



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA
SEDE HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

TESINA

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON FRACTURA DE CADERA.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LIC. EN ENFERMERA

PRESENTA

POZOS GARCIA LUCIA

NUM.CTA. UNAM

08850499-3

ASESOR

MAESTRA: SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ

MÉXICO D.F. AGOSTO 2015



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.

<i>1.- INTRODUCCIÓN</i>	4
2.- JUSTIFICACIÓN	5
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
4.-OBJETIVO GENERAL	7
5.- MARCO TEÓRICO.	8
5.1 La Enfermería como Disciplina profesional del Cuidado	8
5.2 El cuidado de Enfermería	9
5.2.1 Concepto de cuidado	11
5.2.2 Tipos de Cuidado	11
5.3 Significado del Autocuidado	12
5.3.1 Objetivo del Autocuidado	13
5.3.2 Ventajas de la enseñanza del Autocuidado	14
5.4 Teoría de Orem del auto cuidado	15
6 El Adulto mayor	19
6.1 Características biológicas, psicológicas y sociales(normal)	19
6.2 Enfermedades del sistema musculo esquelético en el Adulto M	30
6.3 El adulto mayor con Fractura de Cadera	32
6.3.1 Alteración Sociales del adulto mayor con Fractura de Cadera.	36
6.3.2 Alteraciones Emocionales del adulto mayor con Fractura de Cadera.	38
6.3.3 Efectos adversos y complicaciones de los sistemas Biofisiológicos del adulto mayor con Fractura de Cadera.	41
6.4 Efectos que provoca el proceso de hospitalización en el adulto mayor con fractura de cadera	46
7. Responsabilidad de la enfermera en el cuidado del adulto mayor	47
8. Tecnologías de Autocuidado al adulto mayor con Fractura de Cadera	47

9. Plan de cuidados para evitar complicaciones de la inmovilidad e importancia del autocuidado en el tratamiento de rehabilitación del adulto mayor con Fractura de Cadera	55
9.1. Cuidados psicológicos.	64
9.2 Importancia del cuidador primario, e intervenciones de autocuidado.	65
CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS (SI HUBIERA)	

AGRADECIMIENTOS

Doy las gracias a mi Dios por concederme la vida, y permitirme llegar hasta este momento, por darme la oportunidad de conocer a personas tan hermosas con las que compartí esta aventura, por esos momentos difíciles, de angustia, pero también por los momentos de alegría, de compañerismo, por permitirme conocer personas con las que nos une la amistad.

A mi esposo el cual me ha brindado su ayuda incondicional y me ha alentado en todo momento para la culminación de este trabajo, te doy gracias por tu tolerancia, por tu confianza.

A mis hijos que han sido el motor de esta carrera, con su cariño, su comprensión, Joshua gracias por tu apoyo con tus hermanos, Saúl gracias por tu comportamiento y dedicación, y Jareth concluiste tu primaria con tu esfuerzo, gracias hijos porque me permitieron que viviera esta experiencia.

A mis padres que me han brindado su amor, y que en todo momento me han apoyado, que siempre han confiado en mis capacidades, y han infundido en mí la superación como persona y como profesional.

A mis maestras que tuve la fortuna de conocer las cuales impartieron sus conocimientos, con dedicación, para mi formación como profesional de la salud, quiero dar las gracias en especial a la Dra. Sandra Sotomayor Sánchez que me brindo todo su apoyo, para la elaboración de esta tesina, por su tiempo incondicional, su paciencia, y por sus palabras de fortaleza en todo momento, maestra que Dios la bendiga.

1.- INTRODUCCION

La edad es uno de los principales factores de riesgo de sufrir una fractura de cadera, y este riesgo se incrementa con el paso de los años. Los adultos mayores son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas siendo este el detonante. Según la Organización Mundial para la Salud (OMS) México ocupa el segundo lugar de caídas en los adultos mayores¹ y los Estados Unidos de América de un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como fracturas de cadera, traumatismos craneoencefálicos, etc. puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada.²

El adulto mayor al sufrir fractura de cadera, no puede realizar sus actividades de la vida diaria por presentar limitación del movimiento, e intenso dolor a la movilización. Parte del tratamiento es el reposo absoluto, o la instalación de tracción cutánea, los cuales ocasionan que la persona no quiera realizar sus actividades para su autocuidado, o los familiares lo vean indefenso y le quieren cubrir todas sus necesidades por desconocimiento ya que creen que el reposo se refiere a no movilizar todas las partes del cuerpo.

El tener que cuidar a un adulto mayor cambia la rutina tanto de la persona como del familiar, estos cambios pueden ser a nivel emocional, sociales, económicos, de reducción de tiempo libre, a nivel laboral, etc.

Es importante el cuidado que brinda el personal de enfermería a las personas a su cargo, ya que el cuidado ha sido el campo central y unificador para el cuerpo de conocimiento y la

Practica en enfermería.

¹ Adulto Mayor Blog para adultos mayores interesados en construirse un envejecimiento con bienestar y calidad de vida aprendiendo de salud, cuidados, derechos, relaciones sociales y mucho más. Junio del 2008. Disponible en adultomayorpleno.blogspot.com/.../mxico-2-lugar-en-cadas-de-adultos.h...

²Organización Mundial de la salud. Centro de Prensa. Caídas. octubre de 2012. Nota descriptiva N.344. Disponible en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/

Una función básica de enfermería es la educación, la cual contribuye a fomentar y fortalecer las actividades, de autocuidado, e independencia en el adulto mayor para mejorar la calidad de vida, aliviar síntomas, mejorar el índice de funcionalidad, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía, motivación etc. Por lo cual es de suma importancia que los adultos mayores comprendan la importancia de realizar su autocuidado, para disminuir las situaciones estresantes, logrando que se reincorporen a sus actividades de la vida cotidiana, a no depender de los familiares o amigos, brindando el conocimiento a través de una guía de actividades en las cuales se puede apoyar a los adultos mayores y familiares haciendo más llevadera su tratamiento y recuperación.

2.- JUSTIFICACIÓN.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO),³menciona que la proporción de adultos mayores pasó de 4,1 % en 2006 a 4,5 % en 2009, esperándose que llegue a 11,3 % para el 2030. La fractura de cadera, es un problema importante debido al envejecimiento de la población, ya que este padecimiento se incrementa con la edad, esto debido a la tendencia a caerse, la pérdida de los reflejos protectores y la reducción de la fortaleza ósea, así como enfermedades crónicas degenerativas.

La incidencia de los pacientes que sufren fractura de cadera en un 90% son mayores a los 50 años de edad, siendo estos independientes en su auto cuidado antes de sufrir la lesión, observando que después de la fractura se vuelven dependientes, y el 50% de los pacientes que sufren fractura de cadera no recuperan su estilo de vida previo y el 10% será incapaz de retornar a sus actividades cotidianas, las mujeres son más afectadas.

³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Disponible en www.Inegi.Org.mx

En México, se calcula que en el 2006 los costos del tratamiento de fractura de cadera fueron de más de USD 97 000 000,00. El costo promedio de tratamiento quirúrgico de fractura de cadera en el Instituto Nacional de Rehabilitación, se estima de USD 1 729,85, incluyendo costos quirúrgicos, prótesis, nueve días de hospitalización y pruebas de laboratorio y rayos X, antes y después de la cirugía, Este problema trae consigo repercusiones económicas, sanitarias y sociales, esta patología puede presentar varias complicaciones durante su tratamiento, como trombosis, úlceras por presión, neumonía, etc.

Por lo cual es importante fomentar prácticas de cuidado y de autocuidado, en el paciente con fractura de cadera para evitar las complicaciones durante su estancia hospitalaria y disminuir el número de días de hospitalización, contribuyendo a que la persona recupere la confianza y genere alternativas y se reincorpore a las actividades de la vida diaria.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las fracturas de cadera, suelen ser más frecuentes en las personas mayores de 65 años, este problema puede llegar a presentar complicaciones ya que parte del tratamiento es la instalación de una tracción cutánea, teniendo que permanecer en reposo absoluto haciéndose difícil, doloroso y limitante la movilización del adulto mayor. Puede ser que sea insuficiente la educación que se les brinda a los pacientes y familiares relacionado con el autocuidado y cuidados que requieren, favoreciendo la presencia de complicaciones durante su estancia hospitalaria, como trombosis venosas profundas, neumonía, debilitamiento muscular, úlceras por presión, descontrol de la glicemia, ya que la mayoría de las personas sufren alguna enfermedad crónica degenerativa, también se va deteriorando el ritmo de sueño, todo esto deteriora el estado de salud de la persona, también se aumentan los días de estancia hospitalaria, ya que la estadía de estas personas

es el doble que la de cualquier otra causa de ingreso, a su vez se incrementan los costos para los familiares, también se observa la fatiga del cuidador primario, todo esto contribuye a su retraso en la recuperación postquirúrgica, y a la reincorporación a las actividades de la vida diaria.

4.-OBJETIVO GENERAL.

Dar a conocer al profesional de enfermería la importancia de promover las prácticas de autocuidado en el adulto mayor con fractura de cadera durante su estancia hospitalaria, para evitar la presencia de complicaciones sistémicas, y procurar su independencia.

5.- MARCO TEORICO

5.1 Enfermería como disciplina profesional del cuidado

La enfermería es una disciplina porque se compone de fundamentos filosóficos, históricos, éticos, posee un cuerpo propio de conocimientos y teorías, que derivan de una manera muy particular al entender el fenómeno salud de los seres humanos, en relación con su ambiente, es decir, una visión holística del ser. Para que enfermería pueda consolidarse como una disciplina debe seguir fortaleciendo el cuerpo de conocimientos y teorías en las que se basa su quehacer y de este modo lograr hacer de su práctica, algo con más sentido humanístico. Su acción está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos del respecto a la vida y a la equidad de un pensamiento interdisciplinario, de un actuar multi profesional y un equipo con visión totalizadora del ser humano en su relación con el texto social y ambiental.

Las enfermeras estamos constantemente satisfaciendo y restableciendo el bienestar de las personas sanas y enfermas, a través del cuidado, que es lo que caracteriza a la disciplina de enfermería. Para Leinenger el cuidar es la esencia de enfermería y es el modo de lograr salud y bienestar. No debemos olvidar a Peplau, quien se refiere a enfermería como un proceso altamente significativo, terapéutico e interpersonal, tanto para el paciente como para la enfermera.

Ella hizo hincapié en la importancia que tiene la enfermera dentro del equipo de salud, pues somos nosotras las que pasamos mayor parte del tiempo con los pacientes, en una interacción recíproca entre el paciente y la enfermera, y a Dorotea Orem con su teoría del autocuidado, del déficit de cuidado y la teoría de sistemas de enfermería.

Todo lo anterior obliga a reflexionar sobre el papel que juega enfermería en torno a la percepción del sentirse bien y al desarrollo de las potencialidades humanas, ya que todas nuestras actividades (educativa, administrativa, asistencial) van dirigidas a favorecer, desarrollar y restablecer el bienestar del individuo, sin olvidar la capacitación continua

5.2 El cuidado de Enfermería

El cuidado se ha brindado desde la existencia del ser humano, con el fin de asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales.

Con el inicio de la vida sedentaria, se discierne lo que es bueno y lo que es malo y se confía en el chamán y luego esta actividad es retomada por los sacerdotes, con el avance de la humanidad nacen nuevos descriptores del mal, los médicos, quienes también con la finalidad de librar un singular combate con el mal y vencerlo.

Por otra parte menciona Collier que las mujeres siempre han sido curanderas, por medio de plantas y han logrado intercambiar y pasar los secretos de sus prácticas entre ellas, en la mujer ha recaído este tipo de cuidado ya que están vinculados básicamente a actividades de la mujer, como el cuidado de los hijos, de las mismas mujeres en los momentos del embarazo y del parto, son las que llevan a todos los seres de la vida a la muerte, ellas crean, pero también destruyen.

Además comenta que los cuidados a los muertos eran las mujeres quien lo realizaban, y hasta nuestros días la enfermera es la que permanece con las personas, hasta el cese de la vida y la que prepara el cuerpo para ser enviado a patología.

A demás comenta Collier ⁴ que también los cuidados son competencia de los hombres, refiere que durante las cruzadas hubo varias órdenes de caballeros los cuales les brindaban los cuidados de enfermería a sus camaradas enfermos o heridos, también eran de ayuda en el cuidado de los pacientes por su fuerza física, ya que atendían a pacientes con algún problema articular, con agitación, en estado delirante, de locura o de embriaguez.

Ahora bien Virginia Henderson escribió que “la función propia de la enfermera es asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que podría realizar por si misma si tuviera la suficiente fuerza, voluntad y conocimiento, y a realizarlo de tal forma que lo ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”

Durante los primeros años de vida se incrementa la necesidad de cuidados, y al alcanzar la autonomía, se tiene que realizar la acción recíproca, ya que durante la vejez se vuelve a necesitar de alguien que proporcione cuidados.

Los roles que asume la enfermera ante el cuidado de la persona van encaminadas a brindar el cuidado, para cubrir las necesidades sanitarias, saber escuchar para poder comunicarse y crear una relación mutua y poder actuar como mediador entre el paciente, y el médico, con la familia y el equipo de salud, como educador, para ayudar al paciente a aprender de su padecimiento, como defensor del paciente, actuado como protector, brindando asesoramiento a la persona para poder enfrentarse a problemas, ayudándole a crear nuevas actitudes, que exprese sentimientos, y comportamientos, a desarrollar una sensación de control, como agente de cambio, ayudando al paciente a modificar su propia conducta, como líder, director, gestor e investigador⁵.

⁴ Colliere, MF. Promover la vida, Editorial Interamericana. McGraw – Hill, Año 1993, Primera Edición, España p.5

⁵ García Martín, Caro Catalina. Martínez Martín, Maria Luisa. Historia de la Enfermería. Editorial ELSEVIER. España. 2007. p. 10,11,12

Es importante mencionar que la acción de la enfermera se encuentra en oposición a la actividad médica, ya que ellos tratan las enfermedades, y enfermería trata las respuestas que mantienen incomoda a la persona.

5.2.1 CONCEPTO DE CUIDADO.

Cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. También es posible cuidar objetos (como una casa) para impedir que ocurran daños.⁶

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otra persona. El término deriva del verbo cuidar (del latín *coidar*)⁷

5.2.2 Tipos de Cuidado

Existe una diferencia entre la naturaleza de los cuidados debido a su relación con la vida, entre las que podemos mencionar lo siguiente, los cuidados care estos están ligados a las costumbres y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. Estos están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres de creencias, así como todo aquello que contribuyen al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con personas conocidas, los objetos familiares, etc.

⁶ Disponible en definicion.de/cuidado

⁷ Definición de cuidados de Enfermería. En línea. Fecha de acceso 10 de junio del 2013. Disponible en [Definición de cuidados de enfermería - Qué es, Significado y Concepto http://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/#ixzz2VmXFA1W2](http://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/#ixzz2VmXFA1W2)

Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

Los cuidados que están relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Tienen como objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas, se ha convertido poco a poco en la función orgánica o mental, el órgano, el tejido, la célula aislada de su todo.

Por lo cual es importante el utilizar las dos formas de cuidados tanto los cuidados de conservación y desarrollo de la vida y los relacionados con los cuidados de curación ya que existen situaciones donde hace falta responden a condiciones que precisan cuidados para responder a las necesidades vitales.

También los cuidados de enfermería tienen la finalidad de permitir a los pacientes desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social⁸

5.3 Significado del Autocuidado

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece, alcanzando una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, indispensables para tener un envejecimiento pleno y saludable.

Es la práctica de actividades que las personas emprenden en relación con situación de salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal,

⁸ Colliere, MF. Op. cit. p. 235, 236,240.

conservar el bienestar y con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos⁹.

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno¹⁰.

5.3.1 Objetivos del autocuidado.

Es importante estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo. Entonces la intervención de enfermería va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de éstos

Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital. El autocuidado se puede considerar como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Es también 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 un curso de acción apropiado. El auto cuidado se debe aplicar tanto al individuo sano como al enfermo, para el individuo sano es importante para mantener su estado de salud, para el individuo enfermo lo es para recuperar o mejorar su estado de salud.

⁹ Araya G. Autocuidado de la salud. Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua. Editor Franco Astudillo Comunicaciones. Primera Edición. Junio de 2012. P. 7

¹⁰ Tabon O. El cuidado una habilidad para vivir. Revista promoción salud 2008 (en línea). Acceso 9 de junio 2013. Disponible en http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf

El adulto mayor con fractura de cadera es importante que logren su autocuidado, ya que algunas personas caen en la dependencia, siendo una carga para los familiares etc. hay actividades que pueden realizar, pero en ocasiones es cómodo para ellos recibir esa ayuda.

Por lo cual las enfermeras deben fortalecer y fomentar, a través del cuidado y la educación, todas aquellas acciones dirigidas al fortalecimiento de las actividades de autonomía e independencia en el adulto mayor. Como resultado de nuestras intervenciones tendremos un mayor número de adultos mayores motivados, con las herramientas necesarias para enfrentar acontecimientos estresantes propios de la edad, adhiriendo a sus tratamientos, mostrando actitudes de autocuidado y estrategias de afrontamientos necesarias para aquellos cambios físicos o psicológicos propios de la edad.

El autocuidado del adulto mayor requiere incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el autocuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende; entonces la intervención de enfermería va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de éstos.

5.3.2 Ventajas de la enseñanza del Autocuidado.

El auto cuidado tiene la ventaja que se puede aplicar tanto al individuo sano como al enfermo, para el individuo sano es importante para mantener su estado de salud, para el individuo enfermo lo es para recuperar o mejorar su estado de salud, mediante estrategias de protección a la salud y de prevención de la enfermedad ya que influye de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas.

Las ventajas del autocuidado en el adulto mayor que presenta desviación de la salud es que pueda realizar sus actividades de la vida diaria, mediante una educación sanitaria, (sistema educativo), realizando el mismo su autocuidado, logrando incrementar su auto estima. También el personal de enfermería regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado, animando, orientando y enseñando para que realice sus actividades de la vida diaria.

5.4 TEORIA DE OREM DEL AUTOCUIDADO.

Para hablar del autocuidado desde la perspectiva de enfermería es obligado hablar de Dorotea Orem, pues su teoría abarca ampliamente el concepto de autocuidado precisado que éste es el cuidado de uno mismo, dado por uno mismo y para uno mismo.¹¹

El autocuidado se puede considerar como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Es también 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 un curso de acción apropiado. Continúa mencionando Orem que después de haber sufrido una enfermedad o un accidente la capacidad de la persona se ve disminuido y es necesario que inicie nuevas medidas para cuidar de sí mismo o solicitar ayuda a otros, también refiere que puede adaptarse y cambiar las prácticas de vida actuales a otras nuevas situaciones.¹²

Orem clasifica su teoría del déficit de auto-cuidado en Enfermería como una teoría general y se compone de otras tres relacionadas:

** Teoría del auto-cuidado, esta describe y explica el auto-cuidado.

** Teoría del déficit de auto-cuidado, aquí describe y explica porque la gente puede ser ayudada mediante la enfermería.

¹¹ Cavanagh. Stephen. Modelo de Orem. Editorial Masson-Salvat. Enfermería. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. España, p.13

¹² Cavanagh S. Op. cit. p. 5

** Teoría de sistemas de Enfermería, en ella explica las relaciones que se deben dar y mantener para que exista enfermería.

OBJETIVOS DEL AUTO-CUIDADO.

- El autocuidado cubre en sí muchos objetivos entre ellos se puede mencionar:
- Incrementar el nivel de salud actual de la persona, incluso en aquellas situaciones en las que la salud está disminuida por cualquier causa.
- Mantener al máximo el nivel de bienestar de la persona, identificando los cambios necesarios en el propio estilo de vida.
- Implicar a la persona en el cuidado de la propia salud desde un punto de vista integral, lo cual mejora el auto concepto y potencia la autoestima y la autoimagen.
- Incrementa las capacidades de ayuda a los demás, a través de la consecución del propio equilibrio personal físico y emocional.

****AUTO-CUIDADO**

Orem menciona que el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

Los individuos capaces de hacerse cargo de su propio auto-cuidado puede:

- Apoyar los procesos vitales físicos, psicológicos y sociales esenciales.
- Mantener la estructura y funcionamiento humano.
- Desarrollar plenamente su potencial humano.
- Prevenir las lesiones o enfermedades.
- Curar o regular la enfermedad (con la ayuda propia).
- Curar o regular los efectos de la enfermedad (con la ayuda apropiada).

Requisitos de auto-cuidado universal:

Son ocho requisitos de auto-cuidado comunes a todos los seres humanos, estos requisitos son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar, para cuidar de sí mismo. Estos requisitos abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

- 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- 2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- 4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- 5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- 6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad.
- 7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el deseo humano de ser normal.
- 8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

****DEFICIT DE AUTO-CUIDADO.**

Orem refiere que en el déficit de auto-cuidado, determina cuándo y por qué se necesita de la Enfermería, ya que los individuos experimentan un déficit de auto-cuidado cuando no son capaces de cuidarse por sí solos.

Es una relación entre la agencia de auto-cuidado y la demanda de auto-cuidados terapéuticos, en la que la primera no es la adecuada para afrontar la demanda de auto-cuidados terapéuticos conocidos.

SISTEMA DE ENFERMERIA.

Estos se forman cuando las enfermeras utilizan su capacidad para prescribir, planificar y proporcionar cuidados a pacientes legítimos, llevando a cabo acciones separadas y sistemas de acción.

Tipos de sistemas de enfermería.

El sistema de Enfermería totalmente compensatorio: menciona Orem que es cuando la enfermera debe compensar la incapacidad total de un paciente para desempeñar acciones de auto-cuidado que requieren desplazamiento y movimientos de manipulación.

Sistema parcialmente compensatorio: en este sistema la enfermera y el paciente ejecuta medidas de cuidados u otras acciones que comprende tareas manipuladoras o desplazamientos.

Sistemas de apoyo-educativo: este sistema es apropiado para la persona que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero que actualmente necesita ayuda de enfermería.

La actividad de la enfermera es el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el paciente realiza su auto-cuidado.

Los métodos de asistencia incluyen: 1) actuar o servir para, 2) guiar, 3) enseñar, 4) apoyar y 5) proporcionar un entorno para el desarrollo

6 EL ADULTO MAYOR

Los adultos mayores son un grupo de la población que tienen entre 65 y 70 años de edad. un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona¹³

Definición de envejecimiento, la organización Mundial de la Salud (O.MS) refiere que es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales¹⁴.

Los humanos envejecen de manera distinta, el envejecimiento afecta a todos los órganos y sistemas, es distinto en todas las personas ya que este proceso es asincrónico, pero es importante considerar los cambios que se genera en esta época como un proceso dinámico y adaptativo.

La forma de afrontar este proceso dependerá en gran medida de la aceptación de la vida anterior, y esto a su vez del grado de madurez, de la personalidad, de la bibliografía, del tipo de relaciones interpersonales y del desarrollo intelectual

6.1 CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR (SOCIALES, BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS,)

Cambios sociales.

¹³ Definición. ABC. Social. Diccionario. Adulto Mayor. [En línea. Disponible en: www.definicionabc.com](http://www.definicionabc.com) › Social

¹⁴ Conceptos generales relacionados con el envejecimiento. En línea. Año 2011. Instituto Nacional de Geriátría. Santiago de Chile. Fecha de acceso 10 de junio del 2013. Disponible en www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html

Una figura importante durante la historia de la humanidad ha sido el adulto mayor, en algunas culturas fue determinante su papel, en los aspectos políticos, económicos, y religiosos.

En México en la época prehispánica eran altamente reconocida la vejez denominándola huehuetl, y a las mujeres llamatzin (reverenciada anciana), a los hombres huehuetzin (Reverenciado anciano), también los Aztecas veneraban a huehuetl (viejo dios). En la actualidad la consideración social clasifica a la persona según el grado de productividad en la sociedad, al anciano no se le adjudica ninguna tarea específica por tanto es considerado un elemento improductivo, una carga económica para la familia.

El cambio de patrones familiares de patriarcal a nuclear, compuesto por padres e hijos, han excluido a los viejos de la dinámica familiar, una de las consecuencias es la pérdida de relación entre el anciano y el niño, (el concepto de vejez se aprende en la niñez), este hecho puede explicar el rechazo a la vejez, como algo peyorativo, algo feo, improductivo y triste.

La jubilación supone el paso brusco de una situación activa y productiva a una inactiva e improductiva, ya que se acompaña de una pérdida de poder adquisitivo, con disminución del estatus económico. En un estudio realizado en Europa, refiere que los adultos mayores ven a la soledad o el aislamiento como el tercer problema más importante y desde otro punto de vista, la compañía es su tercer deseo más ferviente después de la salud y el dinero, también menciona que las actividades más frecuentes en la vida cotidiana de los mayores son, ver la televisión, estar con personas de su edad, ir al parque, oír la radio, hacer la compra y reunirse con amigos.

Características psicológicas.

Estas incluyen los cambios de comportamiento, la autopercepción y las reacciones frente al fenómeno del envejecer propio y ajeno, los problemas de la relación con los demás y los conflictos, creencias y valores del propio individuo y de su visión de la vida y

de la muerte.

El envejecimiento varía de un individuo a otro, y los cambios de comportamiento, de autopercepción y reacciones frente a las nuevas dificultades, esto va a depender del entrenamiento durante la vida, el medio cultural en el que se haya desenvuelto, el nivel intelectual de la persona, así como la capacidad estimulativa del entorno.

La afectación más importante de las capacidades intelectuales en el anciano es la memoria, el recordar los hechos pasados no es difícil, sin embargo si lo es la retención de sucesos recientes. La acentuación de este tipo de amnesia puede conducir al adulto mayor a la pérdida de memoria o de tener dificultades para aprender, también pueden ser habituales los síntomas depresivos o labilidad emocional. El miedo esta inducido por su limitación para resolver dificultades que se presenten, de modo que el adulto mayor desea un entorno estable y conocido que le ofrezca seguridad. ¹⁵

FUNCIONES COGNITIVAS Y ENVEJECIMIENTO

Función	Comentario.
Inteligencia	Tanto el vocabulario como los conocimientos generales se mantienen hasta edades muy avanzadas.
Cristalizada	
Fluida	La capacidad de resolución de nuevos

¹⁵ García, M, Torres, M, Ballesteros, Esperanzan. Enfermería geriátrica. Editorial. Masson. España. Segunda Edición 2000. P.37, 38.

	problemas puede deteriorarse a partir de los 60 años.
Memoria Corto plazo Reciente remota	La memoria inmediata suele estar conservada, aunque disminuye la capacidad de procesar información. Deterioro moderado, con la caída de la codificación y recuperación Conservada para aspectos importantes de la historia personal.
Atención	Mantenida la atención selectiva y levemente deteriorada la capacidad de mantener la atención y filtrar interferencias.
Lenguaje	Ligado al nivel educacional y cultural, se conserva el léxico, la sintaxis y la comprensión. Puede deteriorarse la capacidad de encontrar la palabra adecuada para elaborar un discurso avanzado.
Capacidad visuo espaciales	Conservado el reconocimiento de caras y de imágenes simples. Posiblemente deteriorada la orientación topográfica, máxime en situaciones poco familiares.
Pensamiento abstracto	Es posible un déficit en la integración de conceptos y categorías, así como de completar series.
Razonamiento	Conservado en situaciones habituales. Puede complicarse en la resolución de problemas complejos, siendo más abigarrado y redundante.
Funciones ejecutivas	Menor eficacia en abordaje de situaciones complejas.

Velocidad de procesamiento	Habitual enlentecimiento del procesamiento de la información. ¹⁶
-----------------------------------	---

El papel del anciano estará ligado a la capacidad de adaptación y aceptación del proceso de envejecimiento, por tanto debe ser consciente de su situación y expectativas las cuales le permitirán establecer planes de vida satisfactorios, congruentes con la edad, economía, estado físico, escolaridad, género e intereses, teniendo una participación social activa, considerando sus capacidades y las posibilidades de desarrollarlas¹⁷.

En el área biológica, se ve afectado el funcionamiento de los sistemas y aparatos, por lo cual se incrementa la vulnerabilidad a las enfermedades.

Durante el envejecimiento se presenta una disminución de hasta un 30% de la masa celular y de hasta un 50% de agua corporal, con un aumento de la grasa corporal hasta el 30%.

Sistema digestivo.

En la boca también se observan un adelgazamiento del tejido que forma la encía y mucosa lingual, pérdida proporcional de papilas gustativas, movilidad de los dientes y disminución en la producción de saliva.

La capacidad funcional se ve alterada ya que se presentan dificultades en la masticación, en la dilución de los alimentos, disminución en la motilidad del esófago e intestinos y disminución de

¹⁶ Guillen F. Pérez del Molino J. Petidier R. Síndrome y cuidados en el paciente geriátrico. Editorial Elsevier Masson. 2da Edición 2008 pag.48

¹⁷ Mendoza V. Op. Cit. P.369, 377.

la producción de ácido clorhídrico, también se presenta disminución del grosor del tejido del estómago, la absorción alimenticia, lentitud del vaciado vesicular y funcionamiento hepático.

Se manifiesta: con estreñimiento, intolerancia a la ingesta abundante de alimentos por la disminución en la absorción, al igual de algunos medicamentos, disminución en el metabolismo hepático de los medicamentos.

Sistema cardiovascular: la capacidad funcional se ve deteriorada ya que los vasos sanguíneos se hacen más rígidos, se deposita grasa y se forma tejido fibroso en el corazón, la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción disminuyen, las válvulas cardíacas se calcifican y los mecanismos del sistema nervioso para mantener la presión arterial son deficientes, ya que existe una disminución de la tensión venosa, disminución de la velocidad de circulación, reducción del gasto cardíaco, aumento del tiempo de recuperación después del esfuerzo.

En los adultos mayores es frecuente detectar soplos cardíacos, la hipertensión arterial se presenta en más del 50%, y la hipotensión ortostática en más de un 20%, también se puede presentar bradicardia.

En la sangre se presenta alteración de los hematíes, reducción de la tasa de hemoglobina, y disminución de la respuesta leucocitaria.

Sistema respiratorio: se observa una disminución de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales, así como debilidad de los músculos respiratorios, limitando los movimientos respiratorios de inspiración y expiración. También se produce estrechamiento de las vías respiratorias por disminución en la elasticidad de los bronquios, hay disminución en la cantidad

y función de los cilios, y degeneración del epitelio bronquial, por lo cual se presenta disminución de la función respiratoria, del reflejo tusígeno, disminución del oxígeno a nivel tisular y alveolo capilar.

Sistema nervioso: en los adultos mayores disminuye el tamaño del cerebro en un 10% debido a la pérdida de las neuronas y a la disminución de las dendritas y axones, hay disminución en la velocidad de la conducción nerviosa y aumento en el tiempo de la respuesta refleja. La producción de los neurotransmisores y los receptores disminuyen.

Se observa en el adulto mayor una lentitud en la coordinación sensitiva y motora que produce deterioro de los mecanismos que controlan la postura, el soporte anti gravitacional y el equilibrio, se presenta disminución de la memoria a corto plazo y cierta dificultad para el aprendizaje, también existe enlentecimiento generalizado del movimiento, la aparición de un ligero temblor senil, alteraciones en las características del sueño, así como la disminución de la sensibilidad.

Sistema renal: existe una atrofia de las nefronas, disminuye casi al 50%.

La excreción de sustancias de desecho del organismo y de medicamentos

Sistema genitourinario: en los hombres se observa hipertrofia de la próstata a partir de los 40 años, en las mujeres después de la menopausia disminuye el grosor y función de la mucosa, provocando resequeidad y susceptibilidad para las erosiones.

Hay flacidez de los músculos de la vejiga y el útero en la mujer.

El hombre puede presentar disminución en el calibre del chorro de la orina y dificultad para orinar, la mujer puede presentar incontinencia urinaria de esfuerzo, y puede presentar dispareunia debido a la disminución de la producción de hormonas sexuales femeninas.

También existe la disminución del filtrado glomerular, del flujo hemático, plasmático, y aumento de la resistencia vascular.

Sistema endocrino: existe una disminución relativamente de la producción y actividad de las hormonas tiroideas, sin afectar significativamente el metabolismo del organismo, la función del timo disminuye repercutiendo en la función inmunitaria, los niveles de la hormona paratiroidea pueden estar aumentados, debido a una absorción defectuosa del calcio secundaria a la falta de síntesis de vitamina D, se observa niveles altos de azúcar debido a una resistencia a la insulina, las hormonas sexuales disminuyen repercutiendo en las funciones sexuales, en el metabolismo óseo y en los niveles de colesterol. Los cambios en la producción de la insulina se manifiestan como una predisposición a la diabetes mellitus. Debido a la disminución de la función de la timosina, existe cierta predisposición a las infecciones y a los padecimientos autoinmunes, como artritis reumatoide y cáncer.

Sistema inmunológico

Disminuye y se altera la inmunidad celular, también la inmunidad humoral se ve disminuida o alterada, estas alteraciones se manifiestan como una predisposición a infecciones en general y a herpes zoster, además de una susceptibilidad a los tumores benignos.

Va a existir la reducción a la respuesta frente a los estímulos antigénicos, y disminución de la producción de anticuerpos.

Piel y tegumentos

Se presenta adelgazamiento de la epidermis, disminución en el tamaño y función de las glándulas que produce el sudor, de los folículos pilosos y de las mismas uñas.

Se depositan mayor cantidad de la queratina, tornándola delgada pero áspera.

Las alteraciones se manifiesta a través de arrugas, piel delgada, dura, áspera, reseca con sensación de prurito, disminuye la propiedad de aislamiento de la piel, incrementado la posibilidad a lesiones por golpes leves (moretones) y úlceras por presión, las uñas se hace frágiles, engrosadas, torcidas y lento crecimiento, el pelo se adelgaza y pierde su color.

Hay una atrofia de las glándulas sudoríparas y sebáceas que proporcionan un aspecto seco a la piel y obstaculizan el proceso normal del sudor disminuyendo el olor corporal, la piel esta menos vascularizada, por lo que la cicatrización es más lenta, la piel es más pálida aunque aparecen machas más oscuras, en manos y cara.

Cabello.

En el cabello hay una disminución en la velocidad del crecimiento, y la ausencia de melanina (falta de coloración) en el folículo piloso, disminución del vello púbico, y existe un aumento del vello facial más destacado en las mujeres, en el hombre se hace más aparente a nivel del pabellón de la oreja, orificios nasales y cejas.

Con el envejecimiento se presenta disminución de la grasa que rodea el globo ocular, disminución en el tamaño y funcionamiento del conducto lagrimal, sequedad del tejido que rodea el ojo, disminución de la elasticidad del cristalino y alteraciones en los músculos de la acomodación, en el iris y en las células de la retina.

OJOS

Los ojos tiene una apariencia de hundimiento, laxitud de los párpados, caída del párpado superior, reducción en la cantidad de lágrimas, aunque puede presentar lagrimeo por el estrechamiento del conducto lagrimal, las pupilas se observa contraídas y los reflejos a la luz y

a la lejanía son lentos, existe dificultad para leer de cerca o realizar procedimientos de precisión (presbicia), lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación del color y del espacio en distancia y profundidad.

Audición y equilibrio.

Se presenta adelgazamiento y resequedad de la piel de los pabellones auriculares; en el conducto auditivo aumenta el número y longitud de los pelos y se incrementa la descamación de la piel haciendo más difícil la eliminación del cerumen, la membrana timpánica pierde su elasticidad y los huesecillos se descalcifican, el oído interno presenta alteraciones degenerativas, existiendo pérdida de la agudeza auditiva, aumento de tamaño del pabellón de la oreja.

Olfato, gusto y fonación.

Existe una disminución en el número y tamaño de las papilas gustativas y las células olfatorias, así como disminución en la elasticidad de los músculos y cartílagos laríngeos.

Las alteraciones se manifiestan como una disminución en el sentido del gusto y del olfato, además de una disminución en el reflejo de la tos y de la deglución y cambios en el tono de la voz.

Ellos sufren de la disminución del rojo de los labios, atrofia de la lengua, fragilidad dental y resequedad de las encías, deterioro de la raíz de los dientes, infecciones a causa por hongos y el virus del herpes simple, dificultad para articular palabras, degeneración del nervio olfatorio, aumento del tamaño de la nariz, proliferación de pelos rígidos en fosas nasales

Sistema musculoesquelético: en el adulto mayor se observa atrofia, en el tono muscular, la fuerza muscular se pierde entre 20 y 30% de los 60 a los 90 años, hay disminución en la estructura de aproximadamente 1.5cm cada 10 años, también presentan cambios degenerativos de los ligamentos, tendones y articulaciones.

Las personas presenta una pérdida de masa muscular y ósea, predisposición a calambres musculares, debilidad muscular, presencia de cifosis, disminución de la estatura, predisposición a la osteoporosis, disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones, rigidez articular y predisposición al dolor.

ENVEJECIMIENTO DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO.

ENVEJECIMIENTO OSEO	<p>Disminución y desmineralización ósea</p> <p>Disminución de la talla corporal</p> <p>Cifosis dorsal</p> <p>Reducción de la distancia occipito humeral</p> <p>Modificación del eje mecánico del miembro inferior.</p> <p>Desplazamiento del triángulo de sustentación corporal</p> <p>Alteración del equilibrio corporal, alineación y marcha.</p>
ENVEJECIMIENTO ARTICULAR	<p>Pérdida gradual de la fuerza</p> <p>Disminución de la masa muscular</p> <p>Redistribución de la grasa total del organismo</p> <p>Tensión muscular disminuida</p>
.ENVEJECIMIENTO ARTICULAR	<p>Deterioro de las superficies articulares</p> <p>Deshidratación del tejido cartilaginoso</p> <p>Crecimiento óseo irregular en los bordes de las articulaciones.</p>

Debido a los cambios anatómicos fisiológicos que sufre el sistema musculoesquelético en los adultos mayores se presentan una serie de riesgos y acontecimientos que se da por accidentes o enfermedades.

6.2 ENFERMEDADES DEL SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO DEL ADULTO MAYOR

El sistema musculoesquelético está comprendido por huesos, músculos y ligamentos, tiene entre sus principales funciones el soporte, el movimiento, y el depósito de iones como el calcio, magnesio y el fósforo.

ENFERMEDAD	ETIOLOGÍA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
<p>OSTEOARTROSIS</p> <p>Se define una enfermedad degenerativa del cartílago articular de etiología diversa.</p> <p>Se localiza en las articulaciones interfalángicas proximales</p>	<p>La edad</p> <p>La mujer tiene mayor prevalencia.</p> <p>La obesidad.</p>	<p>Se caracteriza por dolor articular, sensibilidad local, limitación funcional, crepitación y grado variables de inflamación local sin efectos sistémicos.</p> <p>Al perderse la cubierta del cartílago, los huesos se rozan produciendo dolor.</p>
<p>OSTEOPOROSIS</p> <p>Trastorno esquelético caracterizado por una densidad ósea baja y un deterioro de la microarquitectura del hueso</p>	<p>Postmenopáusica: Por deficiencia de estrógenos, menor masa ósea en mujer y peor absorción de vitamina D, la más común.</p> <p>-Por la edad (en hombres y mujer). Por dieta reducida en Ca.</p> <p>*Otras causas:</p>	<p>Síntoma más preciso: Dolor agudo en la espalda por compresión torácica o lumbar (por estar de pie, doblarse, levantarse...).</p> <p>Cifosis (joroba)</p> <p>*Fracturas vertebrales espontáneas (por toser, inclinarse hacia adelante).</p>

	<p>-Trastornos endocrinos: hiperparatiroidismo. -Diabetes, nefropatías, artritis reumatoide. -Síndrome de Cushi.</p>	<p>*Pérdida de estatura (hasta 10 cm). *Fractura del fémur proximal (cadera), radio distal (al caer)</p>
<p>ARTRITIS REUMATOIDE</p> <p>Síndrome crónico que se caracteriza por inflamación simétrica de las articulaciones periféricas, con destrucción progresiva.</p>	<p>Enfermedad de origen desconocido, con prevalencia femenina. -Procesos inflamatorios inmunológicos: lupus eritematoso. Traumatismos repetidos sobre la articulación. Afecta a las articulaciones de las manos, los pies, y las articulaciones grandes.</p>	<p>Enfermedad inflamatoria, puede afectar pequeñas y grandes articulaciones, con patrón bilateral y simétrico. Dolor: intensidad variable y no cede al reposo. -Tumefacción articular, calor, -enrojecimiento, Impotencia funcional (rigidez articular): manos. -A veces: fiebre, malestar general. Cada tipo de artritis cursa con signos/síntomas propios.</p>
<p>GOTA</p> <p>Es una forma de artritis recidivante, aguda o crónica, de las articulaciones periféricas. originada por el depósito de cristales de urato mono sódico en y alrededor de las articulaciones</p>	<p>Originada por el depósito de cristales de urato mono sódico en y alrededor de las articulaciones, procedentes de líquidos corporales hiper urémicos súper saturados.</p>	<p>Presentan dolor mono articular o poli articular también puede afectar el tobillo, la rodilla, la muñeca, el codo, las articulaciones pequeñas de manos, pies o las bolsas.</p>
<p>CAIDAS</p> <p>Se presentan en los adultos mayores provocando fracturas e inmovilidad.</p>	<p>La edad, Barreras arquitectónicas que favorecen las caídas, Principales padecimientos asociados con caídas. Medicamentos que incrementan el riesgo de caídas.</p>	<p>Pueden causar úlceras en la piel en las zonas de presión, infecciones pulmonares, enfermedades cardiovasculares, limitaciones físicas permanentes, aislamiento, depresión y en ocasiones puede ser causa de muerte.</p>
<p>ARTRITI SEPTICA</p>	<p>El germen accede a la articulación por vía</p>	<p>Las manifestaciones más</p>

<p>Es una infección intra articular (reacción inflamatoria con formación de pus y destrucción articular progresiva).</p>	<p>hematógena en el curso de una bacteriemia o sepsis, (por un traumatismo articular abierto, cuerpo extraño, osteomielitis, celulitis). Factores predisponentes locales una lesión articular previa que facilita la colonización bacteriana, osteoartritis, artritis reumatoide, prótesis, y generales a consecuencias de enfermedades inmunodepresoras, esteroides, diabetes, alcoholismo, insuficiencia renal, etc.</p>	<p>frecuentes es fiebre.</p>
--	--	------------------------------

6.3 EL ADULTO MAYOR CON FRACTURA DE CADERA

La articulación de la cadera es una de las articulaciones más importantes del cuerpo, es importante en la regulación de la postura y es necesaria para la locomoción normal y para actividades tales como la estación sentada y el subir escaleras.

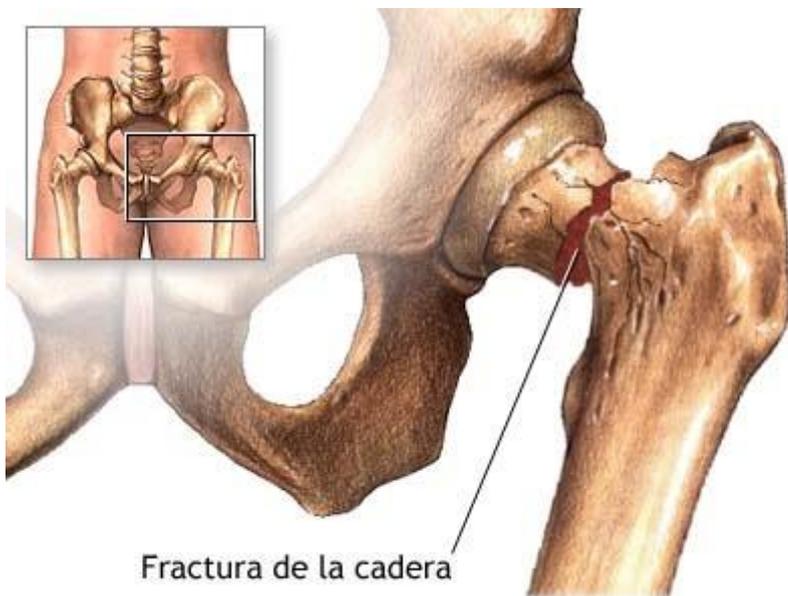
La fractura de cadera:

Es una solución de continuidad en un hueso vivo, de causa traumática o no que ocasiona lesión en el tejido óseo y en las partes blandas vecinas y está en proporción directa al tipo y grado de trauma, a la presencia de una patología previa y a otras variables, como el estado físico y fisiológico de cada paciente.

La fractura de cadera se clasifica según el área específica de la ruptura.

Fracturas de cuello o intra capsulares: corresponden a la zona distal a la cabeza, pero proximal a los trocánteres, es complicada debido a la poca irrigación sanguínea de la cabeza femoral los vasos que pasan por la capsula femoral pueden estar lesionados, en especial si la fractura es desplazada. Se pueden considerar las más complicadas de consolidación

Fracturas extra capsulares: en este tipo de fractura puede haber una pérdida de sangre de hasta 1 litro en el sitio de la fractura. El principal problema de esta zona está relacionado con la deformidad y acortamiento.



La fractura de cadera es una patología que se presenta más frecuente en ancianos, aumentando la incidencia a partir de los 65 años, estas fracturas aumenta con la edad, duplicándose por cada década a partir de los 50 años.

En la **etiología** pueden participar varios factores que pueden contribuir a una fractura de cadera, en los ancianos las fracturas son producidas por traumatismos mínimos y de poca intensidad, incluso aparecen sin golpe aparente por el colapso espontáneo del hueso debilitado, cerca del 80% de todas las fracturas de cadera se producen en el propio domicilio, en desplazamientos relativamente cortos.

La fractura de cadera es más común entre las mujeres, no es raro que la causa de la fractura sea única, por lo general participan varios factores como la osteoporosis, que consiste en la fragilidad o pérdida de densidad ósea, se relaciona con una menor resistencia al traumatismo, y las mujeres son más propensas a la osteoporosis que los hombres; por consiguiente, la fractura de cadera es más común entre las mujeres, también la enfermedad de Paget afecta al tejido óseo, se caracteriza por una anomalía de la remodelación ósea que es excesiva y desordenada.

Factores relacionados con las caídas: existen causas intrínsecas como las enfermedades crónicas o agudas de carácter neurológico, cardiovascular, o musculo esquelético que van a contribuir a sufrir una caída, así como la disminución de la visión, de la función vestibular afectando al mantenimiento del equilibrio, provocando una mayor inestabilidad, inclinación en la postura, lentitud en la marcha, acortamiento del paso, disminución del tiempo de elevación del pie y aumento de contacto con los pies con el suelo.

Algunos medicamentos retardan o enlentecen la conducción cerebral, los que afectan el control postural, los que producen mareos, somnolencia, debilidad muscular, y los medicamentos que disminuyen la masa ósea incluyendo la furosemida, la hormona tiroidea, el fenobarbital, fenitoina, y la cortisona sistémica prolongada.

Las causas extrínsecas o medioambientales

Las principales son los suelos deslizantes, mojados o con alfombras o moquetas despegadas, baño con falta de barras de apoyo o superficies antideslizantes en bañera y ducha, difícil acceso a utensilios de cocina o empleo de escalerillas y taburetes, zonas de tránsito ocupadas con muebles u otros obstáculos o con poca o mala iluminación, escalones en malas condiciones y falta de pasamanos, ropa inadecuada como pueden ser los pantalones excesivamente largos, o los zapatos con pobre adherencia o con tacones altos y estrechos.

Los signos y síntomas son bien conocidos ya que después de la fractura la persona es incapaz de incorporarse, se ve imposibilitada la deambulación, por no poder apoyar la extremidad afectada en el suelo, esta estará en aducción por el dolor de intensidad variable, dependiendo del grado de la lesión ósea y de la magnitud del desplazamiento, se exagera con la movilización pasiva. Se manifiesta en la zona del pliegue inguinocrural, irradiado a la cara interna del muslo y aún hasta la rodilla, acortamiento del miembro afectado en rotación externa, en ocasiones se puede observar deformidad, espasmo muscular, hinchazón, hematoma o equimosis en y alrededor de la cadera, imposibilidad para elevar el talón de la cama.



Las complicaciones van a depender del estado funcional, físico y cognitivo del paciente, ya que en algunos casos se trata de personas bastante sanas que han sufrido un accidente, el pronóstico es mejor y la recuperación será más rápida, no así con los pacientes que su estado previo empeora. Las posibles complicaciones de la fractura de cadera son: **Neumonía, trombosis venosa profunda, úlceras por presión, infección de la herida quirúrgica**, las causas favorecedoras a la infección serían la avanzada edad del paciente, las enfermedades

concomitantes como la diabetes, infección de orina o patologías cardiovasculares, la duración de la intervención y la técnica (abierta o cerrada).

Delirium: cuadro confusional agudo (CCA) postoperatorio que se asocia a la falta de oxígeno durante la intervención, a los fármacos utilizados, a infecciones o un deterioro cognitivo previo

Infección urinaria: la causa más frecuente suele ser la presencia de la sonda vesical,

Infecciones respiratorias: suele aparecer cuando el paciente permanece mucho tiempo en reposo al facilitar el acumulo de secreciones,

Atrofia muscular progresiva: debido a la inactividad del miembro afectado.

Desnutrición proteica: debida al aumento del catabolismo y a la reducción de la ingesta.

Anemia: el sangrado propio de la fractura y la intervención quirúrgica favorecen el desarrollo de una anemia peri operatoria.¹⁸

6.3.1 ALTERACIONES SOCIALES EN EL ADULTO MAYOR CON FRACTURA DE CADERA.

La persona que pasa por el proceso de hospitalización, a pesar de su connotación negativa, este proporciona un apoyo social, lo que implica que la persona acuda cuando se le presente algún problema de salud.

Para la persona es un desafío la adaptación al medio hospitalario, ya que se encuentra en un medio desconocido, si a esto le aünamos la enfermedad, la persona se encontrara en un estado de ansiedad y estrés.

La respuesta de la persona se va haber influida por varios factores, estos factores personales incluyen la edad, sexo, personalidad del paciente, la capacidad para adaptarse y afrontamiento

¹⁸ Serradell S. Reduca (Enfermería, fisioterapia y podología) revista educa.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1011/1023. P.604

al estrés, experiencias previas, propias, ajeas, las creencias, valores personales y habilidades para el autocuidado, y capacidad para adquirir conocimiento.

También los factores socioculturales, intervienen en el significado social que tenga la enfermedad, la respuesta de la familia, su rol y posición, la situación laboral y económica en la que se encuentra la persona al enfermar, los recursos de apoyo sociales de los que se disponga.

Los factores relacionados con la enfermedad, aquí influye el tipo de la enfermedad si es crónica o aguda, el pronóstico, las secuelas o potenciales incapacidades y las medidas terapéuticas que requiere la enfermedad.

Sin pasar por alto los factores relacionados con la organización hospitalaria, a aquí son importantes las condiciones asistenciales y terapéuticas en las que se atiende a la persona, la distribución arquitectónica de la sala, la actitud del equipo de salud, confianza en el equipo terapéutico, el estado de salud de la persona, y la preparación psicológica del mismo.

Todos estos factores van a determinar el comportamiento y las diferentes formas de hacer frente a la enfermedad y/o hospitalización.

La inmovilidad y el aislamiento puede provocar niveles de ansiedad y de estrés que lleve a la persona a tener regresiones como mecanismo de defensa, estas regresiones no son permanentes y se presenta en cualquier situación de enfermedad, su intensidad depende del nivel de ansiedad y de las valoraciones subjetivas que la persona realiza, traduciéndose esto en una actitud exigente, con escasa colaboración, baja tolerancia a las contrariedades y esperas, irritabilidad e incluso en ocasiones agresividad y hostilidad, caprichos o ganas de molestar a los demás.

A medida que la persona va recuperando la salud y su independencia adquiere la confianza para abandonar la regresión y adoptar comportamientos más maduros y adaptativos.¹⁹

Las personas que sufre fracturas de cadera se observan que algunas personas no realiza una buena adaptación y presentan regresión, comportándose irritables, exigentes, en ocasiones hasta groseros no solo con los familiares si no con el personal de enfermería, refiriendo ellos que están acostumbrados a estar en actividad según sus posibilidades, y que

¹⁹ Novel Gloria, Lluch Ma. Teresa, Miguel Ma. Dolores. Editorial Masson 1ª Edición 2005. Pág. 159.

la inmovilidad los pone nerviosos, quieren que su cirugía se la realicen rápido, mandan a los familiares a presionar al personal médico para que su tratamiento quirúrgico se realice pronto, quieren que los familiares y el personal de enfermería se muestren impetuosos en sus necesidades, o en ocasiones logran que los familiares cubran todos los requisitos y ellos no ponen nada de su parte se vuelven caprichosos y dependientes, creando un ambiente hostil.

Tras el alta el paciente requiere mayor atención de lo usual, eso incrementa su dependencia, los familiares puede tener miedo a forzar al paciente y crear nuevos males, en algunos pacientes el aislamiento y la sensación de invalidez produce con frecuencia depresión, tiende a un aislamiento familiar y social.

Por otra parte también se presenta pérdida de roles, esto afecta a su autoestima a la pérdida de expectativas ante la vida, ya que ellos saben que al regreso a su domicilio, sus actividades no podrá realizarlas y tal vez tenga que depender de algún familiar y con esto perder su independencia.

Existe la aparición y/o empoderamiento del deterioro cognitivo, deseos consientes de morirse, mayor frecuencia de suicidios consumados, puede haber una descompensación de las enfermedades crónicas, o se pueden presentar nuevos problema de salud, y todo esto repercutiendo en el estado de salud de la persona.

También el síndrome post-caída, caracterizado por la falta de confianza en sí mismo, por miedo exagerado de volverse a caerse y restricción de la deambulación, ya sea por el mismo o por sus cuidadores, llegando a la inmovilidad, incluso tras una buena recuperación física.

Todo esto puede iniciar un declive que conduzcan lenta e irremediamente a la dependencia y muerte.

6.3.2 ALTERACIONES EMOCIONALES DEL ADULTO MAYOR CON FRACTURA DE CADERA.

Sabemos que la persona que es hospitalizada sufre cambios en el comportamiento al igual que la familia, la consecuencia principal es a nivel emocional y psicológico, ya que los niveles

elevados de ansiedad pueden interferir con su habilidad para comprender y tomar decisiones en cuanto a la información, ya que la persona debe tener claridad respecto a su tratamiento ya que en la mayoría de los casos el tratamiento es quirúrgico.

Además la enfermedad y el proceso quirúrgico, leve o grave, trae consigo una serie de pérdidas: intimidad, autodeterminación, rutina diaria, compañía, confort de hogar, imagen corporal. También la preocupación de la anestesia general, a no despertar, a la pérdida del control consciente de la situación, a la sensación de indefensión; la vivencia de pasividad y dependencia; a la herida que marca el cuerpo; a la pérdida del órgano; a la irrupción de la intimidad; al dolor; a “no quedar como antes”; a no ser aceptado.

En 1978 Wilson-Barnett y Carrigy vigilaron reacciones emocionales en las personas que ingresan al hospital y se dieron cuenta que durante las primeras 24 horas la ansiedad de las personas era significativamente mayor, algunas razones que daban en relación con su ansiedad era no querer dejar a la familia, miedo a los hospitales y preocupaciones sobre la enfermedad, ellos concluyeron que es probable que los pacientes que tienen una disposición muy emocional respondan al ingreso con emociones negativas que persisten algún periodo. Otros pueden reportar sensaciones de ansiedad e infelicidad al inicio, pero ceden después de uno o dos días²⁰

La evidencia ante el diagnóstico, la hospitalización y la espera por el tratamiento casi siempre quirúrgico, producen una constante fuente de estrés y pueden hacer las experiencias de los pacientes con fracturas de cadera, susceptibles a problemas psicológicos, desestabilizadores de la autorregulación de la personalidad. Los pacientes que se ven más limitados e su movilidad en el postoperatorio son los que presentan un peor resultado funcional. : la anestesia general, a no despertar, a la pérdida del control consciente de la situación, a la sensación de indefensión; la vivencia de pasividad y dependencia; a la herida que marca el cuerpo; a la pérdida del órgano; a la irrupción de la intimidad; al dolor; a “no quedar como antes”; a no ser aceptado.

²⁰ Psicología en Enfermería. P.384,385.

Las necesidades emocionales del paciente estarían determinadas por su capacidad de adaptarse a las situaciones que le representen peligro, de adaptarse al riesgo que la cirugía represente y al enfrentarse a temores y ansiedades asociadas con acontecimientos de su historia.

Otras preocupaciones son fuente también de ansiedad pre operatoria y están ligadas a la aceptación de la realidad del cuerpo que se lo percibe vulnerable y mortal; así como la posibilidad de daños en la imagen corporal como consecuencia de la cicatriz que queda como marca.

El impacto emocional puede variar de acuerdo al carácter de la cirugía, Aunque se tenga la seguridad de la finalidad curativa de la cirugía, sin embargo, se vive el proceso como de amenaza a la integridad física y por eso se dan con frecuencia también los temores de fragmentación corporal; surgen fantasías y temores relacionados al órgano que va a ser intervenido, pues éste tiene un significado que puede estar ligado a la funcionalidad o a otras capacidades, por ejemplo, en cuanto compromete la identidad del paciente.

Muy importante es tener en cuenta el tiempo que tome el proceso quirúrgico en su totalidad, incluida la rehabilitación, pues este tiempo será el que facilite o dificulte la recuperación pronta y equilibrada, tomando en consideración los aspectos emocionales. En un proceso prolongado hay mayor deterioro tanto físico como mental o emocional, pues no todas las personas tienen la misma capacidad de tolerancia ni están todos preparados para aceptar nuevas dificultades.

Algunas de las quejas frecuentes son la pérdida de la intimidad, la vergüenza por la desnudez, pues son aspectos que se viven como atentatorios al pudor, la pérdida de la autonomía y funcionalidad y, en ocasiones, la excesiva pasividad del proceso son otras de las circunstancias que dan motivos a malestar, el ambiente hospitalario frío y ajeno, lleno de ruidos extraños que marcan cada pulsación del cuerpo o diferentes funciones orgánicas son factores que producen ansiedad y que recuerdan constantemente la enfermedad.

6.3.3 EFECTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES DE LOS SISTEMAS POR LA INMOVILIDAD.

Cuando se indica al paciente que no movilice alguna parte de su cuerpo, la persona automáticamente relaciona el no movilizar todo el cuerpo, lo que contribuye al deterioro de las partes sanas. En 1947, el doctor R.A. Asher, escribió un artículo titulado “los peligros de guardar cama” y el describía claramente como los sistemas se ven afectados por la inmovilidad.

Que cuadro patético es el que ofrece la inmovilidad. **“La sangre forma coágulos en sus venas, el calcio escurre de sus huesos, los escóbalos acumulados en su colon, la carne descomponiéndose en sus nalgas, la orina goteando de su vejiga distendida y el espíritu evaporándose de su alma”.**²¹ Al leer este texto se imagina a muchos de los pacientes que se encuentran en reposo absoluto.

Las causa de la inmovilidad pueden ser numerosas, dentro de estas están los tratamientos médicos y el dolor, los cuales tienen una gran influencia sobre la calidad y cantidad del movimiento del paciente, en el cual se da la restricción del movimiento, el reposo en cama se dirige a favorecer la recuperación, sin embargo, también produce una serie de consecuencias en los distintos sistemas y aparatos, asociándose con cambios funcionales fisiológicos, los cuales les van a ver limitadas sus funciones, pérdida de la calidad de vida, dependencia casi completa, y mayor institucionalización con incremento en los costos para la familia.

Es importante conocer y comprender las consecuencias fisiológicas de la inmovilidad, e implementar los cuidados de enfermería para contribuir a maximizar la movilidad, trabajando en conjunto con el familiar, para evitar las complicaciones provocadas por la inmovilidad.

²¹ Perin Stryker. Enfermería de Rehabilitación.

Los efectos de la gravedad sobre la inmovilidad en el **sistema musculo esquelético** es la disminución del tono, de la fuerza y de la resistencia muscular; del rango del movimiento y de la fuerza esquelética.

Con la inactividad se va a ocasionar la debilidad y la atrofia, perdiendo la fuerza y resistencia muscular con el desuso que es proporcional al tiempo, el musculo pierde entre 10 y 15% de su fuerza por semana, también prevalece la resorción sobre la formación de hueso, al principio hay una perdida rápida, posterior la desmineralización se enlentece pero persiste.

Se producen contracturas las cuales son deformidades en las articulaciones por afectación muscular, en tejidos blandos peri articulares, teniendo como consecuencia la limitación del movimiento, y por lo tanto la pérdida funcional, la postura natural del paciente encamado es la flexión articular, el musculo se hace espástico y reduce su tamaño aumentando la flexión que producirá a su vez mayor acortamiento.

En el **sistema cardiovascular**: La inmovilidad va a provocar que se presente ortatismo a consecuencia del flujo sanguíneo, la circulación venosa periférica es la más afectada, con disminución de la circulación de retorno, estasis secundaria y facilidad para la producción de trombos venosos.

En el **sistema respiratorio**: Va a existir una disminución en la movilidad diafragmática y músculos accesorios, hay mayor dificultad para eliminar las secreciones, por lo tanto los volúmenes y capacidades pulmonares son menores, reduciendo la oxigenación arterial.

Las secreciones se acumulan en los bronquios en zonas declives, bloqueando el paso del aire, produciendo mayor predisposición a presentar atelectasia y neumonías, los signos incluyen elevación de la temperatura y del ritmo cardiaco, los cambios del movimiento torácico, de la

percusión, de los ruidos respiratorios y de los gases de sangre arterial, indican la extensión y la gravedad del compromiso.

En el **sistema endocrino**: La inmovilidad produce hiperinsulinemia, debido a que se genera una intolerancia hidrogenocarbónica, el metabolismo basal llega a disminuir hasta un 7% por hora.

En el **sistema urinario** el drenaje de la orina en la pelvis renal y uréter se ve enlentecido por lo que hay predisposición a las infecciones de orina y formación de cálculos, apareciendo episodios de retención de orina, favoreciendo las infecciones de vías urinarias así como con el riesgo de sepsis.

El sondaje vesical aumenta el riesgo de cálculos vesicales, y la inmovilidad provoca incontinencia funcional.

En el **sistema gastrointestinal**, el peristaltismo intestinal se va a alterar produciendo trastornos en la digestión, estreñimiento, la constipación incluye molestias abdominal inferior, sensación de plenitud, presión, evacuación incompleta del recto, anorexia, náuseas, inquietud, malestar, depresión mental, irritabilidad, debilidad y cefalea. Además las evacuaciones son pequeñas, duras y secas y se desvían del patrón habitual del individuo.

En el **sistema nervioso**: La falta de estímulos conlleva una de privación sensitiva y psicosocial, conduce a una pérdida de automatismo y disminución de los reflejos, también tiene mayor predisposición a cuadros confusionales, a presentar insomnio, ansiedad, y fluctuaciones de carácter que influirán de forma negativa en el proceso de recuperación.

En el **sistema tegumentario**: Los pacientes son susceptibles de desarrollar úlceras por presión, ya que estas se aparecen en 24 horas, debido a la presión en el tejido, por reducción de la circulación, o debido a la presión, fricción, maceración, y cizallamiento.

Los lugares más frecuentes son prominencias óseas, entre ellas el sacro, trocánter mayor, maléolos externos, talón, y en casos extremos, en la espina dorsal, omoplatos y pabellones auriculares. Si hay compresión prolongado por más de 2 horas, se producirá daño irreversible en la piel.

Privación sensorial

Por disminución de los estímulos visuales, auditivos, táctiles, e incluso los de tipo social, pueden ocurrir distorsiones en la percepción. Lo que trae como consecuencia: alucinaciones, dificultad en la concentración, cambios en el estado psicoafectivo, que incluyen el miedo, ansiedad, estados depresivos y cambios en el humor.

6.4 EFECTOS QUE PROVOCA EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON FX DE CADERA

CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO	CONTRIBUCION DE LA HOSPITALIZACION	EFFECTOS POTENCIALES	CONSECUENCIAS POTENCIALES.
Menor masa muscular	Inmovilización	Desacondicionamiento	Dependencia.
Inestabilidad vasomotora	Deshidratación	Inestabilidad	Caída, fractura.

Menor ventilación	Mayor espacio muerto.	Menor pO ₂	Delirium.
Deterioro sensorial (visual y auditivo)	Aislamiento, retiro de lentes o audífonos, deprivación sensorial.	Delirium	Restricción física, sedación farmacológica.
Deterioro de sed, gusto, olfato y dentadura.	Dietas restringidas, contención física	Malnutrición, deshidratación	Sondas de alimentación.
Tendencia a incontinencia	Barreras, contención	Incontinencia funcional.	Sonda urinaria.

7 Responsabilidad de la enfermera en el cuidado de la persona con Fractura de Cadera

La ética se refiere al estudio de los ideales filosóficos de conducta correcta y errónea.²² Tiene que ver con la determinación de lo que es bueno o válido para todas las personas.

En la práctica profesional de enfermería, también se cuenta con un código ético, el cual data desde las escuelas de Nightingale, donde era requisito para las postulantes una conducta y disciplina intachables. El objetivo de este código es fundamental es resaltar los valores

²² Potter P. Fundamentos de Enfermería. Quinta edición. Editorial Barcelona España 2002.p 413

heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores, y creencias de la persona y su ambiente.

La American Nurses Association (ANA) este fue creado en 1950, el International Nurses Association (ICN), y la Canadian Nurses Association (CNA) han establecido códigos, y todos ellos reflejan los mismos principios básicos, incluyendo seriedad, responsabilidad, apoyo, confidencialidad y veracidad.

Un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional y nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.²³

²³ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México Primera Edición. Secretaría de Salud. México, D.F. diciembre 2001. P.27.

La ética utiliza un vocabulario básico en el cual

La Autonomía: se refiere a la independencia de una persona, Sirve para justificar la inclusión de personas en todos los aspectos de la toma de decisiones respecto a su atención sanitaria.

Un ejemplo sería el consentimiento informado el cual tienen que leer y firmar antes de la cirugía, donde el equipo de salud respeta la independencia de la persona para al obtener el permiso para actuar.

Beneficencia: se refiere a realizar acciones positivas para ayudar a los demás, ayuda a orientar las decisiones difíciles en las que los beneficios de un tratamiento pueden ser cuestionados por los riesgos para el bienestar o la dignidad del cliente.

No –maleficencia: es la evitación de una lesión o un daño. El compromiso para ofrecer intervenciones menos lesivas.

Justicia: se refiere a la equidad o imparcialidad, asegura una distribución justa de los recursos. (Las personas con mayor riesgo deben ser tratadas primero).

Fidelidad: es la lealtad, esfuerzos para mantener las promesas. Se evita el abandono de las personas, incluso cuando los objetivos de la persona difieren de los objetivos del profesional sanitario.

La resolución de las cuestiones éticas suele incorporar no solo los valores personales de la enfermera, sino también la interpretación de los valores personales del cliente

Los valores esenciales:

altruismo: es la preocupación por el bienestar de los demás, la actitud de la enfermera, es de dar atención completa a la persona cuando le atiende, ayuda a otros profesionales para prestar cuidados cuando son incapaces de hacerlo.

Dignidad humana: valor y unicidad, la enfermera protege el derecho de individualidad a la intimidad, trata a los individuos como ellos prefieren, mantiene la confidencialidad de los clientes y el personal, trata a los demás con respeto independientemente de los antecedentes.

Estética: cualidades de objetos, hechos y personas que proporcionan satisfacción, adapta el entorno de forma que sea agradable para la persona, crea un ambiente de trabajo agradable para si misma y para los demás, se presenta a si misma de forma que favorece una imagen positiva de la enfermería.

Igualdad: tener los mismos derechos, privilegios y situación; ofrece cuidados enfermeros respecto a las necesidades individuales con independencia de las características personales.

Justicia: defender los principios morales y legales, actuar como un defensor de la atención sanitaria, distribuye los recursos de forma justa, informa de la práctica incompetente, no ética e ilegal de forma objetiva e imparcial.

Libertad: capacidad para ejercer la elección, respeta el derecho individual a rechazar el tratamiento, apoya los derechos de otros profesionales a seguir alternativas al plan de cuidados.

Verdad: fidelidad a los hechos o la realidad, documenta los cuidados enfermeros de forma exacta y honesta, obtiene suficientes datos para emitir juicios firmes antes de informar infracciones de las políticas organizativas.

La ley de los derechos de las personas adultas mayores menciona que:

Los adultos mayores son aquellas que cuentan con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

Tanto la ética como los valores ayudan a brindar una atención adecuada a las personas y sobre todo a los adultos mayores los cuales también cuentan con derechos, al acudir a los servicios de salud, debe recibir atención preferente e inmediata en caso de que su salud se encuentre en peligro, y deben ser tratadas con respeto, cortesía y dignidad.

En especial, las personas adultas mayores tienen derecho a:

No discriminación y relaciones familiares:

1. No ser discriminadas en razón de su edad, por lo que la observancia de sus derechos se hará sin distinción alguna.
2. Gozar de las oportunidades que faciliten el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad.
3. Recibir el apoyo de las instituciones creadas para su atención en lo relativo al ejercicio y respeto de sus derechos.
4. Ser protegidas y defendidas contra toda forma de explotación y maltrato físico o mental; por lo tanto, su vida debe estar libre de violencia.
5. Recibir la atención y la protección que requieran por parte de la familia y de la sociedad.

6. Mantener las relaciones con su familia, en caso de estar separadas de ella, a menos que esa relación afecte la salud y los intereses de las personas adultas mayores.
7. Vivir en lugares seguros, dignos y decorosos, en los que puedan satisfacer sus necesidades y requerimientos.
8. Expresar su opinión con libertad y participar en el ámbito familiar y social, así como en todo procedimiento administrativo y judicial que afecte sus personas o su familia.

Frente a las autoridades:

9. Ser tratadas con dignidad y respeto cuando sean detenidas por alguna causa justificada o sean víctimas de algún delito o infracción.
10. Contar con asesoría jurídica gratuita y oportuna, además de contar con un representante legal o de su confianza cuando lo consideren necesario, poniendo especial cuidado en la protección de su patrimonio personal y familiar.
11. Realizar su testamento con toda libertad, sin que para ello intervenga persona alguna.

Protección de su salud:

12. Recibir información sobre las instituciones que prestan servicios para su atención.
13. Recibir atención médica en cualquiera de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SS, IMSS, ISSSTE, ISSFAM, DIF) o de los Sistemas Estatales de Salud, aun sin ser derechohabientes de aquellas que así lo requieran. De ser así, se les fijará una cuota que pagarán de acuerdo con sus posibilidades económicas.
14. Recibir orientación y capacitación respecto de su salud, nutrición e higiene, que favorezcan su bienestar físico y mental y el cuidado personal.
15. Recibir la seguridad social que les garantice el derecho a la protección de la salud, la asistencia médica y los servicios necesarios para su bienestar, así como el acceso a una pensión, previo cumplimiento de los requisitos que las leyes correspondientes señalen.
16. Ser integradas a los programas de asistencia social cuando se encuentren en situaciones de riesgo o abandono.

Educación y trabajo:

17. Contar con un trabajo mediante la obtención de oportunidades igualitarias para su acceso, siempre que sus cualidades y capacidades las califiquen para su desempeño.
18. Recibir un ingreso propio mediante el desempeño de un trabajo remunerado o por las prestaciones que la seguridad social les otorgue cuando sean beneficiarias de ella.

19. Recibir educación y capacitación en cualquiera de sus niveles para mejorar su calidad de vida e integrarse a una actividad productiva.

20. Asociarse y reunirse libremente con la finalidad de defender sus intereses y desarrollar acciones en su beneficio.²⁴

8. TECNOLOGÍAS DE AUTOCUIDADO A LA PERSONA CON FRACTURA DE CADERA

Intervenciones de enfermería ante la necesidad de movilidad.

Lo importante no es ayudar al paciente, sino ayudarlo a ayudarse a sí mismo.

El paciente durante su estado de enfermedad necesita que se le apoye con medidas de más allá de simplemente alimentarlos y darles vueltas, la enfermera es la que pasa más tiempo con el paciente y con el familiar por lo cual es la que puede y debe cuidar, las capacidades existentes y prevenir lesiones evitando que se deterioren las partes aparentemente no afectadas.

****Aseo de pacientes con tracción.**

Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón cuando el paciente se encuentra incapacitado de hacerlo por sí mismo o lo tiene contraindicado.

²⁴ Comisión Nacional de los derechos Humanos México. Derechos de los Adultos Mayores. Primera Edición. Abril 2012. Fecha de acceso julio 2013 Disponible en www.cndh.org.accesmx/.../9%20cartilla%20Derechos%20adultos%20mayores...

OBJETIVO:

*Mantener y promover hábitos de higiene personal, observar cualquier signo patológico en la piel y estado general del paciente, activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos y extremidades, proporcionar comodidad y bienestar, manteniendo el miembro afectado alineado.

*Con ayuda del camillero (sobre lado afecto) y apoyándose sobre el triángulo (FERULA DE ABDUCCION) y el miembro sano, el paciente elevara la cadera, se procede al aseo de glúteos, aplicación de parafina y cambio de ropa.

*Levantar ligeramente la férula para cambiar las sábanas manteniendo en todo momento la tracción.

*En pacientes no colaboradores, para el aseo de la espalda y glúteos y parte posterior del miembro operado, colocar cojín abductor y girar al paciente sobre la cadera no operada manteniendo la operada en ligera abducción.

*Las pesas nunca deben tocar el suelo ni la cama, la enfermera se encargará de dirigir las maniobras.

*La ropa de cama se debe estirar siempre que sea necesario, mínimo dos veces por turno.

*Vigilar las zonas de apoyo de la extremidad con tracción para detectar las posibles apariciones de úlceras por decúbito.

*Vigilar la correcta colocación y alineación de la extremidad con tracción.

* Mantener la posición correcta en la cama para fomentar la tracción.

* Asegurarse de la colocación de pesas, cuerdas y poleas adecuadamente.

*Vigilar la circulación, el movimiento y la sensibilidad de la extremidad afectada.

REHABILITACION RESPIRATORIA.

La rehabilitación respiratoria tiene la finalidad de *Estimular las respiraciones profundas y tos.

Es un conjunto de técnicas manuales e instrumentales encaminadas a eliminar las secreciones de la vía respiratoria, mejorar la ventilación pulmonar, aumentar la tolerancia al ejercicio y mejorar la calidad de vida de los pacientes, el control de la tos es un medio fisiológico por medio del cual se lucha contra la obstrucción bronquial, para lograr una buena ventilación y lograr la ausencia de obstáculos en la circulación del aire en los bronquios.

*Se le pide a la persona que realice movimientos respiratorios lentos y profundos en decúbito dorsal y luego lateral derecho e izquierdo con el fin de movilizar las secreciones hacia los bronquios de mayor calibre.

* Después la persona tiene que inspirar profundamente, enseguida toser para que la corriente espiratoria tenga la máxima fuerza.

*Se intercalan periodos de descanso con reanudación de la respiración lenta y profunda, también se pueden realizar (vibraciones, percusiones), al igual se puede administrar aerosoles fluidificantes, el uso del espirómetro de incentivo, le ayudara a expender los pulmones, le permitirá inhalar una mayor cantidad de oxígeno y reducirá las complicaciones respiratorias durante la atención posoperatoria.

Técnica: del uso del espirómetro incentivo.

1. Sostenga el espirómetro en posición vertical sobre su mano. Procure no inclinarlo hacia ningún lado.
2. Espire normalmente y póngase la boquilla del aparato entre los labios.
3. Inhale profundamente hasta que la bola del dispositivo suba hasta arriba. Aguante la respiración mientras cuenta hasta 3 (no importa que caiga la bola)

4. Por último, sáquese la boquilla de la boca y exhale normalmente. Relájese y descanse unos momentos. Repita el ejercicio varias veces, descansando entre cada una de las respiraciones.

ULCERAS POR PRESION.

En 1989 el National Pressure Ulcer Advisory Pane (NPUAP)²⁵, menciona que las úlceras por presión son áreas localizadas de necrosis tisular, que aparecen cuando los tejidos blandos quedan comprimidos entre una prominencia ósea, si esa presión no se alivia, puede producir una lesión tisular irreversible en un tiempo de 90 minutos.

Las zonas más frecuentes donde se producen úlceras de presión son: sacro, talones, codos, maléolos laterales, trocánteres mayores y tuberosidades isquiáticas, también se producen úlceras en donde no se encuentra presión ósea como aletas nasales, las cuales se pueden formar por la fijación de la sonda nasogástrica, o las cánulas de oxígeno en los oídos, y en los genitales por la presión que ejerce una sonda Foley, cualquier fuerza de cizallamiento, la fuerza que mantiene la piel en tensión al girarse o moverse de la cama ya que esto reduce más el flujo sanguíneo.

Se tiene que determinar la necesidad de proporcionar un tratamiento preventivo, ya que las personas tienen un elevado riesgo de sufrir úlceras por presión, como las personas con una enfermedad neurológica, personas con una enfermedad crónica y por supuesto personas con problemas ortopédicos.

En ocasiones la persona es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, porque se encuentra bajo sedación, con aparatos de yeso, tracciones, con pérdida de la sensibilidad y fuerza o no experimenta incomodidad por la presión, las alteraciones circulatorias reducen la perfusión a las capas de la piel, la diaforesis deja la piel húmeda, también la nutrición inadecuada puede provocar pérdida de peso, atrofia muscular y reducción de la masa tisular, el descenso de la

²⁵ Griffin Perry Anne. Enfermería Clínica Técnicas Procedimientos. Editorial Harcourt Brace. 4ta Edición. España, pág. 195.

hemoglobina reduce la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre y la cantidad de oxígeno liberable a los tejidos.

Una ingesta pobre en vitaminas, proteínas, minerales y calorías limita la capacidad de curación de las heridas, si la piel queda expuesta se enfrenta a un ambiente húmedo que contiene bacterias y la humedad produce maceración de la piel.

Tecnología de enfermería para prevenir úlceras por presión.

Es muy importante la función del personal de enfermería ya que ella es la que permanece la mayor parte del tiempo con la persona, y realiza actividades para prevenir o curar las úlceras por presión, dentro de las acciones es identificar a los individuos utilizando la escala de Braden al ingreso hospitalario, valorar las posibles causas que precipitan la aparición de estas y se debe intentar minimizar los efectos de estas variables, implementando medidas para cada caso como, así

Verificar que la nutrición sea adecuada, la (AHCPR, 1994) refieren que una dieta rica en proteínas con suficientes calorías, vitaminas y minerales puede mantener el estado normal de los tejidos y favorecer la curación.

** Según sus posibilidades realizar ejercicios isométricos.

**Exhortar a la persona para que utilice el cómodo y evitar la humedad, o el cambio de pañal cada que lo requiera el adulto mayor

**Explicarle el uso del marco ortopédico el cual permite a la persona disminuir la presión realizando elevaciones constantes.

** Colocar algunos apósitos hidro coloides, o protectores para talones o codos como el alevín,

** Colocación de almohadillas rellenas de alguna semilla pequeña (semillas de mijo, lenteja, alpiste), donde haya salientes óseas

**Enseñar a su exploración de la piel (con la ayuda de un espejo)

**El cambio de posición cada dos horas, ayuda a aliviar la presión sobre los capilares superficiales y permitir que los tejidos compensen la isquemia temporal.

**Los colchones de presión alterna, distribuyen la presión sobre las partes del cuerpo en decúbito de manera más uniforme.

**Utilizar almohadas para la silla, ya que tiene que realizar cambios posturales cada 15-30 minutos, para minimizar la presión.

**No exponer la piel de la persona a la humedad o a una temperatura elevada, la incontinencia, la diaforesis y el drenaje de las heridas son factores que favorecen la maceración de las capas superficiales de la piel.

**La ropa de cama que forma arrugas puede crear una presión contra las capas de la piel, por lo cual debe estar limpia, seca, y sin arrugas

9. El plan de cuidados encaminados a evitar complicaciones de la inmovilización, e importancia del auto cuidado en el tratamiento de rehabilitación del adulto mayor con fractura

Ejercicios de miembros inferiores como superiores.

**Es importante exhortar a la persona que realice movilizaciones activas asistidas o pasivas, en todas las articulaciones que se pueden movilizar sin ningún peligro. Para evitar atrofia por desuso y lograr fortalecimiento muscular de los miembros superiores y del miembro inferior sano.

**Contracciones musculares isométricas: estas contracciones isométricas incrementa la tensión muscular sin cambiar de longitud del musculo que mueve la articulación, estas contracciones se utiliza para mantener la fuerza de los músculos de movilidad vertical, las contracciones tensan y relaja de forma alterna a un grupo muscular, logran que haya más fuerza, eficiencia,

se pueden realizar en cualquier sitio, todas las personas pueden realizar este ejercicio, y son saludables. |

Programa establecido de movilización.

Adecuado aporte hidroelectrolítico y calórico.

Profilaxis de enfermedad trombo embolica.

La posición horizontal lentifica la corriente circulatoria venosa, predisponiendo a la formación de trombos que al desprenderse, viajan por el sistema circulatorio (émbolos) impactándose en el pulmón. Los sitios de origen de los trombos suelen ser los miembros inferiores o la región pelviana.

La falta de movimiento puede hacer que la circulación se vuelva lenta. Esta situación puede presentarse después de una cirugía, cuando una persona está enferma y en cama por mucho tiempo, o durante un viaje prolongado.

Por lo cual es importante el uso de las medias ya que disminuyen la posibilidad de tromboembolia. Las medias anti embolicas son recomendadas para uso pre y post-operatorio están clínicamente diseñadas para mejorar el retorno sanguíneo reduciendo la posibilidad de trombosis y embolismo.

***La mecánica corporal ayuda al funcionamiento correcto del cuerpo humano.**

Una de las actividades importantes que tiene la enfermera es la enseñanza a las personas, y familiares, explicándoles la forma correcta en la cual puede movilizar y moverse con el objetivo de no lastimarse, ayudando a prevenir lesiones musculoesqueléticas, y fatiga.

El flexionar la cadera y rodillas hace que se distribuya uniformemente el peso entre la mitad superior e inferior del cuerpo y ayuda a mantener el equilibrio. (En lugar de doblarse por la cintura).

El apoyarse sobre una amplia base de sustentación, proporciona estabilidad lateral y hace descender el centro de gravedad.

El mantener el alineamiento correcto de las diferentes partes del cuerpo entre sí, moviendo los pies para evitar torcer y doblar la cintura, mantiene por encima de la base de sustentación.

Es importante reconocer las limitaciones físicas y solicitar ayuda siempre que la necesite, a fin de evitar lesiones musculoesqueléticas y fatiga.

Para sentarse correctamente: coloque los glúteos de modo que se apoyen contra el respaldo de la silla.

Para empujar o tirar correctamente:

Parece cerca del objeto colocando un pie ligeramente adelantado, apriete los músculos del miembro inferior y fije la pelvis contrayendo en forma simultánea los abdominales y glúteos.

*Para tirar, agárrese al objeto y flexione los codos, inclínese en dirección contraria a aquel desplazado el peso de la pierna del frente a la de atrás. Tire suavemente, sin movimientos bruscos ni sacudidas. Una vez que empiece a mover el objeto, manténgalo en movimiento ya que gastara más energía si se detiene y vuelve a empezar.

*Para empujar, apoye las manos sobre el objeto y flexione los codos. Inclínese sobre el trasladando el peso del miembro inferior colocando atrás al que esta adelante y aplique presión continua y suave.

Para agacharse correctamente:

*Parece separando los pies más o menos 25 a 30cm y adelantando un poco uno de ellos para ensanchar la base de sostén.

*Baje el cuerpo flexionando las rodillas, y apoye más peso sobre el pie de enfrente que sobre el de atrás. Mantenga recta la mitad superior del cuerpo sin doblarse por la cintura.

*Para enderezarse, extienda las rodillas y conserve derecha la espalda.

Para alzar o cargar correctamente:

*Adopte la posición encorvada en forma directa frente al objeto (a fin de reducir al mínimo la flexión dorsal y evitar que la columna vertebral gire al alzarlo).

*Agarre el objeto y contraiga los músculos abdominales.

*Enderécese extendiendo las rodillas, con ayuda de los músculos de pierna y cadera. Siempre mantenga derecha la espalda para conservar un centro de gravedad fijo.

*Cargue el objeto acercándolo a la altura de la cintura, cerca del centro de gravedad, para evitar distender excesivamente los músculos de la espalda, cargue con las piernas, no con la cintura.

Deambulación.

Se tendrán que realizar **adaptaciones** en el hogar, y el baño es una de las partes de la casa donde se tendrán que realizar varios cambios para evitar posibles desequilibrios, como la colocación de un pasamano, elevar el asiento del baño, barras como sistema de apoyo, asientos de bañera para realizar la higiene,

*No cruzar las piernas mientras se camina, especialmente evitar giros: Ya que puede provocar luxación, esta complicación es grave que retrasa la recuperación y exige volver al quirófano



para colocar de nuevo la prótesis.

*Evitar doblarse más de 80° (al tocarse los pies, ponerse las medias, coger algo del suelo, subirse la manta mientras se esté en la cama, etc.)



*Evitar que los hombros superen la posición de las caderas cuando este sentado o vaya a ponerse de pie.

*Evitar que las rodillas estén más altas que las caderas cuando se esté sentado, por lo tanto no sentarse en sillas bajas, y especialmente sobre sillas o sofás blandos.



*Evitar cruzar las piernas o juntarlas de pie, sentado o acostado.



*Cuando se sienta ha de hacerlo con las piernas confortablemente separados, acostado utilizar una almohada entre las piernas.

*No se acueste por el lado afectado por la fractura hasta que sea permitido por el traumatólogo.

¿Cómo se debe bajar de la cama?*Acérquese al borde de la cama sin cruzar las piernas, apoye el codo que tiene más cerca del borde e incorpore el cuerpo. Mantenga la pierna operada estirada y flexione ligeramente la sana. Gire el cuerpo apoyando las manos en el colchón. Levántese igual que de una silla.



***¿Cómo debo levantarme de la silla o WC?**

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



*¿Cómo debo sentarme en una silla o wc?

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

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

Incline el cuerpo hacia delante y baje hasta sentarse

¿Cuándo puedo volver a caminar?

El medico le indicara el momento en que puede volver a caminar, en caso que lo permita caminar desde el principio debera hacerlo con bastones o andador.



*Adelante el andador y colóquelo a una distancia corta de más o menos un paso, lleve hacia adelante la pierna operada, adelante la pierna sana, apoyándose en el andador y procurando

no echar mucho peso sobre la pierna operada.

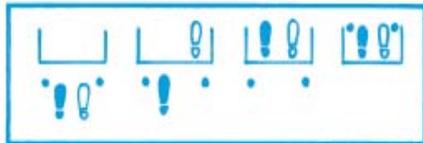


. ¿Cómo bajar y subir escaleras?

Para bajar: primero baje los bastones, luego la pierna operada y después la sana.



Para subir: primero apoye en el escalón la pierna sana, luego la operada y por último los bastones.



***Para entrar en el coche:** coloque un cojín en el asiento (para estar más alto). Póngase de espaldas al asiento, estire la pierna operada y baje lentamente hasta sentarse. Luego gire el cuerpo y póngase de frente.

ES IMPORTANTE SEGUIR ESTAS RECOMENDACIONES: Precaución en la ingesta de algunos fármacos susceptibles de provocar aturdimiento, somnolencia (hipnóticos, tranquilizantes, todos los fármacos psicotrópicos) o hipotensión ortostática.

Es importante detectar y tratar las patologías asociadas que favorezcan indirectamente las caídas: corrección de las alteraciones de la agudeza visual mediante un control oftalmológico regular, corrección de los trastornos urinarios, que llevan al paciente a levantarse por la noche (hay que desaconsejar beber por la noche, para reducir las micciones nocturnas)

Medidas ergoterapéuticas. El paciente tendrá que adaptar su entorno y sus hábitos personales a sus necesidades, para reducir así el riesgo de caídas:

a) Buena iluminación del domicilio. Es aconsejable la instalación de luces nocturnas en su dormitorio y cuarto de baño.

b) Los suelos no deben ser irregulares ni deslizantes, sí con contraste de colores y sin desniveles. Se evitarán los hilos eléctricos que discurren sobre el suelo en las zonas de paso;

las alfombras deben estar firmemente sujetas al suelo, y no arrugadas.

c) Los objetos deben estar al alcance del paciente. No se recomienda los interruptores de acceso difícil.

d) En el baño, se deberán colocar asideros para utilizar la bañera, la ducha o el inodoro. La bañera deberá estar provista de alfombra antideslizante.

e) Deberán utilizarse camas bajas y anchas. No se deben dejar abiertas las puertas de los armarios. Las mesillas de noche deben estar bien ancladas al suelo. Retirar los objetos del suelo para evitar tropiezos.

f) Los consejos sobre el vestir son igualmente necesarios: Evitar los pantalones del pijama demasiado largos, los zapatos han de ser con suela antideslizante y de tacón bajo.

g) No se deben bajar ni subir escaleras de edificios que no tengan pasamanos a ambos lados para apoyarse, ni con peldaños altos. Tampoco utilizar escaleras sin descanso.

h) Al levantarse de la cama, la persona debe permanecer unos minutos sentado en el borde antes de ponerse de pie.

i) El buen cuidado de los pies es importante. Se aconseja el uso de bastón o un andador para ayudarse a caminar. Evitar salir cuando el suelo esté helado; evitar las aglomeraciones.

j) Es muy recomendable el ejercicio físico adaptado a las posibilidades de la persona, para fortalecer su musculatura.

k) CONTROLAR SU PESO: la obesidad influye negativamente sobre su rehabilitación y sobre su prótesis.²⁶

²⁶ La suma de todos. En línea. Comunidad de Madrid. Edita y Coordina: Dirección General de Calidad, Acreditación e Inspección. P. 2-11. Fecha de acceso 10 de junio del 2013. Disponible en:

www.madrid.org/cs/Satellite?...CADERA...idwww.madrid.org/cs/Satellite?...CADERA...id

9.1 CUIDADOS PSICOLÓGICOS.

El adulto mayor suele tener cambios en su estado de ánimo, durante el periodo de hospitalización o en sucesos estresantes de la vida, percatándonos que se vuelven más callados, reservados, en ocasiones hasta dejan de comer, contestan en forma grosera o prefieren dormir la mayor parte del día.

La familia, los amigos, y el personal de enfermería tienen un papel muy importante a través de la presencia física.

Por el hecho de sentirse rodeados de personas que lo comprenden y que los aceptan los adultos mayores, les pueden contar sus problemas, esto contribuyendo a superar las adversidades, y van a hacer que el adulto mayor se sienta querido, valorado, respetado, que sientan que se preocupan por ellos, que les quieran, que son estimados, creando un efecto positivo, logrando con esto aliviar la incertidumbre, la ansiedad, el aislamiento, y depresión.

La enfermera tiene la importante tarea de apoyar a los adultos mayores para que desarrollen su capacidad de ser independientes, es quien llega a conocer al adulto mayor, sobre una relación diaria, por lo cual deben asegurarse que los adultos mayores reciban la mejor atención. La enfermera realiza la interacción directa con la familia, ayudando a involucrar esfuerzos e iniciativas para generar cambios de conducta, creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor beneficios, en la satisfacción de las necesidades y lograr una mayor calidad de vida.

Las actividades de enfermería son indirectas e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor, uno o más miembros de su red social informal.

Las actividades de enfermería que puede sugerir a la familia o a la red social.

*Demostrar que alguien está disponible, a través de la presencia física.

*Demostrar que todavía se les toma en cuenta en las decisiones de la familia.

* Dar muestras de afecto, de cariño, de pertenencia, mediante los abrazos, envío de tarjetas, de flores, llamadas telefónicas.

* El escuchar atentamente, la compañía en las oraciones.

* Informarle que se hacen cambios de infraestructura en casa, para el bienestar de él.

*compensar las incapacidades para el autocuidado.

*Cultivar las capacidades existentes.

*Platicar con ellos, de sus experiencias.

* El adulto mayor tiene que tener satisfacción de sus necesidades: casa, protección a su salud física, compañía, atención respeto, tener una ocupación, responsabilidades, sentirse útil.

9.2. IMPORTANCIA DEL CUIDADOR PRIMARIO, E INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADO

El cuidador primario es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo

normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales, además acompaña la mayor parte del tiempo a la persona enferma.

Las repercusiones de la enfermedad de un familiar anciano sobre un cuidador principal pueden afectar tanto a sus aspectos personales, trabajo, relaciones sociales, tiempo libre, como alteraciones en la salud tanto física como psíquica, produciendo estrés, nerviosismo, depresiones, insomnio, cansancio, irritación, etc.

Mills et al.; 1997²⁷ afirma que el estrés puede estar asociado con cambios en la fisiología adrenérgica y que esto puede ser un mecanismo a través del cual se altere la inmunidad celular, también los trabajos experimentales señalaron que el estrés incrementa la morbimortalidad de distintos tumores e infecciones virales, parasitarias y existe una relación entre la depresión.

En un estudio realizado en 1994(Schulz y Williamson)²⁸, ellos encontraron que los cuidadores de enfermos con ligera incapacidad presentan una menor sintomatología depresiva que los cuidadores de enfermos con media o severa incapacidad, también las mujeres como las hijas de los pacientes presentan mayores niveles depresivos que los hijos o maridos.

Observándose actualmente que sigue habiendo un claro predominio femenino en la atención a los mayores, esto ocasionando conflictos entre las obligaciones del cuidado y las otras obligaciones familiares, la mujer sufre stress, ya que tiene que gastar tiempo y recursos en el anciano a cambio de privaciones para el cónyuge o los hijos, siendo esto desacuerdo entre los miembros de la familia en relación con la contribución de cada uno en el cuidado familiar

Existen alteraciones estructurales en la familia cuando parece un enfermo, ya que van a existir cambios en los roles y funciones familiares. Ya que en ocasiones el resto de la familia tiene que trabajar para poder cubrir los gastos de la persona enferma, recayendo el exceso de responsabilidad en una sola persona.

²⁷ Mayan J. La Enfermería en el contexto socio sanitario. Editorial difusión avances de Enfermería. Primera edición 2005 Madrid. Numero de pág. 329

²⁸ Mayan J. Óp. Cit. p.330

Puede existir un aumento de la carga de trabajo en la casa, o preocupaciones económicas si el sostén de la familia es el que se encuentra enfermo, si no se tiene con quien dejar a los hijos, etc.

Cuando la familia vive un momento de crisis la red social se vuelca en el enfermo y en la familia, con ofrecimientos, de acompañamiento, visitas, llamadas telefónicas para interesarse de la operación quirúrgica, del tratamiento. Si la situación se prolonga en tiempo, las visitas se comienzan a disminuir, también los momentos de acompañamiento y los ofrecimientos de ayuda son cada vez menos espontáneos.

El cansancio acumulado y el estado emocional de la familia se vuelven poco interesada en los demás, hace que se lleven menos salidas y que se disfrute menos de la compañía de otros, siendo excluida del trato social.

El exceso de responsabilidad que sufre el cuidador primario le hace pensar que su salud va en detrimento, esto influye la incapacidad del paciente y la cantidad de tiempo de cuidado, ya que habitualmente las familias y la sociedad dejan solos a los cuidadores.

Por eso es importante seguir estas recomendaciones

Es importante **reforzar los lazos familiares, (redes de apoyo).**

TENER HÁBITOS SALUDABLES

MOMENTOS DE RESPIRO: Tiempo libre, ocio, cuidado de uno mismo, procurar tener un tiempo reservado para su higiene mental.

EVITE AISLAMIENTO SOCIAL: Salga de casa y póngase en contacto con amigos.

INTENTE FACILITAR LA AUTONOMÍA DEL ADULTO MAYOR AL MÁXIMO. Dejar que haga lo que puede hacer, aunque tarde más tiempo. Si no, estaremos favoreciendo su dependencia y aumentando nuestras labores.

FAVORESCA LA ADAPTACIÓN DEL ENTORNO, procurando que este sea estable y seguro. Nos ayudará a evitar accidentes innecesarios.

EVITE EL ESTRÉS en la medida de lo posible, planificando de antemano las situaciones conflictivas

MANTENGA UNA ACTITUD POSITIVA: juega en nuestro favor; es fundamental mantenerla en lo posible.

LOS SENTIMIENTOS NEGATIVOS: que aparecen en algunos momentos son humanos, lo importante es saber reconocerlos, no tener miedo e intentar superarlos, o, al menos, equilibrarlo.

Por lo cual no se debe esperar que la cuidadora esté agotada para pedir ayuda, sino que deben hacerse reuniones de familia para plantear la necesidad de colaborar apenas se produzca la postración o apenas llegue el enfermo desde el hospital a la casa.

CONCLUSION.

Es muy importante enfatizar que cada día las enfermeras profesionales deben retroalimentar y fundamentar su práctica profesional con conocimiento basado en teorías e investigaciones que logren impactar en una mejor calidad de cuidado a la persona y familia.

El adulto mayor hoy en día constituye un grupo etario vulnerable a padecer enfermedades crónico degenerativas , así como accidentes que provocan una aparente dependencia de cuidado ya sea por parte de la familia o del personal de enfermería cuando requiere ser hospitalizado; sin embargo se debe considerar que los adultos mayores pese a sus condiciones de salud sigue siendo un persona con potencialidad incluso de realizar prácticas de autocuidado que ayuden a una recuperación más rápida en caso de padecer alguna patología o bien prevenirla.

El personal de Enfermería debe asumir su rol de educador con responsabilidad y seriedad, ya que en autocuidado en muchos de los casos requiere ser enseñado o retroalimentado por la enfermera profesional como parte de su deber y hacer profesional, sobre todo en los adultos mayores con problemas ortopédicos, como es el caso de aquellos que padecen fractura de cadera , tal afectación es mucho más frecuente en ellos de lo que se puede saber, pues hoy en día un número muy importante la padecen y provoca procesos de dependencia , que traen como consecuencia alteraciones al adulto mayor no solo en lo biológico; sino también en lo social y emocional.

Lo anterior es importante tomarlo en cuenta ya que esta dependencia, puede ser omitida o bien disminuida si la enfermera enseña y promueve prácticas de autocuidado en el adulto mayor con fractura de cadera; las cuales no solo van direccionadas a evitar dicha dependencia y sus complicaciones; también contribuirán de manera importante a prevenir riesgos de reincidencias, infecciones o mayor daño del que padece el adulto mayor con fractura de cadera.

El enseñar prácticas de autocuidado , demanda de la enfermera profesional, conocimiento, actitud y compromiso de actualización y búsqueda constante de conocimientos que contribuyan a perfeccionar y adecuar cada día su práctica profesional, por lo que la presente tesina pretende contribuir con su consulta a aportar dicho conocimiento.

Sin embargo este trabajo espera ser un pretexto o motivación para que se realicen estudios más profundizados o bien realizar investigaciones que refuercen el tema, y con ello se cuente cada vez más con conocimientos teóricos que apoyen una práctica de enfermería que de respuesta a la demanda de necesidades y de salud de los adultos mayores con este tipo de alteraciones ortopédicas.

BILIOGRAFIA.

Colliere. M. Promover la Vida. Editorial Mc.GRAW-HILL Interamericana. España. 1993. No. Total de Pág. 395.

Cavanagh. Stephen. Modelo de Orem. Editorial Masson-Salvat. Enfermería. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. España, No. pág. 250

Delgado. Ojeda. Rehabilitación y Fisioterapia en Geriátría, segunda edición, abril 2004, Editorial formación Alcalá, Total de pág. 439

García Martín Caro Catalina. Martínez Martín María Luisa. Historia de la Enfermería. Editorial ELSEVIER. España. 2007. No. Total de pág. 214.

García, M, Torres, M, Ballesteros, Esperanza. Enfermería geriátrica. Editorial. Masson. España. Segunda Edición 2000. No de paginas 196.

Guillen F. Pérez del Molino J. Petidier R. Síndromes y Cuidados en el paciente geriátrico. Editorial Elsevier Masson. 2da Edición. 2008 No. De paginas 854.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) www.inegi.org.mx

Suma de todos. En línea. Comunidad de Madrid. Edita y Coordina: Dirección General de Calidad, Acreditación La e inspección. P.2-11 Fecha de acceso 10 de junio del 2013 Disponible en www.madrid.org/cs/Satellite?...CADERA...id

Mayan J. La Enfermería en el contexto socio sanitario. Editorial difusión avances de Enfermería. Primera edición 2005 Madrid. Numero de pág. 314.

Marriner. Ann. Modelos y Teorías de enfermería. Primera edición 1989. Editorial Morby Compañía Lovis Missouri. España. Paginas. 332.

Potter A. Fundamentos de Enfermería V-1. 5ª edición. Editorial. HARCOURT. España. 2002. No. Total de Pág. 1007.

Programa “educación para la Salud ABC” Institución de Asistencia privada. Internacional Hospital Network. Houston, TX USA. Fecha de acceso mayo 2013 Disponible en www.abchospital.com/cae/centro-de...y.../Fractura_de_Cadera.pdf

Salgado Alba, González, Alarcón, Fundamentos prácticos de la Asistencia al Anciano, Editorial Masson, España 1996 No de paginas 364.

Serradell S. Reduca (Enfermería, fisioterapia y podología) revista educa. Fecha de acceso mayo 2013 disponible en es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1011/1023. P.604

http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf

[DOC]

SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO – La enfermeria.es. Fecha de acceso junio 2013. Disponible en: www.laenfermeria.es/apuntes/otros/.../musculo_esqueletico.doc

Fernández. Alba, R. Manrique-Abril.F.G Enfermería Global Versión On-Line ISSN 1695-6141Enferm.glob.n.19 Murcia Jun.2010 (en línea). Acceso 10 de julio2012 Rol de la Enfermería en el apoyo Social del Adulto Mayor.