



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACION SAN LUIS POTOSI

CLAVE 8715/12

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR CON
FRACTURA DE CADERA**

**QUIEN PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA,**

PRESENTA:

CESAR MIGUEL GARCÍA RODRIGUEZ.

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. DICIEMBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACION SAN LUIS POTOSI

CLAVE 8715/12



**PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR CON
FRACTURA DE CADERA**

**QUIEN PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA,**

PRESENTA:

CESAR MIGUEL GARCÍA RODRIGUEZ.

TUTORA: MEYAS RITA DE GUADALUPE MARTINEZ ROCHA

SAN LUIS POTOSI, S.L.P. DICIEMBRE 2021.

INDICE

I. INTRODUCCION	3
II. JUSTIFICACION	6
III. OBJETIVOS	7
3.1. Objetivo General	7
3.2. Objetivos Específicos	7
IV. MARCO TEORICO	10
4.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA	10
4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	12
4.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	14
4.4 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	16
4.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO	18
4.5.1 VALORACIÓN	18
4.5.2 DIAGNOSTICO	20
4.5.3 PLANEACIÓN	22
4.5.4 EJECUCIÓN	24
4.5.5 EVALUACIÓN	26
4.5.6 PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA	27
V. RESUMEN DEL CASO CLINICO	36
5.1 VALORACIÓN VIRGINIA HENDERSON.....	36
5.2 PLAN DE CUIDADOS	40
VI PLAN DE ALTA	45
VII. CONCLUSIÓN.	48
REFERENCIAS	49
GLOSARIO	52
ANEXOS	



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



CLAVE 8715/12

**CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO
ENFERMERO PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN
ENFERMERIA.**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de:

CESAR MIGUEL GARCIA RODRIGUEZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR CON
FRACTURA DE CADERA**

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen grado de licenciatura en Enfermería.

MEyAS Rita De Guadalupe Martínez Rocha
Jacobó TUTORA y VOCAL

E.E.C.A. Laura Jacobo
PRESIDENTA

E.P. Claudia Glafira Martínez Saldaña
SECRETARIA

San Luis Potosí, S.L.P. Diciembre del 2021.

RESUMEN

Introducción: Más de un tercio de los adultos mayores de 65 años se caen al año y aproximadamente 1 de cada 10 caídas resulta en daño serio en los que destaca la fractura de cadera. En México la tasa anual de fractura de cadera fue de 169 por cada 100,000 mujeres en el año 2000. El número total de casos reportados en el 2005 fue de 29,732 en México de las cuales 68% fueron en mujeres, se observó un aumento del 1% anual entre el año 2000 y el 2006. El personal de enfermería juega un papel importante con el paciente con fractura de cadera; conjeturan el nivel más completo de estructuración de cuidados, logrando identificar y dar solución al problema de salud, dirigido a cubrir necesidades del paciente, sistema familiar o comunidad **Objetivo:** Aplicar el proceso cuidado enfermero utilizando la taxonomía NANDA-NIC- NOC en el adulto mayor con diagnóstico de fractura de cadera para contribuir a la recuperación del paciente. **Metodología:** Se presenta el caso clínico de un paciente adulto mayor con fractura de cadera a quien se le aplica el proceso cuidado enfermero con el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC y la integración del modelo de Virginia Henderson. **Resultados:** A través de la integración del modelo de Henderson al cuidado de enfermería fue posible mejorar el estado del paciente en lo que se refiere movilidad y manejo del dolor. **Conclusión:** El proceso cuidado enfermero permite brindar cuidados individualizados y de calidad al paciente de una forma racional, lógica y sistemática.

Palabras clave: Enfermería, cuidados, proceso cuidado enfermero, fractura de cadera, adulto mayor.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres los cuales me han impulsado en mi meta; al Centro Universitario de Cruz Roja Mexicana y a las instituciones de salud por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional. A mi tutora de tesis por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia y motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi Licenciatura en Enfermería con éxito. También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi formación y por último a mis compañeros y mi pareja que fueron el motor para alcanzar mi objetivo.

I. INTRODUCCION

Actualmente la fractura de cadera, también conocida como fractura de fémur afecta principalmente a población de edad avanzada, las causas más frecuentes son caídas y la osteoporosis. La población está sufriendo un envejecimiento progresivo, por lo que cada vez son más frecuentes en la población sobre todo en mayor de 65 años. En los últimos años, la prevalencia ha aumentado, pero las previsiones apuntan que en las próximas décadas sigan incrementando (Pérez L, Uría A; 2014).

Cabe señalar que más de un tercio de los adultos mayores de 65 años se caen al año y aproximadamente 1 de cada 10 caídas resulta en daño serio en los que destaca la fractura de cadera.

En 1990 hubo 1.66 millones de casos con fractura de cadera en el mundo, de las cuales 1.19 millones fueron en mujeres, lo que se atribuyó a la mayor prevalencia de osteoporosis secundaria a cambios posteriores a la menopausia.

En México la tasa anual de fractura de cadera fue de 169 por cada 100,000 mujeres en el año 2000. El número total de casos reportados en el 2005 fue de 29,732 en México de las cuales 68% fueron en mujeres, se observó un aumento del 1% anual entre el año 2000 y el 2006. De este modo, la probabilidad de tener una fractura de cadera a partir de los 50 años es de 8.5% en las mujeres y de 3.8% en los hombres mexicanos. En la actualidad es un problema de salud pública de considerable importancia debido a su frecuencia, riesgo y coste económico (Negrete J; 2014).

Suele presentarse junto otras patologías asociadas en muchos casos de la vejez como por ejemplo enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, demencia, enfermedades respiratorias déficit sensoriales, etc. Este tipo de fractura, junto con patologías mencionadas anteriormente, genera un deterioro funcional y una capacidad, tanto para deambular como para realizar las actividades de la vida diaria, desde las básicas hasta instrumentales, que convierten a la persona en parcialmente o incluso totalmente dependiente.

Es considerada como un síndrome geriátrico prototipo por su multifactorialidad, el compromiso de múltiples sistemas, afección de las esferas bio-psico-social, su impacto en la calidad de vida, su potencial discapacitante y la necesidad de ser manejado por un equipo interdisciplinario que trate al paciente de manera íntegra. Además la fractura puede cambiar drásticamente la calidad de vida del anciano, al respecto algunos estudios apuntan a que los individuos con nivel socioeconómico más bajo reciben por lo general menos cuidados relacionados con la rehabilitación.

Tras una fractura de cadera aumenta significativamente el riesgo de discapacidad a mediano y largo plazo, de hecho, cerca del 50% no regresan al nivel de movilidad que tenían previo a fracturarse, 35% no son capaces de moverse de manera independiente y hasta 30% son institucionalizados durante el siguiente año. En México los costos en el manejo de fractura de cadera en el 2006 fueron mayores a 97 millones de dólares.

Las consecuencias implican la presentación de otros síndromes geriátricos como la inmovilidad, úlceras por presión, depresión, polifarmacia, delirium, colapso del cuidador, malnutrición entre otros, que se entremezclan provocando mayor morbilidad en las 3 esferas del ser (Biológica, psicológica y social).

Por todo lo anterior, la fractura de cadera es un síndrome geriátrico de alta frecuencia y gran impacto en la función y calidad de vida del adulto mayor. Así mismo, es un problema de salud que, dado al crecimiento demográfico del grupo de adultos mayores, está en aumento y cuyo tratamiento y rehabilitación, representan altos costos a nivel mundial (IMSS; 2018).

El personal de enfermería juega un papel importante con el paciente con fractura de cadera; conjeturan el nivel más completo de estructuración de cuidados, bajo una metodología científica, logrando identificar y dar solución del problema de salud, dirigido a cubrir necesidades del paciente, sistema familiar o comunidad.

Hoy en día es la herramienta de trabajo, que permite a Enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Por tal motivo es la finalidad de elaborar un proceso de cuidado de enfermero estandarizado para el adulto mayor con fractura de cadera, para la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de

cuidados que presentan estos grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones, proporcionando cuidados oportunos para reducir complicaciones (Hernández L; 2017).

II. JUSTIFICACION

La OMS en 2021 reconoce que las caídas son un problema importante para la salud pública en todo el mundo. Se calcula que anualmente se producen 684 000 caídas mortales, lo que convierte a este problema en la segunda causa mundial de defunción por traumatismos involuntarios, por detrás de las colisiones de tránsito.

Este problema condiciona una elevada morbimortalidad, diversos estudios indican que entre el 12 al 30% de todos los pacientes fallecen en los primeros 6 meses y la mortalidad es un 20% más elevada durante el primer año que en similar población pero sin fractura de cadera.

En 2015 el instituto nacional de geriatría presentó una propuesta de abordaje del riesgo de caídas en adultos mayores basada en evidencia al considerar que las caídas en este grupo de edad representan un problema de salud pública, desatacando que las caídas son eventos adversos potencialmente prevenibles (Palomino L, Ramírez R; 2016).

El presente trabajo se centra en el abordaje integral a un paciente adulto mayor con fractura de cadera integrando a los cuidados el modelo conceptual de las 14 necesidades de Virginia Henderson, este abordaje favorece el cuidado integral a partir del reconocimiento y atención a las necesidades identificadas en el paciente promoviendo en la medida de la posible la independencia en la satisfacción de las necesidades.

Esta propuesta es factible de desarrollarse toda vez que se cuenta con los recursos, el tiempo y los fundamentos teórico prácticos para llevarse a cabo tal como se propone.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Aplicar el proceso cuidado enfermero utilizando la taxonomía NANDA-NIC- NOC en el adulto mayor con diagnóstico de fractura de cadera para contribuir a la recuperación del paciente.

3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Realizar una amplia revisión de la literatura sobre los antecedentes del cuidado en enfermería y el proceso cuidado enfermero como su método de trabajo.
- ✓ Describir la fractura de cadera, desde la etiología, patología, fisiopatología, factores predisponentes y tratamiento que permitan la evolución.
- ✓ Aplicar los elementos principales del Modelo de Virginia Henderson.

IV. MARCO TERORICO

4.1. ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA

La enfermería es una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar, con el fin de precisar las características de la disciplina.

Desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del siglo pasado, varias teorías han reconocido que los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno implícita y explícitamente son los que clasifican y constituyen el núcleo del campo de los cuidados de enfermería. Estos conceptos permiten precisar la importancia de su interrelación, y son las formas de concebir un cuidado que exprese la respuesta a las necesidades convenientes en materia de salud de las personas, familias y comunidades.

Al asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio de un saber y de competencias específicas, desde la formación del recurso humano en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentado en principios universales de los saberes, como son el saber ser, que incluye valores, actitudes, creencias, convicciones; el saber hacer, que está sustentado por habilidades relacionales y técnicas. Estos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.

El campo de la enfermería es el cuidado que permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar. El valor óptimo del cuidado de enfermería se mide por el poder que reciben los estudiantes, a través de una sólida formación con un enfoque crítico, capaz de asumir diversos roles de un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud.

Desde esta óptica, los estudiantes se inician en la importancia primordial de la interdependencia y de la complementariedad de las diferentes profesiones del área de la salud, de las áreas sociales y de las humanísticas que les permiten contar con herramientas para fundamentar su quehacer y anticiparse a los cambios para la toma de decisiones en equipo con un alto sentido de reflexión

Sobre 4 las bases conceptuales que se desea para la práctica disciplinarian en la área asistencial, docente, administrativa y de investigación.

La función asistencial se refiere a la atención humanizada, sistemática y de alta calidad para promover la salud, proteger de enfermedades y participar en la terapéutica requerida a través de la aplicación de modelos teóricos, técnicas y procedimientos generales o específicos de enfermería.

La función docente corresponde a la transmisión del conocimiento en la formación profesional de recursos humanos en enfermería, en la educación para la salud, en la capacitación y en la educación continua, basada en necesidades, factores de riesgo e integración docencia-servicio.

La función administrativa abarca acciones específicas basadas en teorías y metodología de la administración aplicada al servicio de enfermería, para mejorar la atención al individuo, familia y comunidad.

La función de investigación coadyuva a la ampliación del conocimiento mediante la aplicación de teorías y metodologías correspondientes, con base en diagnósticos de diversos aspectos en salud que conlleven a la elaboración de proyectos para mejorar la atención dentro de la enfermería.

Tales cuidados deben ser realizados con responsabilidad profesional, científica, ética y humanística para con las personas, con la práctica, con la profesión y con otros profesionales; con responsabilidad moral basada en la reflexión sobre valores para crear una conciencia ética; con responsabilidad jurídica para determinar algunas acciones que conllevan aspectos legales en la profesión y con responsabilidad civil, dado que como ciudadano tiene derechos y obligaciones. Dicha responsabilidad le permite ubicar al usuario o paciente en un contexto asistencial, técnico, ético, legal y profesional.

Por tanto, el personal de enfermería debe ser preparado en instituciones educativas oficialmente autorizadas para formar profesionales competentes, dotadas de sentido social y conciencia nacional para atender las necesidades y problemas de salud en el país (Rosales S, Reyes E; 2004).

4.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Los cuidados inicialmente se basaron en valores morales y religiosos; ahora conllevan una implicación individual del personal de enfermería en cuanto a autoconocimiento y responsabilidad, y se sustentan en la realidad del paciente, en su forma de vivir con la enfermedad y en la aplicación de ciencias humanas, previa formación profesional, reorganización del trabajo y reajuste de tareas técnicas.

Los objetos de estudio y servicio de la enfermería son el hombre, la vida y la salud humana, razón por la cual debe discernirse sobre los modelos de enfermería existentes y basados en alguno de los modelos que contemplan el comportamiento humano para guiar la aplicación de cuidados con un enfoque holístico, es decir, contemplar a cada ser humano como único, con una perspectiva global que tiene aspectos físicos, psicológicos, todos significativos; analizar el proceso salud-enfermedad inmerso alrededor de su entorno; y proporcionar cuidados desde el punto de vista de la:

Multidimensionalidad:

1) Dimensiones físicas: componentes biológicos con mayor incidencia en la conducta.

2) Dimensión psicológica: emociones, funciones intelectuales (receptoras, memoria y aprendizaje, pensamiento y expresivas), espiritualidad (significado de la vida, trascendencia, significado de divinidad, interrelación personal, autorrealización).

3) Dimensión social: interdependencia y socialización (normatividad social). Autorresponsabilidad que permita decidir su forma de vivir con autoconocimiento. Relación del entorno para satisfacer sus necesidades

El cuidado integral del individuo basado en el modelo holístico requiere: Entender a la persona desde una perspectiva global, es decir biológica, psicológica (emocional, intelectual y espiritual) y social. Centrar los cuidados en forma individualizada y no por tareas o funciones, a través de la comunicación, formación y experiencia profesionales.

El autocuidado es el cuidado voluntario y personal que realiza a diario el paciente para regular su funcionamiento y desarrollo basado en la capacidad que tiene para realizar por sí mismo determinadas acciones. También se refiere a la capacidad que tiene un individuo para realizar actividades necesarias para satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales que le permitan vivir y sobrevivir.

Este cuidado puede ser afectado por la edad, etapa de desarrollo, estado de salud, capacidades, condiciones ambientales, efectos de la atención médica y disponibilidad de recursos. Se basa en que todos los seres humanos tienen igualdad de condiciones en cuanto a sus capacidades, habilidades intelectuales y prácticas, así como motivación para mantener el autocuidado y que las formas para cubrir los requisitos de éste varían conforme a la sociedad en que se vive.

El autocuidado es una conducta aprendida a través de relaciones interpersonales y comunicación que tiene grados de complejidad y efectividad; una visión del ser humano del grado de dominio que tiene de sí mismo; refiere a las acciones intencionadas, dirigidas y compatibles con la vida y la salud; utiliza recursos y condiciones necesarias para el funcionamiento y desarrollo y puede ser comprendido como un sistema.

Como comportamiento, en el autocuidado intervienen múltiples factores que lo benefician o distorsionan en su aplicación; algunos de ellos son el autoconcepto y autoestima, la comprensión del ciclo vital, los aspectos culturales, el concepto sobre promoción y mantenimiento de la salud, las limitaciones o disfunciones físicas, la existencia de recursos específicos de salud, las alternativas terapéuticas, las condiciones familiares o sociales y el conocimiento sobre el entorno ambiental.

Este cuidado debe enfocarse en la satisfacción de necesidades de oxigenación, alimentación, hidratación, eliminación, actividad, reposo e interacción humana; en la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos, el control de riesgos de enfermedad, uso de medidas terapéuticas y atención de efectos de estados patológicos.

Los profesionales de enfermería deben mantener un sistema que asegure la satisfacción de los requerimientos personales para la regulación del

funcionamiento y desarrollo; que proteja la capacidad de acciones y en vías de desarrollo y regule las capacidades de la persona para cuidar de sí mismos o de personas que dependen de ellos, es decir, generar situaciones de ayuda previo establecimiento de objetivos específicos basados en demandas, limitaciones, actitudes y conocimientos para:

- Actuar por sí mismo o por otras personas que requieran de ayuda utilizando sus conocimientos y habilidades para ofrecer una atención eficaz.
- Guiar o dirigir acciones a desarrollar en otras personas previa elección de éstas y seguidas de dirección, control y supervisión.
- Ayudar a otras personas en situaciones de conflicto, dolor o desagrado con soporte psicológico o físico.
- Proporcionar condiciones ambientales con respeto, responsabilidad, credibilidad y confianza que influyan en personas en su formación o cambio de actitudes o valores; en la utilización de recursos y habilidades; en el ajuste del autoconcepto y su desarrollo, considerando su entorno psicosocial y roles.
- Enseñar a las personas continuamente y durante la realización de cada uno de los procedimientos de enfermería para desarrollar habilidades específicas, previo conocimiento de edad, antecedentes, experiencias, estilo de vida, hábitos o sentimientos (Rosales S, Reyes E; 2004).

4.3. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El concepto de proceso de enfermería ha venido evolucionando a través de los años, bien se sabe que en pleno siglo XXI, en algunas instituciones de salud aún el profesional de enfermería centra su actuación con base en las indicaciones médicas enfocadas más a la enfermedad que a la persona, pero paralelo a esto también se conoce que existen organizaciones en las que trabajan para la profesionalización de enfermería en un sentido más independiente, lo cual se refleja a través de la historia donde el gremio ha propuesto avances en el método del cuidado para su comprensión, utilización y sobre todo para el fortalecimiento de la identidad profesional.

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan y es

fundamental que se consideren durante la enseñanza y la aplicación de éste, lo cual le dan un carácter propio a éste método de cuidado:

- **Sistemático:** cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería.
- **Dinámico:** el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, en lo emocional, físico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad.
- **Interactivo:** es fundamental durante la implementación de la metodología del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, la familia y la comunidad, lo cual es esencial para la individualización de los cuidados.
- **Flexible:** los escenarios de práctica del profesional de enfermería en la actualidad se centran en cuatro ámbitos: el asistencial, el educativo, el administrativo y el de investigación, y el proceso de enfermería se puede adaptar a cada uno de ellos, siempre y cuando se den cuidados al individuo, familia y/o comunidad. Asimismo, es fundamental también considerar otro aspecto que le da flexibilidad a la metodología, que sus etapas se pueden dar de manera consecutiva y concurrente, es decir, que puede la enfermera (o) utilizar más de una etapa a la vez.
- **Sustentarse teóricamente:** por las características propias del proceso de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de la enfermería. Con base en lo anterior y coincidiendo con Potter y Perry, también engloba tres características fundamentales el proceso y las centran en el propósito, organización y creatividad. El propósito es la finalidad se centra en diagnosticar y tratar las respuestas humanas antes la salud y la enfermedad (Rosales S, Reyes E; 2004).

4.4.EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera/o consiste en ayudar al individuo sano o enfermo, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de la independencia lo más rápidamente posible.

Para Henderson su definición de Enfermería no era un concepto definitivo, consideraba que Enfermería cambiaria según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud. Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de Enfermería, en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de Enfermería y, a la vez, su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

En el siguiente trabajo, se realiza una breve reseña de sus inmensos aportes a la Enfermería, la cual se basa en los catorce componentes de Enfermería, es decir, en las catorce necesidades básicas del ser humano.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera/o como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte de la persona.

Para Henderson se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

Enfermera/o como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Enfermera/o como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera/o ayuda al paciente para que recupere su independencia.

Enfermera/o como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado. Con respecto a la relación Enfermera/o-Médico-Equipo de Salud (Marriner A, Raile M;1997).

4.2.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO

Los elementos más importantes que encontramos en la teoría de Virginia Henderson son:

Los 4 conceptos básicos del Metaparadigma

Enfermería Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente) Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.

5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fe.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles (Marriner A, Raile M; 1997).

4.5. ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO

Las etapas son la propuesta del método de cuidado, ya que se requiere de medios y procedimientos para actuar; es decir, mientras el método sería el elemento conceptual utilizable para la coordinación de las operaciones, las etapas serían los elementos concretos para operativizar el proceso.

4.5.1. VALORACIÓN

La valoración, primera etapa del proceso, debe ser organizada y sistematizada para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes. Se considera un paso muy importante porque todas las decisiones e intervenciones enfermeras se basa en la información obtenida de esta etapa.

Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades. Permite a la enfermera conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuales es su situación actual.

La etapa para su interpretación e implementación requiere de fases las cuales son: Es importante considerar, que al igual que las etapas, las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos y medios para su aplicación, pero en

la práctica se dan de manera simultánea. El dato es información que la persona, familia y /o comunidad vierte sobre su estado de salud.

Recolección de datos.

Es la primera fase de la valoración, esencial porque se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es un proceso dinámico y continuo. Es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad.

Debe reunir las siguientes características: ser completa, sistemática y ordenada, para ello debe seguir el modelo teórico (necesidades, patrones funcionales, requerimientos universales que plantea Orem, etc., por mencionar algunos) bajo el cual se sustenta el proceso de enfermería, porque con base en él permitirá tener una secuencia para la obtención de datos, el análisis de los datos y facilitando con ello la implementación de las demás fases.

Se clasifica en inicial y focalizada.

La inicial se da en la primera entrevista con la persona y constituye el punto de partida para determinar el problema o necesidad prioritario del individuo, sus hábitos y comportamiento, tratando siempre de ver al ser humano de una manera holística.

La focalizada consiste en identificar concretamente el problema; es decir, es la búsqueda de la información en una dirección determinada, a través de ella se confirma o descarta un problema sobre un punto específico de la persona (cabeza, abdomen, hábitos, sueño, etc.).

Validación de datos

Es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también, en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias. Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, y/o llegar a conclusiones precipitadas.

Organización de los datos.

Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales. Es

importante considerar también el marco teórico que está sustentado el proceso de enfermería; por ejemplo, si es el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, dicha agrupación será por necesidades, si es por la teoría de Dorotea Orem se realizará la organización de los datos por medio de los requerimientos universales.

Registro de los datos.

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física. Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centran en: “Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería” (Rosales S, Reyes E; 2004).

4.5.2. DIAGNOSTICO

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez las necesidades del paciente son identificadas se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde Jonson, Abdellah y otros autores escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente.

En 1960 hay debates sobre el uso del término diagnóstico de enfermería. Paralelamente se desarrollaron trabajos de investigación multidisciplinarios, lo que representó un aumento del conocimiento con respecto al tema que fundamentaron e impulsaron la expansión de los diagnósticos de enfermería.

En el decenio 1970-79 la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA, por sus siglas en inglés), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluye en los “Estándares de la Práctica de Enfermería”. En 1973 Kistine Gebbie y Mary Ann Lavin, convocan a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, a partir de esta conferencia surge el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.

En 1982 se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los

diagnósticos de enfermería. Convoca cada dos años al gremio a través de una Conferencia Internacional para la revisión de la clasificación de los diagnósticos de enfermería.

ANÁLISIS DE DATOS

Tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información más manejables. También estimula la discriminación entre datos, lo cual ayuda al profesional de enfermería a centrarse en los datos que están relacionados con las necesidades concretas de la persona.

La clasificación consiste en dividir la información en clases concretas y la interpretación. En la identificación de datos es importante determinar los indicios y deducciones que se desarrollan a partir de la base de conocimientos científicos de enfermería, ayudan al profesional de enfermería a interpretar los datos. Un indicio es una información sobre una determinada persona, familia o comunidad obtenida durante el proceso de valoración.

Un indicio es un fragmento de datos. Es la percepción del profesional de enfermería de lo que existe, basándose en datos subjetivos y objetivos obtenidos de la persona y de otras fuentes secundarias. Los indicios pueden ser signos, que son datos objetivos y síntomas que son datos subjetivos.

La formulación de diagnóstico de enfermería va depender del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado. La NANDA-I 2007-2008, plantea cuatro formas distintas:

Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de las personas, familia de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción a la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar. Esta disposición se apoya en características definitorias. Las intervenciones se seleccionan conjuntamente con la persona, familia o comunidad para asegurar al máximo la habilidad para alcanzar los resultados esperados.

Diagnóstico de enfermería de riesgo

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de vulnerabilidad.

Diagnóstico de enfermería real

Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves e inferencias relacionadas.

Diagnóstico de síndrome

Describe situaciones concretas y complejas. Estos diagnósticos están compuestos por un grupo de varios diagnósticos tanto reales como potenciales y tienen la característica de que se dan siempre juntos. Aunque un diagnóstico de Síndrome lleva incluido diagnósticos potenciales y reales esto no excluye que nuestro paciente presente otros diagnósticos más (Rosales S, Reyes E; 2004).

4.5.3. PLANEACIÓN

La elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.

Establecer prioridades

Es importante que la enfermera utilice el juicio clínico y el razonamiento para asignar prioridades a los diagnósticos de enfermería, debe considerar la necesidad del paciente, los recursos del sistema de salud y las limitaciones de tiempo, aunado a lo anterior, y siempre que sea posible, implique a la persona para que tome decisiones en el establecimiento de prioridades.

Elaborar objetivos

El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y en formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones. Cada formulación de objetivos y resultados esperados debe tener un tiempo para la

evaluación. El elemento tiempo depende de la naturaleza del problema, la etiología, el estado general de la persona y el establecimiento del tratamiento.

Determinar los cuidados de enfermería

Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados. Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados.

Documentar el plan de cuidados

Posterior a la identificación de las intervenciones se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería

Por último, la documentación también es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. Y de acuerdo a su registro los planes de cuidados pueden ser individualizados. El formato del plan de cuidados varía según los entornos: planes de cuidados institucionales o estandarizados, planes de cuidados computarizados, planes de cuidados de los estudiantes, planes de cuidados en entornos comunitarios.

En 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, en la universidad de Iowa para desarrollar una clasificación de los resultados de pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicadas por primera vez en 1997.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera.

Cada resultado (NOC) tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores

para evaluar el estado del paciente en relación a su resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve listas de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos (Rosales S, Reyes E; 2004).

4.5.4. EJECUCIÓN

Es considerada la cuarta etapa del proceso de enfermería, que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados "...y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados". Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. "Realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios".

De acuerdo con Potter y Perry la enfermera debe contar con habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a cabo un plan de cuidados. Esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro, eficiente y eficaz. La implementación del proceso enfermero tiene cinco pasos: reevaluación de la persona, revisión y modificación del plan de cuidados urgente, organización de los recursos y de la prestación de cuidados, anticipación y prevención de las complicaciones e implementación de las intervenciones de enfermería.

Preparación

Concretando con lo anterior la fase de preparación requiere de: conocimientos y habilidades, tener en mente las complicaciones, reunir el material y equipo, crear un ambiente confortable y seguro para el usuario y delegar cuidados enfermeros que se apeguen a tareas correctas, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

Intervención

Es la implementación del plan de cuidados, y también describe una categoría de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado las acciones

necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero. La implementación convierte el plan de cuidados en una acción.

Documentación

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Posterior a los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, en el registro se debe considerar lo siguiente las valoraciones, intervenciones y respuestas.

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey Dochterman y Gloria Bulechek en la universidad de Iowa.

El equipo desarrollo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez en el 2002. A diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las mediaciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos dirigidos a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, médicos o por los otros profesionales.

Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención, y una breve listas de referencias (Rosales S, Reyes E; 2004).

4.5.5. EVALUACIÓN

Es considerada una etapa que con fines didácticos se revisa como la quinta, pero en la práctica está presente en todo el proceso, ya que pretende determinar el

logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos.

La evaluación es compleja, se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad. La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

La evaluación crítica (evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados de la persona) es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinadas a repetir los errores y prácticas de cuidados seguras, eficientes y en constante mejora. También la evaluación proporciona retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo y maximizar el valor de la provisión de cuidados.

Fases

Establecimiento de criterios de resultados

Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir. Cuando se consigue el objetivo (resultados esperados), los factores relacionados de un diagnóstico de enfermería han dejado de existir.

Evaluación del logro de objetivos

El objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud. La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados. Cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en cuanto a la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad.

Medidas y fuentes de evaluación

Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los

datos de la evaluación. Mientras el propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, el propósito de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio. Por último, si el paciente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se ha identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito de los cuidados de enfermería (Rosales S, Reyes E; 2004).

4.5.6.PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LA PERSONA

Anatomía de la Articulación de la Cadera.

Es una unión sinovial esferoidal en la que participa el fémur y el coxal. Une la porción libre del miembro inferior al cinturón pelviano y se clasifica por el número de caras articulares como simple. Las superficies articulares son, una parte, la cabeza del fémur, y por la otra el acetábulo del hueso coxal, agrandado por un fibrocartilagoarticular denominado labro acetabular.

La cabeza del fémur es una eminencia rodeada y lisa que representa cerca de dos tercios de una esfera de 20ª 25 mm de radio. Esta soportada por el cuello anatómico, que orienta la cabeza hacia delante, en un ángulo de declinación que oscila generalmente entre los 15 y 30 grados. En la parte lateral del cuello se encuentra el trocánter mayor y su parte inferior posterior el trocánter menor. Estas eminencias, están unidas por una creta y una línea y el conjunto forma el macizo trocantereo levantando por los músculos yuxtaarticulares.

El acetábulo, es casi hemisferio y presenta dos partes distintas. Una articulare en forma media luna, y la otra no articula denominada fosa acetabular. Es un fibrocartílago intraarticular situado en el primer perímetro del acetábulo. En su inserción en el borde articular pasa como un puente, superior a la incisura acetabular transformándola en un orificio denominado agujero isquiopubiano.

Anatomía funcional de la cadera

La cabeza femoral, engastada en el acetábulo, se mantiene en posición gracias al rodete acetabular y a la presión atmosférica, que asegura la adaptación de las superficies articulares. Sin embargo, las congruencias de las superficies articulares no es absolutamente perfecta, lo cual entraña variaciones de la presión intraarticular en el curso de los movimientos.

En la dinámica funcional de la cadera hay tres aspectos fundamentales que constituyen los ejes biomecánica articular: la estabilidad, la estática y la movilidad.

La estabilidad de la articulación constituye la resistencia de la articulación para evitar que se disloquen sus superficies articulares. En la cadera la estabilidad es grande y las luxaciones suelen ser debidas a grandes traumatismos. Hay tres Factores responsables de la estabilidad: la congruencia de los extremos óseos articulares, el desarrollo de la capsula fibrosa y de los ligamentos y la acción de los músculos periarticulares.

La estética de la articulación tiene que ver con los aspectos biomecánicos que mantienen la articulación inmóvil con el fin de poder asegurar la bipedestación y la marcha bípeda.

La movilidad está muy bien estudiada en los tres grados de libertad de movimiento, representados por sus tres ejes articulares; frontal, sagital y vertical, así como la circunducción como suma de los movimientos angulares. Sin embargo, esta amplia movilidad de la articulación se ve limitada por la función de apoyo que desempeña el fémur en la postura y locomoción verticales (Pérez E, Barh S; 2018).

FRACTURA DE CADERA

Es la ruptura del hueso del muslo (fémur) en su unión con la pelvis, por debajo de la articulación de la cadera (IMSS; 2014).

Es la solución de continuidad del tejido óseo de las regiones de la cabeza, el cuello femoral y la región intertrocanterica (Doger P, González J; 2019).

Intracapsulares

Puede afectar a la cabeza femoral o al cuello femoral. En cualquier cosa, estas fracturas asientan sobre un hueso peor vascularizado, por lo que no son infrecuentes la ausencia de consolidación o la necrosis avascular. Las fracturas del cuello femoral se clasifican según Garden en cuatro tipos en función del desplazamiento de la fractura en la radiografía. (Anexo 1)

Extracapsulares

Son las intertrocantéreas y subtrocantéreas. Se producen sobre el hueso bien

vascularizado. Suelen ocasionar más dolor e inestabilidad hemodinámica. (Anexo 2)

Acetabulares

Son producidas en el acetábulo del hueso coxal pueden afectar a órganos internos de la pelvis suponiendo un riesgo de fractura. (Anexo 3)

Factores de riesgo

- Edad >65 Años.
- Sexo.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Antecedentes de fractura de cadera.
- Polifarmacia
- Osteoporosis
- Deficiencia vitamina D.
- Reducción de la actividad física (Doger P, González J; 2019).
- **Edad.** Las personas mayores también pueden tener problemas de vista y de equilibrio que pueden provocar caídas.
- **Sexo.** Las mujeres tienen fracturas de cadera con una frecuencia aproximadamente tres veces mayor que los hombres. Las mujeres pierden densidad ósea más rápido que los hombres, en parte porque la caída de los niveles de estrógeno que se produce con la menopausia acelera la pérdida de la masa ósea. Sin embargo, los hombres también pueden tener niveles peligrosamente bajos de densidad ósea.
- **Osteoporosis.** es una enfermedad sistémica del esqueleto caracterizada por masa ósea baja y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con aumento de la fragilidad y mayor susceptibilidad a las fracturas. Constituye un factor de riesgo para sufrir fracturas por fragilidad y representa un problema de salud pública por su alta prevalencia, sus repercusiones sociosanitarias y económicas, y por causar dolor en los pacientes y disminución en su calidad de vida (Hermoso M; 2003).
- **Otras afecciones médicas crónicas.** Los trastornos endocrinos, como tener una tiroides hiperactiva, pueden crear huesos frágiles. Los trastornos intestinales, reducen la absorción de vitamina D y de calcio,

también pueden producir un debilitamiento óseo.

- **Polifarmacia.** Los medicamentos con cortisona, como la prednisona, pueden debilitar los huesos si los tomas de manera prolongada. Determinadas medicinas o ciertas combinaciones de medicamentos pueden provocarte mareos, por lo que tendrás una mayor propensión a las caídas. Los medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central, como los somníferos, los antipsicóticos y los sedantes, se asocian más comúnmente con las caídas.

- **Nutrición.** En cuanto a los factores nutricionales para la prevención de la osteoporosis, las recomendaciones actuales son: aumento del consumo de calcio, fósforo, magnesio y flúor; aporte adecuado de vitamina D (incluso con alimentos enriquecidos, en caso necesario); consumo de alimentos ricos en ácidos omega-3; disminución de sal y alimentos preparados; ingesta suficiente pero moderada de proteínas y, en ausencia de intolerancia, potenciar el consumo de leche y sus derivados, sobre todo yogur y productos lácteos fermentados (Pérez T; 2010).

- **Inactividad física.** La falta de ejercicio regular para soportar el peso, como las caminatas, puede debilitar los huesos y músculos, lo que aumenta la probabilidad de caídas y fracturas. Consumo de tabaco y de alcohol. Ambos pueden afectar los procesos normales de construcción y de mantenimiento de los huesos, lo que provoca la pérdida de la masa ósea (Rego J; 2017).

Sintomatología:

Tras un traumatismo producido generalmente por una caída, la fractura de caída el anciano presenta alguno de los siguientes síntomas:

Abarca desde dolor en la ingle e incapacidad de soportar el peso en la extremidad afectada, el dolor puede irradiarse al fémur distal. En la exploración física se puede observar el acortamiento y rotación externa de la extremidad afectada. Desde el punto de vista geriátrico la fractura de cadera es secundaria a un trauma leve que ocurre principalmente en personas con osteoporosis.

Es serie de cambios que se da en el adulto mayor, que condicionan un estado vulnerable en donde una caída resulta en una catástrofe. No solo se acompaña de la comorbilidad pre-existente que complica el tratamiento, también favorece aparición de deterioro cognoscitivo, depresión, inmovilidad, sacro péñ, deterioro funcional, úlceras por presión y desnutrición (Doger P, González J; 2019).

4.5.7. TRATAMIENTO

Tratamiento no quirúrgico.

Este tratamiento era el utilizado hasta los años 60 paso a segundo plano tras la introducción de osteosíntesis, consistía en que el paciente estuviese en reposos en cama durante varios meses e incluso en determinados casos con una tracción.

Este tratamiento conllevaba varias complicaciones derivadas del reposos prolongado en cama como son: úlceras por presión, complicaciones tromboembolias, infecciones urinarias y respiratorias y lesiones de tipo muscular. Además, en ocasiones provocaba una mala consolidación de la fractura con las complicaciones asociadas que ello conllevaba.

Tratamiento quirúrgico.

Hay que tener en cuenta que es muy importante que la intervención quirúrgica se lleve a cabo en las primeras 48 horas tras la fractura. Si se retrasa la cirugía se incrementa el dolor postoperatorio, la duración de estancia en el hospital, las posibles complicaciones y la portabilidad.

Dependiendo de las características se llevará a cabo unas técnicas u otras, es importante realizar una buena valoración al paciente para recopilar datos relevantes que van a ser decisivos a la hora de la intervención como son: la edad, la capacidad funcional previa al suceso y la capacidad para realizar una buena rehabilitación.

Disponemos de 2 tipos de tratamiento, osteosíntesis o prótesis de sustitución que puede ser parcial (hemiatroplata) o total (artroplastia).

La osteosíntesis

Es el término que se emplea para describir la intervención mediante la cual se

vuelven a alinear los fragmentos de hueso fracturado y se mantienen en posición con elementos externos metálicos.

La osteosíntesis estará indicada cuando los fragmentos óseos sean considerados vitales, particularmente la cabeza femoral. Los vasos sanguíneos que nutren la cabeza femoral son muy delicados y pueden dañarse al desplazarse los fragmentos óseos, si esto ocurre, a pesar de que una osteosíntesis la vuelva a poner en su lugar, la cabeza femoral sufrirá necrosis y, eventualmente, colapsará siendo necesario colocar una prótesis.

La elección del tipo de implante dependerá del patrón de fractura y el médico especialista lo determinará. El tiempo de consolidación (que el hueso pegue) es muy variable, pero puede tardar varios meses. En el intertanto, puede ser necesario apoyarse en andador o bastones para no forzar al hueso y a la osteosíntesis realizada.

La falla de osteosíntesis puede ocurrir cuando el hueso del paciente es muy osteoporótico y se carga peso de forma precoz, o cuando el proceso de consolidación se demora demasiado y el metal sufre fatiga. Finalmente, una vez que se produzca la consolidación, el paciente es libre de retomar su actividad física habitual sin restricciones.

En definitiva, la osteosíntesis de cadera está indicada en los casos en que se considera viable preservar la cabeza femoral con las ventajas funcionales que esta tiene por sobre una prótesis de cadera.

La artroplastia total de cadera (ATC)

Es una intervención coste-efectiva para disminuir el dolor, mejorar la función y la calidad de vida de los pacientes con patología degenerativa o inflamatoria de la cadera.

La mayoría de sistemas disponibles actualmente son modulares y la fijación de los componentes protésicos al hueso puede conseguirse mediante dos técnicas: la cementación y la osteointegración.

Tanto los vástagos cementados como los no cementados pueden ser considerados el patrón oro para la supervivencia a largo plazo; sin embargo, las técnicas no cementadas son hoy en día el método preferido para la mayoría de reemplazos acetabulares. Actualmente la superficie de carga con par de fricción metal-polietileno entrelazado es la más utilizada.

El objetivo inmediato de la rehabilitación en la fase aguda se centra en reducir el dolor, mejorar la movilidad, restaurar la función e identificar y prevenir las complicaciones postoperatorias inmediatas. Las guías clínicas para los pacientes intervenidos de una prótesis de cadera, y más específicamente los protocolos de ejercicios terapéuticos, varían dependiendo de las instituciones u hospitales y del ámbito de actuación.

Una adecuada valoración de los resultados de la artroplastia requiere el uso de instrumentos genéricos de medición de la calidad de vida, siendo el más utilizado el *Medical Outcomes Study-Short Form 36*, y de instrumentos específicos que sean lo suficientemente sensibles para detectar los cambios clínicos de interés, como la escala de cadera de Harris.

Los resultados publicados demuestran una mejoría excelente tanto clínica, como funcional y radiográfica después de la ATC y aproximadamente el 90 % de las ATC tienen éxito, en términos de no dolor ni complicaciones a los 10-15 años de la cirugía.

El manejo no solo incluye al equipo médico; es indispensable la participación de Trabajo Social, Nutrición, Terapia física y principalmente, la familia y/o cuidador primario. Sin embargo el diagnóstico y manejo oportuno de la osteoporosis, así como el fomento de la actividad física, y la buena alimentación, son las intervenciones más afectivas para evitar esta devastadora patología (Pagès J, Iborra A; 2007).

Complicac

iones

Hematoma

compresivo:

La pérdida de sangre varía dependiendo de la localización de la fractura y la severidad de la misma, pudiendo alcanzar un 20% de la volemia. Recordando que en las fracturas de huesos largos como el fémur, el paciente puede sangrar más de 1-2 litro y en Cadera 1.5-2.5 litros y desarrollar un síndrome compartimental.

La hipovolemia puede ser severa, tanto por el sangrado, como por la deshidratación, especialmente si ha transcurrido un plazo de tiempo considerable entre el momento de la fractura y el de la asistencia.

Infección de la herida quirúrgica.

Es una de las complicaciones más temibles en el tratamiento de estas fracturas, ya que en ocasiones son necesarias varias reintervenciones, obligando incluso a la retirada del material protésico o de osteosíntesis. Puede ocurrir justo en la zona de la herida o en profundidad alrededor de la prótesis.

Pudiendo ocurrir durante la estancia hospitalaria o una vez el paciente se halla en su casa. También puede producirse por diseminación de una infección en otra localización del organismo. Si bien esta complicación ha disminuido con la introducción de la profilaxis antibiótica. Los máximos responsables de las complicaciones infecciosas son los estafilococos y los gran negativos entéricos. Además de la infección de la herida quirúrgica, también se pueden presentar otras infecciones asociadas.

Complicaciones neurológicas:

La causa más frecuente es un traumatismo indirecto por compresión, estiramiento o isquemia, y mucho más raramente por traumatismo directo debido a la vía de acceso elegida, algunos nervios pueden sufrir daños y causar un déficit a nivel sensitivo motor. En el periodo posoperatorio los pacientes presentan paresia, parálisis y alargamiento del miembro inferior por estiramiento de un nervio.

Osificaciones periprotésicas.

Es la formación anormal de hueso en los tejidos blandos fuera del esqueleto. Se puede asociar a lesiones del sistema nervioso o tras una artroplastia de cadera. Se observan con mayor frecuencia en terrenos particulares, espondilitis

anquilopoyética y enfermedad de Forestier.

Luxación precoz y recidivante:

La luxación de cadera se identifica posterior a realizar una flexión o rotación interna excesiva (ej. levantarse de una silla), la articulación protésica está fuera de su lugar. Además presentan un chasquido audible, deformidad y dificultad para la movilización por dolor intenso inge y la región proximal del muslo.

Al identificar la luxación de cadera precoz, el primer paso a seguir es realizar un intento por reducirla de manera cerrada. En caso recurrencia o recidivante que no responde a medidas conservadoras se realiza la corrección de la inestabilidad.

Tromboembolismo o Tromboflebitis.

La triada de Virchow se les llama así a las tres alteraciones primarias que ocasionan la formación de trombos:

- Lesión endotelial.
- Estasis o flujo turbulento de la sangre.
- Hipercoagulabilidad de la sangre (Hernández L; 2017).

Muerte.

La mortalidad ligada a la anestesia y cirugía ocurre en los primeros 30 días después de la intervención quirúrgica. Actualmente se acepta una mortalidad del 1.2% en la población general; y del 5.8 al 6.2% en la los pacientes mayores de 80 años.

Se observa un aumento en la mortalidad cuando la cirugía es urgente, el tiempo es mayor de 90 minutos, la hemorragia es considerable y existe comorbilidad en el paciente; circunstancias que acompañan a un grupo significativo de pacientes ancianos con fractura de cadera.

La movilización precoz es esencial para prevenir las complicaciones del

descondicionamiento, siendo recomendable iniciar la rehabilitación al día siguiente de la intervención quirúrgica, esto es especialmente beneficioso para los pacientes ancianos (Doger P, González J; 2019).

V. RESUMEN DEL CASO CLINICO

VALORACION CLINICA DEL SUJETO DEL CUIDADO (14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON).

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DEL PACIENTE: N.R.I.

EDAD: 85 Años. SEXO: Masculino. ESTADO CIVIL: Viudo

OCUPACIÓN: Retirado

DIAGNOSTICO MEDICO: Fractura de cabeza de fémur derecha.

T/A 130/80 FC 98 FR 19 T° 36.4 SO2 95% PESO: 65 Kg TALLA: 1.60 cm
IMC= 26

Paciente masculino, consciente, orientado, enfermedades crónicas negadas, sufre una caída de su propia altura, como resultado una fractura de cadera derecha valorado en el servicio de hospitalización.

APNP: Vivienda propia, hacinamiento negativo, bajo cuidados de su hija.

APP: Interrogados y Negados.

6.1 VALORACIÓN POR LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.	VALORACIÓN.
1. Respirar normalmente.	Paciente en posición semifowler, frecuencia respiratoria 19 rpm, saturación de oxígeno 95 %, no presenta alteraciones a la inspección, auscultación, palpación y percusión, refiere nunca haber fumado, a la valoración cardíaca no hay alteraciones.
2. Comer y beber de forma adecuada.	Manifiesta autonomía para alimentarse de 3 a 4 veces al día, (Pan dulce, huevo, pescado, frijoles, arroz, lácteos, frutas, verduras, etc.) aunque en pocas cantidades. Su estado de hidratación es adecuado, consume de 1 litro a 1,5 Litros de agua al día. Sin datos de deshidratación en piel y mucosas ya se observa adecuada turgencia. A la exploración física: Palidez de tegumentos, Pesa 65 KG, mide 1.60 cm, con una glucosa de 93 mg/dl, una temperatura de 36.4°C. Exploración abdominal con peristalsis normal 4 ruidos por minuto a la palpación abdomen blando y depresible, a la percusión discreto sonido

	timpánico, sin otros hallazgos.
3. Evacuar los desechos corporales.	En relación a la eliminación urinaria, menciona padecer incontinencia de tipo urgencia, orina en torno de 6 - 7 veces al día, siendo de características normales, coloración amarillo claro, olor característico. No describe problemas al evacuar, pero requiere apoyo para el uso del inodoro por lo que requiere uso de pañal, su hábito intestinal es normal situándolo en escala de brístol en el número 4 . (Anexo 4)
4. Moverse y Mantener una postura adecuada.	El paciente comenta que era independiente para las actividades básicas, sin ningún apoyo al caminar. Mencionando que su estado de salud actual una caída de su propia altura, y como resultado una fractura de cadera le es imposible en este momento cambios de posición, sentarse o asistir al baño, se coloca en posición semifowler es la que por el momento la que ayuda al manejo del dolor refiere un Eva 8/10, observándose con facies de dolor posición antálgica, el cual describe como intermitente aumentando al cambiar de posición . (Anexo 5) Sin presencia de UPP con riesgo bajo según escala de Braden. (Anexo 6) Con índice de nivel de dependencia de Barthel de 25 puntos que lo ubica en nivel de dependencia severa. (Anexo 7).
5. Dormir y descansar.	En su casa dormía 7 a 8 horas diarias, sin algún problema para la conciliación del sueño, refiere que en el hospital es difícil descansar ya que hacen mucho ruido y eso le hace no lograr conciliar el sueño.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).	Paciente menciona que no tiene ninguna dificultad al elegir su vestimenta ya que él considera que es cómoda, requiere apoyo para el baño y vestirse.
7. Mantener una adecuada temperatura el cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.	Presenta un estado eutérmico 36.4 ^o , sin alteraciones valorado al ingreso.

8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.	Paciente aseado, vestimenta limpia, piel hidratada. Presenta herida quirúrgica en el muslo sobre parte frontal del lado derecho de la cadera midiendo 15 cm aproximadamente, sin presencia de edema, ni enrojecimiento en la piel, sin presencia secreción purulenta y un sangrado escaso.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.	Requiere protección contra caídas por escala de Downton de 3 puntos que lo ubica en alto riesgo. (Anexo 8), y protección con UPP (Anexo 9), protección contra infecciones por el entorno hospitalario.

10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.	Paciente orientado en sus 3 esferas (tiempo, persona y lugar), memoria conservada y atención normal. Expresa tener buena relación y comunicación con sus familiares, amigos. Les comparte su temor por la caída que sufrió y les pide tomar precauciones para que ninguna de ellos pase por la misma situación.
11. Profesar su fe.	Comenta que su estado de salud actual no interfiere con sus prácticas religiosas, es católico lo cual es una parte muy importante en su vida, y le ayuda en caso de tener que resolver un problema, encuentra apoyo en Dios.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.	Su estado de ocupación es retirado/ pensionado ya que trabajó muchos años en la administración de sus empresas.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.	Le agrada leer, ver programas de televisión por las noches antes de dormir, le gusta escuchar misa ya que es transmitida por la radio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.	Comenta que acude una vez al mes con su médico geriatra para revisar estado de salud ya que es muy importante. Por situación de pandemia su chequeo lo lleva en casa. Se identifican necesidades de orientación sobre curación de herida quirúrgica para así prevenir infecciones, el tratamiento, movilidad y rehabilitación; y apoyo psicológico para el afrontamiento de la dependencia por la que cursa.

DIAGNOSTICO ENCONTRADOS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS
00132	<p>Dolor Agudo.</p> <p>Factor relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lesiones por agentes físicos. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresión facial de dolor. -Posturas de evitación del dolor.
00085	<p>Deterioro de Movilidad Física.</p> <p>Factor relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminución de la fortaleza muscular <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alteraciones de la marcha. -Dificultad para girarse. <p>Condición asociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alteraciones en la integridad de las estructuras óseas -Deterioro musculoesquelético
00044	<p>Deterioro de la integridad tisular.</p> <p>Factor relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deterioro de la movilidad física. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Daño tisular -Sangrado -Dolor agudo <p>Población en riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Extremos de la vida. <p>Condición asociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deterioro de la movilidad
00257	<p>Síndrome de fragilidad del anciano.</p> <p>Factor relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminución de la fuerza muscular. -Deterioro del equilibrio postural. -Obesidad. <p>Características definitorias:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Déficit de autocuidado: Baño (00108). -Déficit de la tolerancia a la actividad (00298). -Déficit de autocuidado: Vestido (00109). -Deterioro de la deambulaci3n (00088). <p>Poblaci3n en riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personas > 70 a1os
00095	<p>Insomnio.</p> <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Siestas frecuentes. <p>Características definatorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cambios en el patr3n del sue1o. -Dificultad para conciliar el sue1o. -Insatisfacci3n con el sue1o.
00019	<p>Incontinencia urinaria por urgencia.</p> <p>Factor relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Relajaci3n involuntaria del esfínter. <p>Características definatorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Incapacidad para llegar al inodoro a tiempo para evitar la p3rdida de orina. -Perdida involuntaria de orina con contracciones vesicales. <p>Condici3n asociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deterioro de la contractilidad vesical.



6.2 PLAN DE CUIDADOS



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Necesidad: 4. Moverse y mantener una postura adecuada.</p> <p>Datos objetivos: Facies de dolor.</p> <p>Datos Subjetivos: Refiere dolor del lado derecho por la caída. (Eva 8/10)</p>	<p>Dominio: 12Confort. Clase: 1 Confort físico de bienestar alivio y/o ausencia de dolor. Etiqueta diagnóstica: 00132 Dolor Agudo Definición diagnóstica: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular renal o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor a 3 meses.</p> <p>Factores relacionados: Lesiones por agentes físicos.</p> <p>Características definitorias: -Expresión facial de dolor. -Posturas de evitación del dolor.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio:4 Conocimiento y conducta de salud		Clase: Q Conducta de salud.	
		Criterio de resultado: 1605 Control del dolor.			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		160502 Reconoce el comienzo del dolor.	Siempre demostrado: 5	Mantener: 5	
160501 Reconoce factores causales.	Siempre demostrado. 5	Mantener: 5			
160505 Utilizar los analgésicos de forma apropiada.	Siempre demostrado: 5	Mantener: 5			
160509 Reconoce síntomas asociados del dolor.	Frecuentemente demostrado: 4	Mantener:4 Aumentar: 5			
160511 Refiere dolor controlado.	Frecuentemente demostrado:4	Mantener: 4 Aumentar: 5			



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: (1) FISIOLÓGICO: COMPLEJO. Clase: (E) fomento de la comodidad física.</p> <p>INTERVENCIONES: 1400 Manejo del dolor.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos. Poner en práctica el uso de analgesia controladas por el paciente. Evaluar la eficacia de las medidas de dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados. 	<ol style="list-style-type: none"> El éxito de la terapia analgésica no solo consiste en el adecuado uso de los analgésicos, sino también en las estrategias usadas para objetivar el dolor; esto se consigue por medio de la aplicación de escalas para cuantificar el dolor, de las cuales se destacan la escala visual análoga, la escala verbal numérica y la de valoración verbal. Se recomienda ajustar dosis de AINE al tener un adecuado control analgésico con paracetamol y opiáceos y vigilar los efectos secundarios con el uso de estos últimos como son: · Estreñimiento. ● Retención urinaria. · Nauseas. El uso de analgésicos tiene gran impacto en la evolución clínica y en la calidad de la estancia hospitalaria. Entre las opciones terapéuticas para el manejo del dolor se encuentran antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), los cuales se pueden administrar en diferentes formas farmacéuticas, que se adaptan a las condiciones de cada uno de los pacientes. Se recomienda continuar analgésicos hasta un máximo de 6 meses, ya que hasta un 50% de los adultos mayores con síndrome de fractura de cadera presentan dolor después de transcurrido dicho periodo de tiempo (Hurtado Vallejos N; 2015). 	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		160502 Reconoce el comienzo del dolor	Siempre demostrado: 5
		160501 Reconoce factores causales.	Siempre demostrado: 5
		160505 Utilizar los analgésicos de forma apropiada	Siempre demostrado: 5
		160509 Reconoce síntomas asociados del dolor.	Siempre demostrado: 5
		160511 Refiere dolor controlado	



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Necesidad: 4. Moverse y mantener una postura adecuada. una postura adecuada.</p> <p>Datos objetivos: Fractura de la cadera derecha.</p> <p>Datos Subjetivos: refiere movilidad limitada de la cadera derecha.</p>	<p>Dominio: 4. Actividad y Reposo</p> <p>Clase: 2. Actividad /Ejercicio mover partes del cuerpo, trabajar o realizar acciones a menudo contra resistencia.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00085 Deterioro de la Movilidad física.</p> <p>Definición diagnóstica: Limitación del movimiento independiente intencionado del cuerpo de una o más extremidades.</p> <p>Factores relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminución de la fortaleza muscular el tono muscular. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para girarse. <p>Condición asociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones en la integridad de las estructuras óseas. - Deterioro musculoesquelético. 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio:1 salud funcionalidad	Clase: c movilidad		
		Criterio de resultado: 0208 Movilidad			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación	
020801 Mantenimiento del equilibrio.	Gravemente comprometido: 1	Diana* Mantener:1 Aumentar: 2			
020810 Marcha.	Gravemente comprometido: 1	Mantener: 1 Aumentar: 2			
020802 Mantenimiento de la posición corporal.	Sustancialmente Comprometido: 2	Mantener: 2 Aumentar: 3			
020805 Realización del traslado.	Gravemente comprometido: 1	Mantener: 1 Aumentar: 2			

		020814 Se mueve con facilidad.	Sustancialmente comprometido: 2	Mantener: 2 Aumentar: 3
--	--	--------------------------------	---------------------------------	----------------------------

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION	
<p>1806 Ayuda de autocuidado: transferencia Revisar en la historia las órdenes de actividad y determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (p. ej., nivel de movilidad, limitaciones del movimiento, resistencia). Enseñar al individuo las técnicas de traslado de una zona a otra (p. ej., de la cama a la silla, de la silla de ruedas al vehículo) así como el uso de ayudas ambulatorias (p. ej., muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón). Animar al paciente para que aprenda a trasladarse de forma autónoma. Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado. Documentar el progreso Campo: 1 fisiológico básicos cuidados. Clase: A Control de actividad y ejercicios Intervenciones: 0222 Terapia de ejercicios: Equilibrio 1. Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran el equilibrio. 2. Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios. 3. Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio. 4. Ayudar al paciente a realizar los ejercicios de estiramiento mientras esta en posición de decúbito supino, sedestación o bipedestación 5. Proporcionar dispositivos de ayuda de ayuda (Bastón, andador, almohadas o colchonetas como apoyo al paciente al realizar los ejercicio).</p>	<p>1. Asegura que la movilización de los pacientes con prótesis de cadera, se realice en la forma adecuada para evitar complicaciones relacionadas con su patología y minimizar las molestias y/o dolor que pueda producir dicha movilización. 2. Una técnica de transado correcta evita la luxación de la prótesis de cadera, previene complicaciones derivadas de la inmovilidad (ulceras, estreñimiento, problemas tromboembólicos), conservar el tono muscular y mantenimiento de la higiene personal. 3. Incorporar al paciente o familiar al inicio de la deambulacion precoz acelera la recuperación posoperatorio. 4. El uso de dispositivo de apoyo de transferencia permiten reducir caídas y lesiones al inicio de la transferencia 1. En pacientes con movilidad comprometida, hacer ejercicios de movilización pasiva de las articulaciones y hacer cambios posturales cada 2 o horas. 2. La posición del paciente y alineación de segmentos es fundamental en la prevención de dolor, posturas viciosas y contracturas musculares 3. Ofrecerles información y conocimientos sobre cómo llevar una vida saludable y de la introducción de la fisioterapia por medio del ejercicio físico e higiene postural en su día a día. 4. se debe brindar un movimiento pasivo indoloro a la articulación afectada sin forzar el movimiento. 5. Se recomienda la aplicación temprana de ejercicios con terapia física se sugiere las siguientes actividades: -Estiramiento, Movilización activas y pasivas. -Ejercicios de balance, equilibrio y reeducación de la marcha (IMSS; 2014).</p>	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>020801 Mantenimiento del equilibrio. 20810 Marcha. 020802Mantenimiento de la posición corporal. 020805Realización del traslado. 020814 Se mueve con facilidad.</p>	<p>Sustancialmente comprometido: (2) Sustancialmente comprometido: (2) Moderadamente comprometido: (3) sustancialmente comprometido: (2) Moderadamente comprometido: (3)</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Necesidad: 8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.</p> <p>Datos objetivos: Herida quirúrgica y sangrado escaso.</p> <p>Datos Subjetivos: Facies de dolor.</p>	<p>Dominio: 11 Seguridad/ Protección. Clase: 2 integridad tisular.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00044 Deterioro de la integridad tisular</p> <p>Definición diagnóstica: Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema intertegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula de la articulación y/o ligamento.</p> <p>Factor relacionado: Deterioro de la movilidad física.</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Daño tisular - Sangrado - Dolor agudo <p>Población en riesgo: Extremos de la vida.</p> <p>Condición asociada: Deterioro de la movilidad</p>	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		Dominio: II Salud fisiológica	Clase: (L) Integridad Tisular		
		Criterio de resultado: 1102 Curación de la herida: por primera intención.			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		110203 Secreción serosa de la herida.	Moderado 5	Mantener: 5	
110205 Secreción sanguinolenta de la herida.	Sustancial 4	Mantener: 4			
110209 Edema perilesional.	Moderado 5	Aumentar: 5			
110210 Aumento de la temperatura herida cutánea.	Ninguno 5	Mantener: 5			
110211 Olor de la herida.	Ninguno 5	Mantener: 5			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: Il fisiológico: complejo. Clase: L control de la piel Intervención: 3660 Cuidados de las heridas.</p> <p>1. Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</p> <p>2. Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. Limpiar la zona más limpia hacia la zona menos limpia que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.</p> <p>3. Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.</p> <p>4. Enseñar al paciente y / o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.</p>	<p>1. La valoración de incisión quirúrgica permite realizar una clasificación de las heridas, (heridas por incisión, heridas de acuerdo al grado de contaminación: limpias, limpias contaminadas, contaminada e infectadas o sucia).</p> <p>2. Una buena práctica con relación a estos procedimientos, se verá reflejada en una cicatrización rápida, que se encuentre libre de infección y con evolución satisfactoria, y por consiguiente, la recuperación favorable del paciente.</p> <p>3. La infección quirúrgica incisional es la que se presenta en el sitio quirúrgico dentro de los primeros 30 días del postoperatorio; involucra piel, tejido subcutáneo y músculos localizados por debajo de la aponeurosis implicada. Cuando se colocan implantes y la infección es profunda puede tardar en aparecer la infección hasta un año. En términos generales, la infección se presenta durante las primeras 2 semanas del postoperatorio.</p> <p>4. Incorporar al paciente y al familiar en sus cuidados, facilita el autocuidado del paciente (IMSS; 2019).</p>	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		110203 Secreción serosa de la herida.	Escaso (5)
		110205 Sanguinolenta de la herida.	Escaso (5)
		110209 Edema perilesional	Escaso (5)
		110210 Aumento de la temperatura herida cutánea.	Ninguno (5)
		110211 Olor de la herida.	Ninguno (5)

VI. PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL PACIENTE: N.R.J

EDAD: 85 Años.

SEXO: Masculino.

DIAGNOSTICO MEDICO: Fractura de cabeza de fémur derecha.

FECHA DE ELABORACION: Diciembre 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none">✓ Darle a conocer que tuvo fractura de cadera derecha lo corroboramos con una radiografía, el tratamiento que le realizó el medico es una artroplastia en la cual no presentó ninguna complicación durante el procedimiento.✓ Cita abierta a urgencias.✓ Hospital Olimed Tel. (444)1370350 (Av. De lo Olivos 105 Col. Simón Díaz CP 78380, S.P.L.)✓ En caso de mucho dolor marcar al médico: Antonio Sandoval Orozco (444)2893311✓ Orientar sobre cómo debe tomar el medicamento prescrito por el médico.✓ Cita en 7 días en el área de urgencias para valoración de herida quirúrgica.✓ Cita con el medico en 3 semanas.

<p style="text-align: center;">URGENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Datos de infección en la herida quirúrgica: ✓ Dolor intenso. ✓ Enrojecimiento en la zona. ✓ Secreción (Amarillenta o Verdosa). ✓ Olor fétido. ✓ Temperatura en la zona. ✓ Hemorragia.
<p style="text-align: center;">INFORMACION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir de los cuidados que debe realizar a su herida quirúrgica. ✓ Material: ✓ Jabón neutro. ✓ Guantes estériles. ✓ Gasas estériles. ✓ Solución antiséptica (Microdacin). ✓ Cinta Micropore. <p>Comenzamos con el lavado de manos para colocarnos los guantes estériles, continuamos descubriendo la herida para lavar con jabón neutro en forma circular, roseamos solución antiséptica (Microdacin) de igual manera de forma circular para terminar secando y se coloca la gasa estéril junto con la cinta (Micropore).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer la musculatura. ✓ Enseñar movimientos permitidos y contraindicados. ✓ Utilizar calzado antideslizante. ✓ Evitar sillas altas o bajas. ✓ No inclinarse para levantar objetos del suelo. ✓ Evitar escaleras. ✓ Un cuidador las 24 horas.

<p style="text-align: center;">DIETA</p>	<p>Dieta baja en grasas, alimentos ricos en vitaminas y proteínas.</p> <p>Desayuno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leche. ✓ Huevo. ✓ Frijoles. ✓ Papas. ✓ Cereales. <p>Comida:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Brócoli. ✓ Coliflor. ✓ Repollo. ✓ Frutas. (En puré) ✓ Pescado. <p>Cena:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nueces. ✓ Yogurt. ✓ Mermeladas ✓ Agua a libre demanda. ✓ Evitar tabaco, alcohol. ✓ No consumir irritantes.
<p style="text-align: center;">AMBIENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Habitación en planta baja. ✓ Evitar subir escaleras. ✓ Contar con andador. ✓ Precaución con alfombras.
<p style="text-align: center;">RECREACION Y TIEMPO LIBRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La visita de sus familiares que ayuden a mejorar la seguridad, movilidad en el paciente con las medidas de seguridad de Covid -19 ✓ Leer a libre demanda. ✓ Recomendación estilo de vida acostumbrado.
<p>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paracetamol tabletas 500 mg c/ 8 horas por 5 días. ✓ Diclofenaco 100 mg tabletas 1 cada 12 horas por 3 días. ✓ No se automedique. ✓ Colocación de hielo por 30 min cada 6 horas. ✓ Rehabilitación física ✓ Estimular la movilización. ✓ Movimiento de Tobillo. ✓ No estar sentado más de 1

	<p>hora.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abducción de Cadera. ✓ Flexión de rodilla apoyado en la cama. ✓ Levantamiento de pierna estirada. ✓ Abducción de cadera parado. ✓ Extensión de cadera. ✓ Flexión de rodilla. ✓ Marcha estática.
ESPIRITUALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escuchar música clásica. ✓ Respetar las creencias. ✓ Se recomienda escuchar misa por radio, redes sociales (Facebook).

VII. CONCLUSION.

El Proceso de cuidado enfermero con diagnóstico de fractura de cadera en el adulto mayor es una herramienta muy útil para la Enfermería, ya que favorecen la comunicación entre los propios profesionales, al unificar criterios y utilizar una terminología además permite optimizar el tiempo para el registro de los cuidados enfermeros y aumenta la eficacia en la planificación, ejecución y permite evaluar la calidad.

Este proceso de cuidado ha sido un instrumento que me permitió mejorar mi práctica profesional, ya que me ayudó a colaborar en la prevención de posibles complicaciones y que el paciente tuviera una recuperación más temprana al proporcionar un cuidado integral y humanista.

Algo fundamental de la teoría de Virginia Henderson es que plantea que la enfermería no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que la alteran ; Virginia Henderson ha sido uno de los mayores ejemplos de superación y dedicación que hay en la historia de la enfermería. Sus logros académicos y doctorados, libros, han hecho que la profesión de enfermería sea de mucho valor en este campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aroca Peinado M y Parra Gordo M. (2003) Fractura de Cadera, Madrid, consultado 4/10/21 Disponible en: http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V2N2/V2N2_62_66.pdf
2. Blümel Cabrera J y Tirado Elizondo k. (2004) Validez de la Escala de Braden para Reducir las Úlceras por Presión, Santiago de Chile Consultado el 4 /10/21 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielor.php?script=sci_arttext&pid=S003498872004000500009
3. Bueno García M y Roldán Chicano T. (2005) Guía de Cuidados: Prevención de Caídas en Atención Primaria, España, Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/2019/07/08/escala-de-downton/>
4. Caicedo Bulechek G y Chavarro Butcher H. (2014) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6 Edición, España. Consultado 28/08/21.
5. De la Vega Hernández R y Zambrano Rodríguez A. (2007) Índice de Barthel, España, consultado 4/10/21 Disponible en: <https://paraulcerasporpresion.com/colchones/indice-de-barthel/>
6. Doger Echeagaraya P y González Laureanib J. (2019) Fractura de cadera un reto multidisciplinario. Facultad de medicina de la UNAM, México. Consultado el 28 /08/21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2019/un194c.pdf>
7. Hearther herdman T y Shigemi Kamitsuru. (2019) Nanda Internacional, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 11 Edición Consultada el 15/8/21. Disponible en: www.thieme.com/nanda-i.
8. Hermoso Mendoza M. (2003) Clasificación de la osteoporosis. Factores de Riesgo. Clínica y Diagnostico Diferencial, México. Consultado el 28/10/21 Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s3/original3.pdf>
9. Hernández Espinoza L. (2017) Place para el adulto mayor con fractura de cadera en el perioperatorio. Universidad Autónoma de San Luis Potosí Facultad de Enfermería y Nutrición Unidad de investigación y posgrado: Consultado el 15/9/21 San Luis Potosí: Disponible en: <file:///C:/Users/lenov/Downloads/PCE%20Plan%20de%20cuidado%20de%20enfermero%20estanzado%20para%20el%20adulto%20mayor%20con%20fractura%20de%20cadera%20en%20el%20perioperatorio%20080517.pdf>

10. IMSS (2014) Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto Mayor con Síndrome de Inmovilidad. México: consultado el 25/09/21. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/703GER.pdf>
11. IMSS (2014) Manejo Medico de Fractura de Cadera en el Adulto Mayor. México, Consultado el 24/07/2021, Disponible en: <file:///C:/Users/lenov/Downloads/FRACTURA%20DE%20CADERA%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>
12. IMSS (2018) Prevención y diagnóstico de la infección del sitio quirúrgico. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. Consultado el 18/09/21. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
13. IMSS. (2009). Guía de Práctica Clínica Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión en Primer Nivel de Atención. México. Consultado 18/08/21, Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/105GER.pdf>
14. IMSS. (2018). Intervenciones de enfermería para la atención de adultos mayores con fractura de cadera. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. Consultado el 28/07/21, México: Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/603GER.pdf>
15. Lorenzo Laliena A. (2012) Heridas Crónicas, Madrid, Consultado el 4 /10/21. Disponible en: http://www.ulcerasmadrid.es/_movil/download_file/view/103/389.pdf
16. Marriner Tomey A. y Raile Alligood, M. (1997) Modelos y teorías en enfermería, editorial Elsevier. Consultado el 20/08/22. Disponible en: <https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/33514/secme18102.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Michael Carvajal R. (2005) Escala de Eva, México. Consultado el 4/10/21 Disponible en: <https://www.tratamientoictus.com/escala-eva-de-dolor-2/>
18. Moorhead Valencia S y Johnson Durillo M. (2014) Clasificación de resultados de Enfermería NOC Medición de Resultados en Salud, España. Consultado 25/08/2.
19. Negrete Corona J. (2014) Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. México. Consultado el 30/07/21 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S23064102201400060003
20. OMS (2021) Caídas Datos y cifras. México Consultado el 03/09/2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

21. Pagès Lagos J. y Iborra Bouzas A. (2007) Artroplastia de cadera Servicio de Rehabilitación. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. Consultado el 08/08/2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revistarehabilitacion-120-articulo-artroplastia-cadera-S0048712007755317>
22. Palomino Estrada L y Ramírez Ortega R. (2016) Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. Consultado el 04/08/21. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a04v33n1.pdf>
23. Peinado Rojas C. (2019). Fractura de Cadera en Medicina General y de Familia. México Consultado el 28/07/2021. Disponible en: http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V2N2/V2N2_62_66.pdf
24. Pérez Durillo T. (2010) Estado nutricional en ancianos con fractura de cadera, Madrid. Consultado el 28/10/21 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000400022
25. Pérez Jara L. y Uría Delgado A. (2014) La Fractura de Cadera en el Paciente Mayor: La Importancia del papel de enfermera en la Rehabilitación Precoz, de Escuela Universitaria "Casa Salud Marques de Vadecilla". Consultado el 27/07/21. Disponible en <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/4625/%5B1%5D%20JaraPerezL.pdf?sequence=1>
26. Pérez Triana E y Bahr Ulloa S. (2018) Bases anatomofuncionales de la articulación de la cadera y su relación con la fractura. Perú. Consultado el 26/8/21, Cuba. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2466/3868>
27. Rego Hernández J. (2017) Factores asociados a la fractura de cadera en el hospital clínico quirúrgico "Dr. Salvador Allende" Cuba. Consultado el 02/09/21. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/149-165/es>
28. Rosales Barrera S y Reyes Gómez E. (2004). Fundamentos de Enfermería. de Editorial: El Manual Moderno. Consultado el 16/08/2021, Disponible en: file:///C:/Users/lenov/Downloads/Fundamentos_de_Enfermeria_3a_Edicion_R.pdf%20%C2%B7%20versi%C3%B3n%201.pdf
29. Secretaría de salud (2015) Abordaje del riesgo de caídas en Adultos Mayores Mexicanos. Una propuesta basada en evidencia. Instituto Nacional de Geriatria. México. Consultado el 03/09/2021. Disponible en:

http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Grupos_Vulnerables/Nov0615/1.pdf

30. Zaragoza Sosa D. (2019). Fractura de Cadera en Adultos Mayores: Impacto del tratamiento quirúrgico. de Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México. Consultado el 28/07/2021. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2019/un196d>.

GLOSARIO

Acetábulo: Es la porción articular cóncava de la superficie de la pelvis, formada por el ilion, el isquion y el pubis, a la cual se articula la cabeza del fémur, con lo que se forma la articulación de la cadera.

Adulto mayor: Considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años.

Anquilopoyetica: Es una forma crónica de artritis. Afecta mayormente los huesos y las articulaciones en la base de la columna, donde ésta se conecta con la pelvis. Estas articulaciones resultan inflamadas e hinchadas.

Caída: Son sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones causadas por las caídas pueden ser mortales (1), aunque la mayoría de ellas no lo son.

Enfermedad forestier: La hiperostosis esquelética idiopática diseminada es un endurecimiento óseo de los ligamentos en las áreas en las que estos se adhieren a la columna vertebral.

Espondilitis: Es un tipo de artritis de la columna vertebral. Provoca hinchazón entre las vértebras, que son los discos que forman la columna vertebral, y las articulaciones entre la columna y la pelvis.

Estafilococos: Cada una de las bacterias de forma redondeada (cocos) que se presentan asociadas en racimos; se encuentra habitualmente en el aire, el agua, la piel y la faringe humana, y puede producir forúnculos e infecciones de heridas.

Estasis o flujo turbulento: Es la alteración en las vías de la coagulación que predisponen a la trombosis.

Fémur: Es el hueso más largo y fuerte del cuerpo humano. Debido a su fortaleza, generalmente se necesita un alto grado de fuerza para fracturarlo.

Fibrocartílagos: Articulares son estructuras de características cartilaginosas presentes en las articulaciones de los seres humanos que tienen la función aumentar la coaptación y congruencia entre las superficies articulares.

Fractura: Es una ruptura, generalmente en un hueso. Si el hueso roto rompe la piel, se denomina fractura abierta o compuesta. Las fracturas en general ocurren debido a accidentes automovilísticos, caídas o lesiones deportivas.

Geriatría: Parte de la medicina que se ocupa de las enfermedades propias de la vejez.

Hematoma: Acumulación de sangre coagulada o parcialmente coagulada en un órgano, tejido o espacio del cuerpo debido a la rotura de un vaso sanguíneo.

Hipercoagulabilidad: Es una condición que aumenta el riesgo de formación excesiva o inadecuada de coágulos de sangre (trombos); también se conoce como trombofilia.

Hipovolemia: Disminución del volumen total de sangre que circula por el cuerpo.

Hueso coxal: Está formada por la fusión de tres huesos: ilion, isquion y pubis.

Intolerancia ortostática: Es una subcategoría de la disautonomía, que consiste en una disfunción del sistema nervioso autónomo mientras un individuo está de pie.

Isquemia: Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada.

Lesión endotelial: Está caracterizada por un desbalance en los factores de relajación y contracción derivados del endotelio.

Multifactoridad: Debido a muchos factores.

Paresia: Parálisis parcial o debilitamiento de la contractilidad de la musculatura.

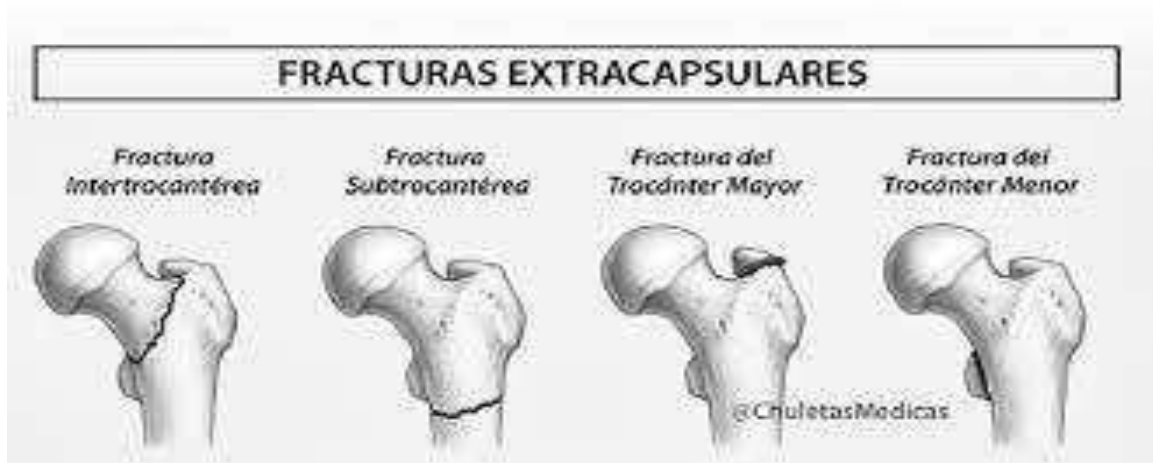
Pelvis: Está formada por los ilíacos y el hueso sacro y se divide en dos partes: Pelvis mayor o parte superior: compuesta por la parte superior del hueso sacro, parte superior de la rama pubiana y fosas ilíacas.

Síndrome geriátrico: Son una forma de presentación de enfermedad común en los adultos mayores, se presentan como un conjunto de cuadros clínicos habitualmente originados por la interacción de enfermedades con alta prevalencia en esta edad y que con frecuencia originan incapacidad funcional o social en la población.

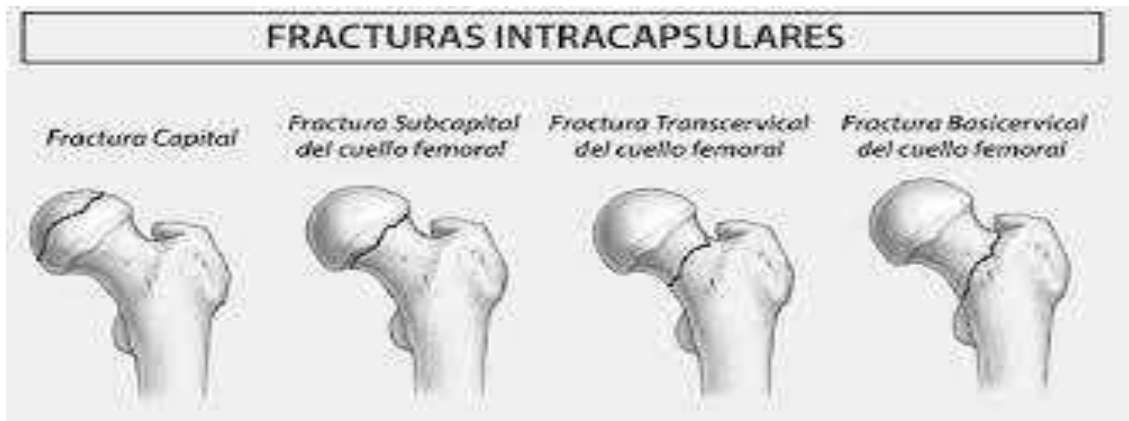
Yuxtaarticular: Es una lesión quística benigna localizada en el hueso subcondral adyacente a una articulación, no relacionada con enfermedades articulares inflamatorias o degenerativas.

ANEXOS

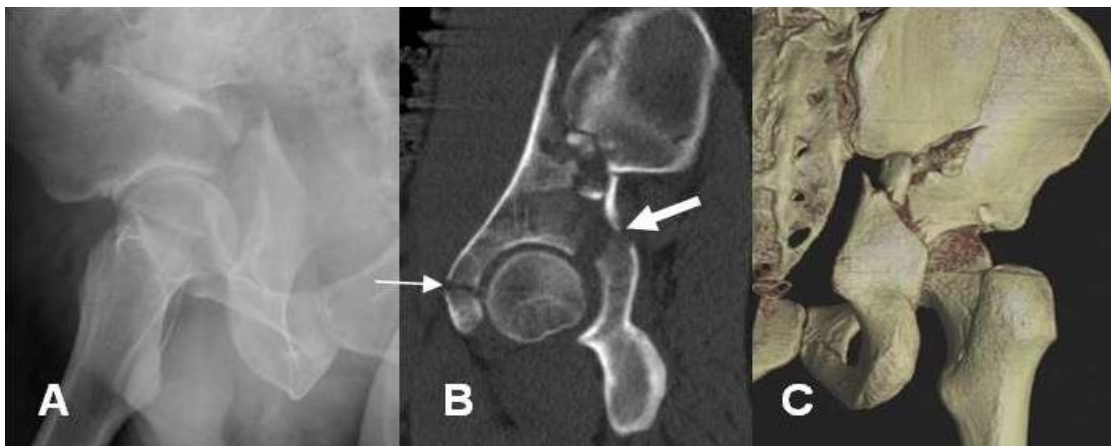
Anexo 1. Imagen Fracturas Extracapsulares



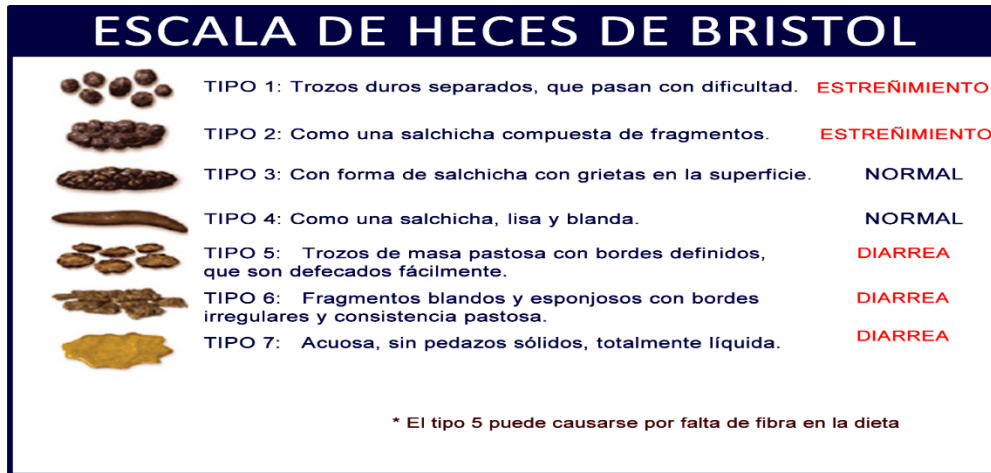
Anexo 2. Imagen Fracturas Intracapsulares



Anexo 3. Imagen Fracturas Acetabulares



ANEXO 4. ESCALA DE HECES DE BRISTOL



La escala de Bristol es una tabla visual diseñada para clasificar la forma de las heces en siete grupos.

Interpretación: • Los tipos 1 y dos representan heces duras, tránsito lento (constipación) • Los tipos 3 y 4 heces blandas, tránsito regular • Los tipos 5, 6 y 7 heces como puré o líquidas, tránsito muy rápido (diarrea).

Anexo 5. ESCALA DE EVA



Escala visual analógica para el dolor es una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar.

Anexo 6. ESCALA DE BRADEN

ESCALA BRADEN					
ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Cae constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12		
	RIESGO MODERADO	≤14			
	RIESGO BAJO	≤16			

Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.

Anexo 7. ESCALA DE BARTHEL

Índice de Barthel		
Actividad	Descripción	Puntos
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes.....	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

Anexo 8. Escala de Downton

Tabla 1. Escala de riesgo de caídas de Downton*

Variable de medición	Respuesta	Valor
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

*Interpretaci3n del puntaje: valor igual o mayor a 3: alto riesgo; valor de 1 a 2: mediano riesgo; valor de 0 a 1: bajo riesgo.

Es una herramienta que se utiliza para valorar el motivo de riesgo mediante un sistema de puntos sobre cinco dimensiones: caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulaci3n y medicamentos.

Anexo 9. El Diagrama de Valoraci3n de Heridas

DIAGRAMA DE VALORACION DE HERIDAS				
Aspecto	1	2	3	4
		Eritematoso	Enrojecido	Amarillo pálido
Mayor extensi3n	0 - 1cm	> 1 - 3 cm	> 3 - 6 cm	> 6 cm
Profundidad	0	< 1 cm	1 - 3 cm	> 3 cm
Exudado cantidad	Ausente	Escaso	Moderado	Abundante
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	Purulento
Tejido esfacelado o necr3tico	Ausente	< 25%	25 - 50%	> 50%
Tejido granulatorio	100 - 75%	< 75 - 50%	< 50 - 25%	< 25%
Edema	Ausente	+	++	+++
Dolor	0 - 1	2 - 3	4 - 6	7 - 10
Piel circundante	Sana	Descarnada	Eritematosa	Macerada

Escala que establece 10 parámetros de evaluaci3n. Clasificaci3n de las heridas o úlceras seg3n puntuaci3n: Tipo 1= 10 a 15 puntos Tipo 2= 16 a 21 puntos Tipo 3= 22 a 27 puntos Tipo 4= 28 a 40 puntos. Aspecto rosado, brillante.