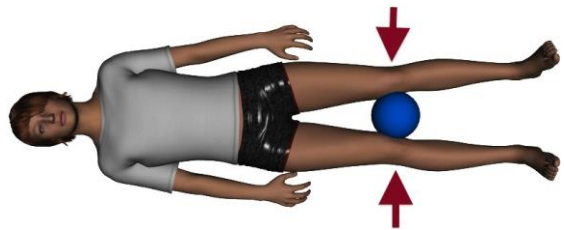
En el tercer día se orienta al paciente para realizar ejercicios isométricos para el fortalecimiento de los músculos de los glúteos y aductores, se le enseña al paciente como colocar una toalla debajo de la rodilla y presionar hacia la cama por varias ocasiones, y por último colocar una pelota entre las rodillas, presionando hacia el centro.

Figura 4. Fortalecimiento de glúteos



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2g3KQHR>

Figura 5. Fortalecimiento de aductores



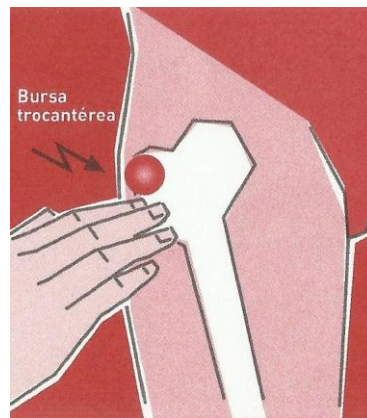
Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2fp8agY>

4.3- DISMINUIR EL DOLOR (Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano).

El paciente con fractura de cadera inicialmente refiere dolor en el miembro afectado al realizar movilización. Se debe realizar valoración inicial en busca de signos que orienten a determinar la existencia de dolor, el cual se debe tratar desde ese momento. El manejo del dolor se debe adaptar a cada paciente.

Se recomienda disminuir el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Figura 6. Localización del dolor



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2fnK7iD>

La implementación de un programa seguro y eficaz de analgesia previa a la movilización de la extremidad afectada requiere de una evaluación y de una documentación objetiva, sistemática y periódica del dolor y de otras variables

asociadas. La analgesia en el preoperatorio y en el primer día del postoperatorio se recomienda utilizar paracetamol y metamizol parenteral alterno, tramadol de rescate y, si existiera mal control del dolor, cloruro mórfico 2-3 mg subcutáneo hasta cada cuatro horas, añadiendo metoclopramida y laxante. A partir del segundo día de postoperatorio, valorar cambio a analgesia vía oral. Se incluyó una escala de evaluación de dolor descriptiva en las gráficas de enfermería, registrándose en cada turno.

Valorar el dolor, empleando una escala validada, como Evaluación Visual Análoga (EVA). Valorar el dolor a intervalos frecuentes; por lo general, al tomarle las constantes vitales al paciente.

Figura 7.



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2gfVGwQ>

4.4-TERMOTERAPIA (Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano).

Método curativo de algunas enfermedades que se fundamenta en la aplicación de calor sobre la parte del cuerpo enferma. Es una de las técnicas terapéuticas de mayor uso por los profesionales por sus grandes beneficios y su bajo costo. Puede clasificarse como superficial cuando la penetración es baja (como con el uso de infrarrojos o en acciones terapéuticas por mecanismos reflejos) o profunda cuando se dan efectos biológicos gracias al calentamiento directo de tejidos profundos (como sucede en el uso de algunas corrientes eléctricas).

Efectos de la termoterapia: Un aumento controlado de la temperatura produce: mejoramiento de la nutrición y de la oxigenación celular, mejora las defensas al aumentar la cantidad de los elementos de defensa, acción bactericida, acción antiinflamatoria (combate inflamaciones en estadio crónico), acción analgésica, acción antiespasmódica, mejora la restauración celular, aumenta el drenaje linfático y favorece procesos de reparación tisular.

Se aplica compresa húmedo-caliente por 15 min. Antes de cada sección de ejercicios, en región lumbosacra y cadera afectada.

Figura 8. Compresa caliente



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2fEewtR>

Se vigila frecuentemente la compresa para prevenir quemaduras, se observa datos de: dolor o piel enrojecida.

4.5-MOVILIZACION ARTICULAR (ACTIVO ASISTIDO) (Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo).

Movilización pasiva

Comprende el conjunto de técnicas que se aplican sobre las estructuras afectadas, sin que el paciente realice ningún movimiento voluntario de la zona que hay que tratar el paciente no interviene en lo absoluto, o presenta ayuda ni resistencia a la realización del ejercicio.

Objetivos de los ejercicios pasivos: prevenir la aparición de deformidades, evitar rigideces y anquilosis en posiciones viciosas, mejorar la nutrición muscular y favorecer la circulación sanguínea y linfática, preparar el músculo para un mejor trabajo activo, prevenir adherencias y contracturas de los tejidos y mantener su elasticidad, mantener la movilidad articular o restablecer la misma en las articulaciones que presentan limitación, estimular psíquicamente al paciente incapaz de realizar movimientos por sí mismo, despertar los reflejos propioceptivos y la conciencia del movimiento y contribuir a conservar o crear las imágenes periféricas del esquema corporal espacial.

a) Flexión de cadera afectada, se coloca al paciente en posición decúbito dorsal, las piernas deben estar alineadas con la cadera. Se le indica al paciente que levante el pie lentamente hacia arriba y hacia abajo haciendo trabajar los músculos isquiotibiales y gemelos. Se le pide al paciente que levante la pierna operada solo 20cm de la cama hacia arriba.

Figura 9. Deslizamiento de talones

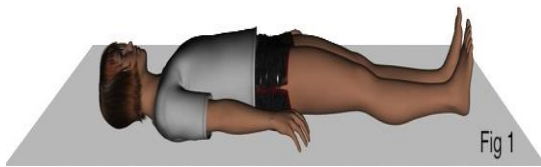


Figura 10. Flexión de cadera



Fuente: google imágenes.com <http://www.covadenil.com>

Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2ghIOYc>

b) Deslizamiento de talón, para esto se le pide al paciente que mantenga el talón de la pierna operada en contacto con la cama, luego lo deslice hacia sus glúteos hasta donde pueda hacerlo con comodidad (no más de 90°). Se le pide que sostenga 5 a 10 segundos, de forma gentil y a tolerancia del paciente y deslice el talón hasta volver a extender la pierna.

Figura 11. Deslizamiento de talón

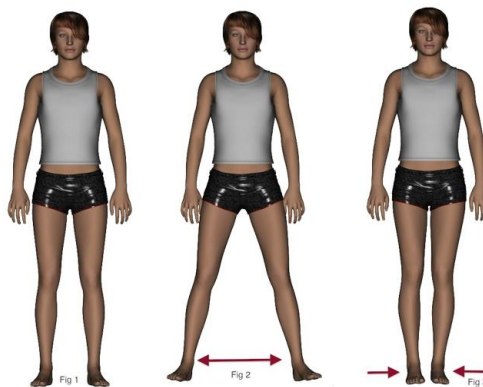


Fuente: google imágenes.com <http://www.covadenil.com>

c) Para la abducción de cadera, se debe colocar al paciente en posición decúbito dorsal, y las piernas deben estar alineadas con la cadera.

Se pide al paciente que empiece a deslizar de forma lateral el talón, que comience con los pies ligeramente separados. Mientras mantiene la rodilla y el pie apuntados hacia el techo, deslice lentamente la pierna operada hacia un lado, sin cruzar la línea media del cuerpo. La abducción se debe hacer a no más de 30°, mantener esta posición de 5 a 10 segundos, de forma gentil y a tolerancia.

Figura 12. Abducción de cadera



Fuente: google imágenes.com <http://www.covadenil.com>

d) Extensión de cadera: se coloca al paciente en posición decúbito ventral. Se coloca la pierna estirada y se levantarla máximo 30°, se mantener esta posición de 5 a 10 segundos, de forma gentil y a tolerancia. Se realizan 10 repeticiones dos veces al día, se aumenta cada 15 días, según la tolerancia del paciente. Los descansos se darán al terminar cada repetición, o antes si el paciente lo requiere.



Figura 13. Fuente: google imágenes.com <http://es.slideshare.net>

Se inicia la movilización progresiva de la cadera operada, se debe empezar a sentar al paciente en la cama colocándole almohadas en la espalda, o sentarlo en el filo de la cama y apoyar los pies sobre una banca o peldaño. Realiza ejercicios de flexión y extensión de rodillas.

Figura 14. Flexión y extensión de cadera



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2g3ZJcx>

e) Se inicia la bipedestación con ayuda de la enfermera y se pide al paciente que se apoye de una andadera, puede pararse o sentarse varias veces para el fortalecimiento muscular, y evitando que el paciente tenga la punta de los pies mirando hacia adentro mientras este parado. Para iniciar la marcha también lo realizara con la andadera supervisado por la enfermera, al inicio solo debe apoyar los dedos del pie, a la tercera semana debe apoyar todo el pie.

Figura 15. Uso de andadera



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2gBHWwM>

Figura 16. Bipedestación con ayuda de la andadera



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2ggkFMl>

4.6-EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO (ISOTONICOS) (Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo).

Los ejercicios isotónicos son aquellos en los que se obliga a un músculo a realizar un movimiento soportando un peso estático constante. Esto significa que el músculo debe vencer para realizar el movimiento una resistencia mayor o menor, y con un entrenamiento repetitivo, se conseguirá que ese músculo crezca y se haga más fuerte. a) Flexores de cadera: Se coloca al paciente en bipedestación, se pide al paciente que se sostenga de una superficie firme, y que coloque una pierna completamente recta y la pierna operada la debe flexionar hasta formar un ángulo de 90° (no forzar) mantener alrededor de 5 segundos y volver a la posición inicial.

Figura 17. Protocolo ejercicios de cadera



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2f7arm1>

b) Extensores de cadera: se coloca al paciente en bipedestación, se le pide que sostenga de una superficie firme para conservar el equilibrio, una pierna completamente recta y la operada se le pide que la lleve hacia atrás, con cuidado de no arquear la espalda, realizar esto lentamente.

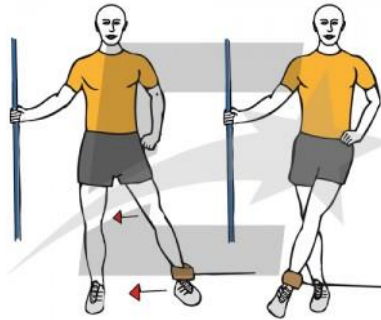
Figura 18. Extensores de cadera



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2jDOIBq>

c) Abductores de cadera: Se coloca al paciente en bipedestación, se le pide que se sostenga de una superficie firme, una pierna completamente recta, la otra se separa alrededor de 30° (no forzar) mantener alrededor de 5 segundos y volver a la posición inicial. Se realiza 10 repeticiones por cada pierna, 2 veces al día (se aumentan conforme a la capacidad del paciente)

Figura 19. Abductores de cadera



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2g4biAL>

4.7-USO CORRECTO DE DISPOSITIVO PARA LA MARCHA MULETAS – BASTÓN (Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano).

Las ayudas técnicas para la marcha son dispositivos que proporcionan, durante el desarrollo de ésta, un apoyo adicional del cuerpo humano al suelo. Su objetivo es permitir el desplazamiento y la movilidad, así como la bipedestación.

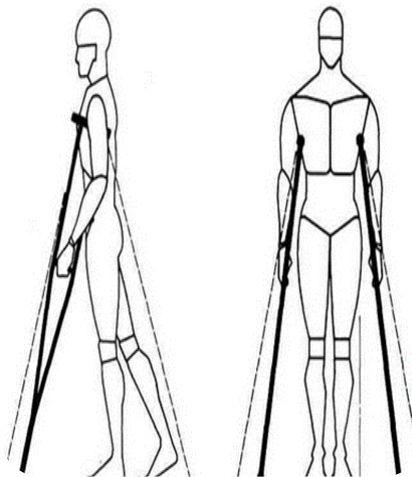
Según la Organización Internacional de Normalización, las ayudas técnicas son todos los productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente, o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.

Algunos autores han clasificado las ayudas técnicas para la marcha en ayudas de marcha fijas, que engloban los pasamanos y las barras paralelas, y en las ayudas de marcha móviles, en las que están incluidos los andadores, los bastones ingleses, los bastones comunes (muletillas) y las muletas.

Medición de las muletas

Al adaptar las muletas al paciente, su longitud debe abarcar desde 3 a 4 anchos de dedos por debajo de la axila hasta un punto situado 15 cm. de la cara lateral del talón de la persona.

Figura 20. Medición de muletas



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2g48tj3>

DEAMBULACION CON MULETAS

Se debe mencionar al paciente que tienen que adelantar ambas muletas un paso por delante; después tiene que avanzar con la pierna afectada de la cadera y

finalmente la pierna no operada, por lo tanto, los pies serán juntados de nuevo después de cada paso.

Figura 21. Deambulaci3n con muletas

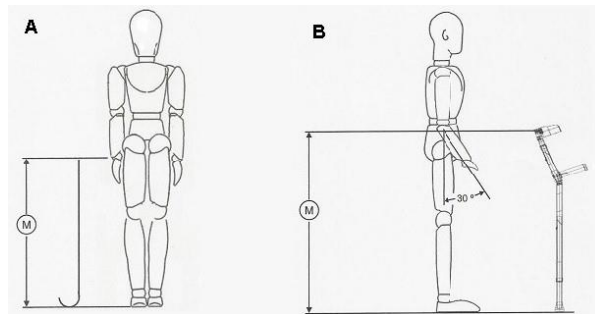


Fuente: google im3genes.com <http://bit.ly/2ir66kf>

MEDICI3N DEL BAST3N

Se le recomienda al paciente el uso del bast3n, para la medici3n del bast3n se le indica al paciente que tiene que flexionar el codo de 20° a 30°. Y que la altura del bast3n es a nivel del trocante mayor

Figura 22. Medición de bastón



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2fRXZpj>

DEAMBULACIÓN CON BASTÓN

El bastón debe sujetarse con la mano opuesta al lado afectado. Durante la marcha, el bastón se mueve hacia adelante al mismo tiempo que la extremidad afectada. Cuando más peso aplica el paciente sobre el bastón, menor es la presión que recibe la articulación afectada.

Figura 23. Deambulación con bastón



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2qhAUgp>

4.8-EJERCICIO DE EQUILIBRIO LEVANTAMIENTO DE PIERNA (Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo).

Se le pide al paciente que intente no sostenerse de ningún objeto, y que marche en su lugar, intentando sostener la pierna operada arriba unos segundos (Levante el pie 15 cm. Y posteriormente se va aumentando a 30 cm.). Se le indica al paciente que repita el ejercicio 15 veces para completar una serie.

Figura 24. Levantamiento de pierna

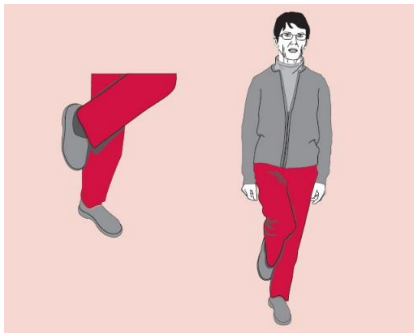


Figura 25. Equilibrio en un pie



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2jD8lsQ>

4.9-EQUILIBRIO SOBRE UNA PIERNA (Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo).

Se pide al paciente que dé pie, cerca de una pared o un objeto firme para apoyarse, se pare sobre una pierna, y que trate de mantener el equilibrio 5 segundos o lo más que pueda sin apoyo. Se le indica que tiene que repetir el ejercicio de 5 a 10 veces con cada pierna.

Figura 26. Equilibrio en una pierna



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly//2ieuZd8>

4.10-BALANCEO DE PIERNAS (Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo).

Se le pide al paciente que intente sostenerse de algún objeto, y que balancee la pierna hacia adelante y hacia atrás, asegurándose de controlar cada movimiento. Se le indica que debe repetir el ejercicio 10 veces con cada pierna para completar una serie.

Figura 27. Balanceo de piernas



Fuente: google imágenes.com <http://2jkZwA9>

4.11-EJERCICIOS PARA LA MARCHA (Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo).

La marcha representa la capacidad de ser poder trasladarnos de un lado a otro, y más que eso es uno de los factores más importantes para ser independientes. El objetivo es mejorar la capacidad para alcanzar una marcha independiente o poder ser asistidos por Ayudas Biomecánicas. Actualmente existen un grupo de ayudas biomecánicas, compensatorias de sostén y de apoyo para ayudar a realizar la marcha, entre ellas como bastones, andaderas, trípodes, muletas, y cualquier otro dispositivo que disminuya la carga de peso sobre los miembros inferiores y facilite el movimiento. Hay un grupo importante de técnicas terapéuticas para rehabilitar la marcha que tienen las siguientes metas: mejorar la fuerza muscular en miembros inferiores, aumentar la estabilidad funcional y el equilibrio para desarrollar la marcha, facilitar el aprendizaje de los patrones de

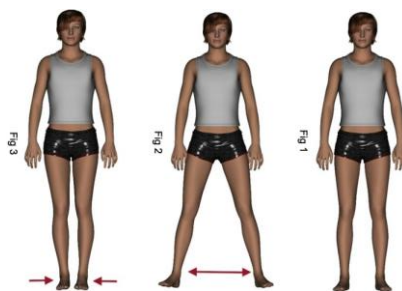
movimiento normal, mejorar el control de la postura y el movimiento, lograr buen control de tronco y de desplazamiento de peso.

Antes del reentrenamiento de la marcha las personas deben mejorar el arco de movilidad articular y la fuerza muscular.

MARCHA LATERAL

Se le indica al paciente que en bipedestación tiene que dar pasos laterales de 50 a 60 cm. de longitud, al dar el paso flexionar ligeramente las rodillas.

Figura 28. Marcha lateral

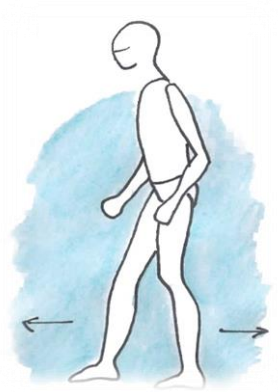


Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2jdZRe6>

MARCHA DE FRENTE - MARCHA HACIA ATRÁS

Se le indica al paciente dar pasos hacia adelante flexionando la pierna a 90° cada paso luego la pierna contraria. Caminar hacia atrás de la misma manera.

Figura 29. Marcha de frente



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2jet0p4>

MARCHA DE PUNTAS - MARCHA DE TALÓN

Se le pide al paciente que camine con las puntas de los pies hacia adelante. Después se le indica al paciente caminar con los talones de los pies hacia atrás. Se le indica al paciente dar alrededor de 10 pasos de ida y de regreso (5 repeticiones de ida y vuelta), se le pide al paciente que intente no agarrarse de ningún objeto.

Figura 30. Andar de puntillas y de talón



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2ie29cU>

4.12-EDUCACIÓN PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BARTHEL. (Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano).

Subir y bajar escaleras con muletas o bastón.

Para bajar: Se le pide al paciente que primero baje las muletas o bastón, y luego la pierna operada y después la sana.

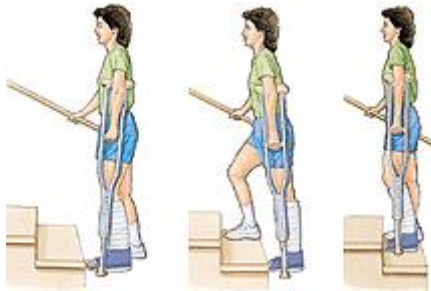
Figura 33. Bajar escaleras



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2ghG9g2>

Para subir se le pide al paciente que primero apoye en el escalón la pierna sana, luego la operada y por último apoye las muletas o bastón.

Figura 34. Subir escaleras



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2gBCV7s>

BAJAR DE LA CAMA.

Se le orienta al paciente la forma correcta de bajar de la cama para evitar luxaciones de la siguiente manera:

Acercarse al borde de la cama sin cruzar las piernas.

Apoyar el codo que tiene más cerca al borde e incorpore el cuerpo.

Mantenga la pierna operada estirada y flexione ligeramente la sana.

Gire el cuerpo apoyando las manos en el colchón.

Tome impulso y levántese cargando el peso sobre las manos y los pies.

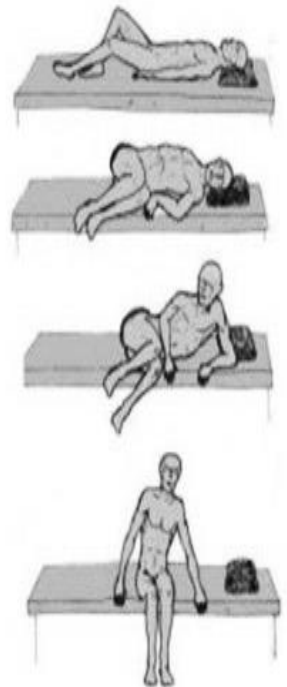


Figura 35. Fuente: google

imagenes.com <http://bit.ly/2ijEdp1>

SENTARSE EN LA SILLA.

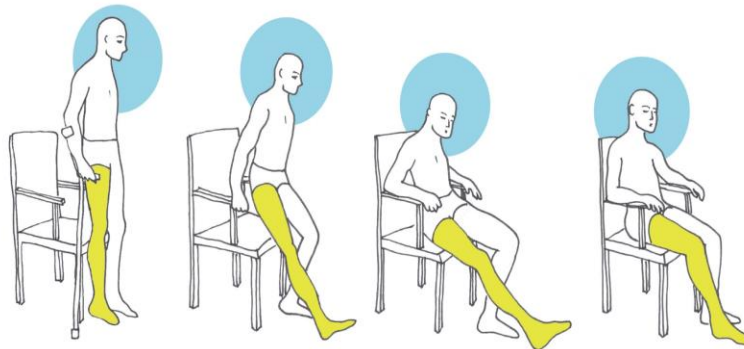
La silla o sillón deberá tener reposabrazos. Debe ser al menos de unos 55 cm de alto; se mide desde la parte más alta del asiento o del cojín hasta el suelo, con el cojín lo más bajo posible y sometido al peso del cuerpo. Si el paciente es muy alto el asiento debe ser más todavía, o más bajo si la persona es muy baja. Algunas sillas se pueden elevar mediante dispositivos de adaptación que se encuentran en las ortopedias.

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

b)-Estire la pierna operada hacia adelante. Apoye las manos en el reposabrazos.

c)-Incline el cuerpo hacia adelante y baje hasta sentarse.

Figura 36. Sentarse en la silla



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2jqs8eP>

LEVANTARSE DE LA SILLA.

Se indica al paciente que estire la pierna operada, que apoye las manos en el reposabrazos, posteriormente tome impulso y se levante cargando el peso sobre las manos y la pierna sana.

Figura 37. Levantarse de la silla



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2qi3ldZ>

PARA METERSE A LA CAMA.

Para meterse en la cama, se le pide al paciente que introduzca primero la pierna no intervenida. Se pide al paciente que se siente en la cama y descienda en ella lo suficiente como para permitir un apoyo completo de la pierna operada antes de girarse hacia la cama. Esta debe tener unos 55cm de alto medida desde el filo del colchón al suelo. En el grafico puede observar cómo sale de la cama.

Se le recomienda que se cubra con sábanas y mantas, ya que pesan menos y es más sencillo de manejar que las cobijas, si no tiene a nadie para ayudarlo, tenga un bastón cerca para jalarlas, y también para apartarlas a un lado de la cama antes de salir de la misma.

Figura 31. Sentarse en la cama



Figura 32. Meterse a la cama



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2gmLhx0>

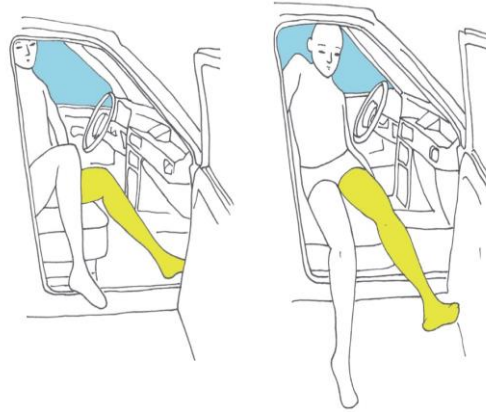
SUBIR Y BAJAR DEL COCHE.

a)-Para entrar en el coche, coloque un cojín en el asiento (para estar más alto).

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

Para salir del coche, se hace la operación inversa a lo antes dicho.

Figura 38. Subir y bajar del coche



Fuente: google imágenes.com <http://bit.ly/2imNjfZ>

4.13-EDUCACIÓN PARA EVITAR LUXACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA. (Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano).

Una luxación de cadera se debe tratar con rapidez ya que es muy dolorosa y se puede producir lesiones más graves en la articulación. La luxación de cadera es una patología que consiste en la pérdida de la relación articular normal entre la superficie de la articulación del fémur y la pelvis. Las clases de luxación de cadera dependen de dónde quede la superficie articular del fémur con respecto a la tibia, distinguiendo así la luxación de cadera anterior y posterior.

Las causas de las luxaciones de cadera en la mayoría de ocasiones suelen ser provocadas por accidentes de tráfico o laborales de alto impacto en los que la

prótesis de cadera sufre un golpe fuerte y brusco. Por lo tanto, se hacen las siguientes recomendaciones:

a)-Mientras duerme colocar una almohada entre las piernas.



b)-No girar las piernas hacia dentro



c)- No inclinarse menos de 90°



d)- No colocarse de cuclillas



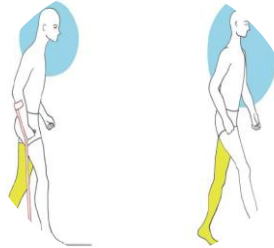
d)- Al sentarse las rodillas máximo a 90°, la rodilla nunca debe estar más alta que la ingle.



e)- Evitar caídas de su propia altura



f)-Evitar caminatas largas



g)- No estar mucho tiempo de pie



h)-Evite las posiciones en las que la cadera operada se encuentra en rotación interna (rodilla hacia dentro).



i)- se le pide al paciente que no se incline excesivamente hacia delante para tomar la pierna operada, ni levante demasiado ese pie.



j)- Puede usar un calzador de mango largo y un accesorio para ponerse las medias o calcetines en la pierna intervenida.



k)-Comience siempre por el lado operado para ponerse la ropa interior, los calcetines, una falda, un pantalón. Puede hacer sin problemas rotación externa (rodilla hacia fuera) de la pierna operada.



l)-Evite los asientos bajos.



m)- Puede colocar una manija o agarradera de apoyo para mantener el equilibrio, o apoyarse fuertemente en la pared. Después ponga la pierna operada estirada frente a usted. Luego coja el asiento del inodoro con la otra mano.



n)-Bájese lentamente sobre el asiento deslizando la pierna operada estirada frente a usted. Se aconseja la utilización de un suplemento de WC para levantar el asiento.



ñ)-Es mejor usar la ducha. Utilice cepillos de mango largo y alfombras antideslizantes.



o)-Si no le queda otro remedio que usar la bañera se le pide al paciente que no se meta en el fondo de la bañera.



p)- Para recoger un objeto del suelo no se incline hacia delante.



q)-Sosténgase sobre algo firme, como una mesa, y deslice la pierna operada hacia atrás manteniéndola estirada. Podrá luego agacharse flexionando la rodilla de la pierna no operada.



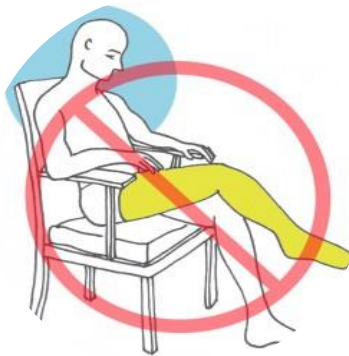
r)- También puede poner la rodilla del lado operado en el suelo.



s)- Evite comer cosas que pueda causar subir de peso.



t)- Evite cruzar la pierna operada sobre la otra.



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Con base al análisis de la literatura anteriormente citada, así como de los objetivos de esta investigación se concluye lo siguiente:

Las fracturas de cadera en adultos mayores tienen una incidencia muy alta por lo que se recomienda atender a este tipo de población, así como realizar una serie de actividades que mejore la calidad de vida en la vejez.

Las intervenciones de enfermería especializada en rehabilitación son de gran importancia dentro de la educación de la persona adulta y el familiar para que el adulto obtenga su mayor grado de independencia en sus actividades de la vida diaria e instrumentales con toda y su afección en la sociedad.

Las intervenciones de enfermería enfocadas a la detección, prevención y rehabilitación de la persona adulta mayor hospitalizada por fractura de cadera son esenciales para mejorar su calidad de vida y aumentar su sobrevida.

Una movilización temprana de la persona operada de fractura de cadera, evita complicaciones futuras para la restauración de las actividades de la vida diaria.

La educación de la enfermera especialista en rehabilitación es esencial con la persona operada de fractura de cadera y con el familiar, ya que es el principal contacto durante todo su tratamiento y le da la confianza para despejar dudas sobre su padecimiento.

El personal de enfermería en rehabilitación está capacitado para realizar las valoraciones pertinentes como el dolor, actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, etc. para dar un óptimo tratamiento y bienestar a la persona operada de fractura de cadera.

Se espera que con la realización de esta tesina se pueda ayudar al personal de enfermería especialista en rehabilitación a mejore la calidad en la atención otorgada, se oriente hacia la toma de decisiones del prestador de servicio y se reduzca la variabilidad en las intervenciones realizadas al adulto mayor con fractura de cadera.

RECOMENDACIONES

En relación a lo investigado se recomienda a los futuros especialistas de enfermería en rehabilitación lo siguiente:

El antecedente de caídas previas es un factor determinante para presentar nuevas caídas.

Es recomendable conocer los antecedentes de caídas previas.

La movilización posquirúrgica temprana es parte del manejo de la fractura de cadera.

Hay que iniciar ejercicios de fisioterapia y movilización después de la cirugía para evitar complicaciones.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se define como aquellas actividades que son vitales para el mantenimiento de la función normal de los adultos mayores en el hogar y en la comunidad.

Es recomendable utilizar la escala de Lawton y Brody para evaluar las AIVD antes del egreso hospitalario.

El informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta permite una visión integral del paciente.

Se recomienda diseñar un plan de cuidados para el egreso hospitalario, el cual contenga recomendaciones para el cuidado domiciliario y evitar así reingreso hospitalario por luxación de prótesis de cadera.

REFERENCIA

1.-de la Chica Aragón, M. T., & Ruiz, M. T. R. Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera. *ENFERMERÍA DOCENTE*, julio-diciembre 2015, 2(104), 23-24.

2.-Suárez Monzón, H., Águila Tejeda, G., Delgado Figueredo, R., & Suárez Collado, P. O. Estrategia de tratamiento de las fracturas de la cadera. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*, 2012, 26(1), 2-15.

3.- Montalbán-Quesada, S., García-García, I., & Moreno-Lorenzo, C. Evaluación funcional en ancianos intervenidos de fractura de cadera. *Rev Esc Enferm USP*, 2012, 46(5), 1096-1101.

4.- Fernández Arellano, M. J. (2014). Monografía: rehabilitación precoz en los personas intervenidos de fractura de cadera. Escuela Universitaria en Enfermería. Casa de Salud Valdesilla. Septiembre 2014.

5.- López-Morales, A. B., Rangel-Gandarilla, R. A., Rodríguez-Martínez, J. L., González-Elizarraraz, R., & Nieto-Lucio, L. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en el adulto mayor con fractura de cadera. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2013, 21(3), 153-161.

- 6.- Jara Pérez, L. Monografía: La fractura de cadera en el paciente mayor: la importancia del papel de la enfermera en la rehabilitación precoz. Trabajo de Fin de Grado. Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria. Febrero 2014.
- 7.- González, D. N., Gutiérrez, N. R., & Corral, S. H. Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor de células gigantes. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, Octubre-Noviembre 2011, 8(4), 35-41.
- 8.- López, R. B., Martínez, A. J. P., Molina, M. P., Laserna, A. B., Fernández, M. P. V., & Pérez, Á. D. G. Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. *Enfermería Global*, No. 26 Abril 2012, 11(2).
- 9.- Estrella, A. D., & Rodríguez, J. A. V. Recomendaciones para personas intervenidos de prótesis de cadera. *Revista Enfermería CyL*, 2015, 7(2), 3-5.
- 10.- Linares, J. J. G., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Jurado, M. D. M. M., Rubio, I. M., Martín, A. B. B., & Niebla, A. N. Salud y cuidados en el envejecimiento Volumen III 2015.
- 11.- Ruiz Romero, V. Impacto de un programa de continuidad asistencial en la mejora de la funcionalidad y calidad de vida en los personas de edad avanzada con fractura de cadera. Tesis Doctoral, 2015.

- 12.- Pidemunt Moli, G., & Cáceres Palou, E. *Factores determinantes en el deterioro de la función y la calidad de vida en el anciano afecto de fractura de cadera*. Universitat Autònoma de Barcelona 2011.
- 13.-Ostiguín Meléndez Rosa M. & de la luz Velázquez Hernández Silvia M. Teoría General del Déficit de Autocuidado. Guía básica ilustrada. Manual moderno, 2010.
- 14.-Gutiérrez, R. P. Clasificación de las fracturas de la cadera. Ortho-tips, 2012: 8(3), 140-149.
- 15.- Infante-Castro, C. I., Rojano-Mejía, D., Ayala-Vázquez, G., & Aguilar-Esparza, G. Factores pronósticos de funcionalidad en adultos mayores con fractura de cadera. Cirugía y Cirujanos, Marzo-Abril 2013, 81(2), 125-130.
- 16.- Ercolano, M. A., Drnovsek, M. L., & Gauna, A. Fractura de Cadera en los hospitales públicos de la Argentina. Rev. Argent. Endocrinol. Metab, 2012, 49(1), 3-11.
- 17.- Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin. 2011; 72(1): 11-6.
- 18.-Gotor P.P. abordaje Multidisciplinar de la Fractura de Cadera. La importancia de la Enfermera en los nuevos modelos asistenciales. Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 2011, 46(6): 287-288.

- 19.- López L. R., Padilla G. D. Análisis de las Patologías con Mayor Prevalencia en las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia de la Providencia Almería. *Gac. Sanit.* 2012, 26(3) 284-287.
- 20.- Tarambis T. J. Aplicación de Mecánica Corporal en el Personal de Enfermería del Área de Emergencias Del Hospital Metropolitano 2015.
- 21.- Sáez L. P., Valverde G. J. Mejora de Calidad en la Asistencia Hospitalaria del Paciente Anciano con fractura de Cadera. *Trauma Fund MAPFRE* 2015, Vol. 26 No. 1 21-29.
- 22.- Camino S. M. Capacidad de autocuidado en la Prevención de Caídas que tienen los Adultos Mayores que Acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín, 2012.
- 23.- CoJ. M., Villada M. A. Características de la Fractura de Cadera y posterior Recuperación en Personas Mayores de 65 años con Historia de Caídas Recurrentes. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol* 2011, 46(6) 289-296.
- 24.- Padilla G. R. Clasificación de las Fracturas de la Cadera. *Ortho-tips* Vol. 8 No. 3, 2012.
- 25.- Nava M. S., Velastegui N. O. Estrategias Educativas para el Manejo Domiciliario Integral del Adulto Mayor en Artroplastia de Cadera en el Centro de Rehabilitación Medica No. 1 Conocoto. Trabajo de Tesina previa a la obtención del Título de Magister en Enfermería Quirúrgica, Ecuador 2013.

26.-Carranza J. K. Rol de Enfermería en la Rehabilitación Basada en la Comunidad. Universidad de la Sabana Facultad de Enfermería y Rehabilitación 2015.

27.-Alonso C.C. Plan de cuidados de Enfermería para Personas Sometidos a Artroplastia de Cadera por Fractura. Enfermería (Montov.) Diciembre 2013, Vol. 2(1) 41-49.

28.-Aguilar G. F. Fractura de Cadera, Proceso Asistencial Integrado. 1° Ed. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales Sevilla 2014.

29.-Seradell M. S. Plande Cuidados de un Paciente con Fractura de Cadera. Reduca Enfermería, Fisioterapia y Podología Serie, Trabajo de Fin de Grado 2012, 4(1) 597-643.

30.- Romero P. Rehabilitación en Personas con Fractura de Cadera y Demencia. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2012, 47(6) 284-288.

ANEXOS:

INDICE DE BARTHEL

Se debe interrogar al paciente sobre cada una de las actividades correspondientes y según su capacidad para realizarla se dará un puntaje entre 0, 5 ó 10 (hasta 15 para determinadas actividades), con un puntaje máximo de 100 puntos (90 si utiliza silla de ruedas).

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	0 5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	0 5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	0 5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

INTERPRETACIÓN

De acuerdo al puntaje obtenido en el índice de Barthel, se clasifica la funcionalidad de un paciente o el grado de rehabilitación. Si el puntaje es igual a 100 el paciente podrá hacer sus actividades diarias de autocuidado sin un asistente de salud, sin que esto signifique que pueda vivir solo. Cuanto más cerca esté a 0, mayor será su dependencia.

Puntaje Clasificación

<20	Dependencia total
21 – 60	Dependencia severa
61 – 90	Dependencia moderada
91 – 99	Dependencia leve
100	Independencia

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0

- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1

- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	

INTERPRETACIÓN

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan