



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

MODALIDAD DE TITULACIÓN

EXAMEN DE GRADO O FIN DE CARRERA

MEMORIA TÉCNICA DE LA PARTE PRÁCTICA

TEMA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR CON
FRACTURA DE CADERA**

AUTOR

STALIN ANTONIO RAMÍREZ BAZÁN

TUTORA

LIC. YANEDSY DÍAZ AMADOR, MSc.

LA LIBERTAD – ECUADOR

2017

TRIBUNAL DE GRADO



Lic. Doris Castillo Tomalá, MSc.

**DECANA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



Lic. Sonia Santos Holguín, MSc.

**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Lic. Carmen Lascano Espinoza, MSc.

DOCENTE DE ÁREA



Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc.

TUTORA



Ab. Brenda Reyes Tomalá, Mgt.

SECRETARÍA GENERAL

ÍNDICE

TRIBUNAL DE GRADO	i
ÍNDICE	ii
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
Objetivos General	3
Objetivos Específicos	3
DESARROLLO DE LA PRÁCTICA	4
Descripción del Objeto de Estudio	4
Modelo y Teoría Aplicada	5
Aplicación del proceso de atención de enfermería	5
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXOS	16

INTRODUCCIÓN

El hueso que es más propenso a sufrir fracturas en la etapa adulta es el fémur, es por tal motivo que es considerado una afectación de salud a nivel mundial, debido a que los sujetos de riesgos son las personas mayores que se encuentran más propensas a asumir complicaciones como son las caídas que son factores importantes de gran aumento de morbi-mortalidad de los ancianos.

Las personas mayores tienen ese factor de riesgo de sufrir fracturas, debido a que las articulaciones, huesos están propensos a un debilitamiento progresivo a la edad avanzada, derivado del proceso fisiológico irreversible que en descompensación de un desequilibrio provoca alteraciones Anatomofisiológicas, Los problemas sobre añadidos; como falta de la visión es una complicación importante, debido a que tiene más posibilidades de ocasionar caídas dando como resultado una fractura.

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas, los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas. En los Estados Unidos de América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. OMS (2017). Por lo tanto, desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud manifiesta que las personas mayores son el ente de vulnerabilidad a sufrir lesiones representativas como fracturas a nivel de cadera.

Según estudios realizados por Serra J, Garrido G, Vidán M, Maraño E , Brañas F, Ortiz J (2011), indican que en España la incidencia global de fractura de cadera en ancianos es de 517 casos por 100.000 habitantes y año; 270 casos por 100.000 varones ancianos y año y 695 por 100.000 mujeres ancianas.

Los datos establecidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (2016), registrara que en el Ecuador las entre las diez principales causas de morbilidad a nivel nacional se encuentran las fracturas con una estimación tasa de 6,68 por cada 10.000 habitantes; analizándose además que es una de las afecciones más observadas en la vida intrahospitalaria siendo producidas por

lesiones o accidente en ancianos, alterando la condición física, mental, social del afectado.

En la Provincia de Santa Elena según los datos proporcionados por el INEC (2016), en relación a egresos hospitalarios por provincia se menciona que existe una población de 23.711 habitantes egresados, así mismo refleja que del total de egresados hospitalarios 109 fueron diagnosticados con fracturas de fémur y cadera.

Es por tal motivo que es de suma importancia indagar en los cuidados de enfermería basándose en el proceso de atención de enfermería, como eje primordial en el perfil del profesional de salud, dando como resultados a la recuperación del paciente, efectuando intervenciones de enfermería, tomando en cuenta valores éticos, humanísticos, interculturales con medidas de bioseguridad.

OBJETIVOS

Objetivos General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en el adulto mayor con fractura de cadera, proporcionando cuidados esenciales para disminuir riesgo de complicaciones.

Objetivos Específicos

1. Identificar riesgos de complicaciones en el adulto mayor con fractura de cadera
2. Determinar los cuidados específicos en pacientes inmovilizados por fracturas de cadera
3. Diseñar planes de cuidados para pacientes con fracturas de cadera evidenciando las taxonomías de enfermería

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA

Descripción del Objeto de Estudio

La fractura de cadera es la lesión ocasionada por factores internos y externos que generan dificultades y repercute en la salud de las personas mayores, en especial las del sexo femenino que por su naturaleza pierde más rápido masa ósea, que por medio de la menopausia puede desencadenar osteoporosis. Se consideran adultos mayores a todos los individuos que en su fase vital esta entre los 60-65 años edad.

En el transcurso del tiempo la funcionabilidad del organismo torna a sufrir alteración como el descenso a nivel físico y psicológico, los mismo que van afectando en las actividades de la vida diaria de las personas. Los huesos se tornan frágiles debido a que existe un proceso de desmineralización que es una disminución o de pérdida de la matriz proteica, provocando fracturas. Por lo general cuando una persona tiene una lesión de cadera es más propensa a que aparezcan patologías oportunistas que perjudiquen el proceso de recuperación.

Existen una clasificación en la cual están las intracapsulares y extracapsulares. La primera presentara lesión de la cabeza femoral, entre otras afecciones, la segunda afectara al fragmento próximo del fémur es decir en la ubicación de los trocánteres mayor y menor.

Existen signos y síntomas para diagnosticar una fractura de cadera de las cuales se menciona a continuación: Se visualiza incapacidad para trasladarse de un sitio a otro después de un evento de caída, cuando existe dolor de tipo intenso en una de las regiones de la cadera e Incapacidad de contener el peso de su cuerpo en la parte afectada o lesionada, Si presenta Rigor, contusiones e hinchazón en la zona de la cadera o alrededor de la zona afectada, cuando al caminar la posición de la pierna toma un pequeño giro hacia lo exterior de su cuerpo.

Con respecto al tratamiento quirúrgico según Muñoz G, Lavanderos F, Vilches A (2011), manifiestan que la cirugía debe realizarse tan pronto como sea posible, usualmente dentro de las primeras 24-48 horas desde el ingreso. Los intervalos de

tiempo prolongados entre el ingreso y la realización de la cirugía incrementan el riesgo de complicaciones y de mortalidad postoperatoria, a no ser que el retraso de la cirugía sea con el motivo de estabilizar una condición médica aguda, lo que mejoraría sus resultados.

Modelo y Teoría Aplicada

Es necesario hacer hincapié en el modelo de salud de la teórica Dorothea Orem quien nos aporta con su estudio del déficit de autocuidado lo que significa en este caso que las intervenciones de la enfermería estarán enfocadas en las limitaciones que presenta el individuo a causa de su condición de salud, el mismo que no podrá ser cubierto por cuestiones de recuperación.

Según el enfoque proporcionado por la teórica Dorothea Orem describe el concepto del modelo de salud “Déficit del autocuidado” como la decadencia de la destreza, e incapacidad de asumir autocuidado en forma eficaz. La representación de la teoría se basa en las necesidades que los individuos asocian a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud, estas restricciones hacen que las personas se vuelvan completa o parcialmente incapaz de conocer los requisitos para su propio cuidado.

Aplicación del proceso de atención de enfermería

Es de vital importancia valorar al paciente adulto mayor en lo referente a la causa de ingreso hospitalario, el proceso de atención de enfermería permite orientar los cuidados principales para la pronta recuperación del usuario. Como profesional de enfermería las acciones van direccionadas al campo de la promoción, prevención, y rehabilitación de la salud. La elección del objeto de estudio toma la modalidad de tipo descriptivo debido a que permite analizar datos obtenidos por fuentes primarias o secundarias.

Para la elaboración del trabajo práctico, el objeto de estudio se enfoca en un paciente adulto mayor de sexo femenino de 76 años de edad, Se realizó la exploración física para jerarquizar las afecciones que presenta, para todo ello se

establece la elaboración de diagnósticos de Enfermería que como consecuente dará la realización de planes de cuidados especializados de acuerdo al problema afectado, requiriendo a las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

Para establecer el proceso de atención de enfermería como eje principal se sitúa la **Valoración** del paciente Adulto Mayor de sexo Femenino de 76 años de edad que al momento descansa en decúbito supino activo se encuentra acompañada de su familiar, paciente presenta con antecedentes patológico personales de hipertensión arterial controlada, a la valoración física se observa consiente, orientada, con facies àlgicas debido a que paciente refiere que sufrió una caída en el hogar proporcionado por la limpieza de las cerámicas dando lugar a dolor en la parte izquierda de su miembro inferior.

Se realiza la valoración basándose en el parámetro céfalo-caudal, Cabeza: Normo céfalo, cabello oscuro/castaño con moderada implantación, con pequeñas laceraciones a nivel de la cara lateral derecha. Ojos; Simétricos, isocóricas sin alteración de las pupilas. Fosas nasales; Con vías aéreas permeables, No se observa lesiones a nivel de las fosas nasales. Boca: Con mucosa Semi-humedad, no existe alteración de los labios. Cuello: Simétrico no se observa lesiones aparentes, a la Palpación no se hallan adenopatías. Tórax: Simétrico con retracción torácica normal, a la Auscultación se hallan campos pulmonares ventilados, no presenta ruidos torácico anormales. Extremidades superiores: Con canalización de vía periférica permeable que se encuentra en el miembro superior derecho, se hallan pequeñas laceraciones en miembro izquierdo, hematoma. Extremidades inferiores: Se observa hematoma y laceración en la cadera de lado izquierdo a la palpación presenta edema valorado por el signo de godet. (fractura de cadera extraescapular) por radiografía. Abdomen: Blando depresible no doloroso a la palpación. Genitales: Para la intervención requiere catéter urinario

Una vez realizado la valoración comenzamos a efectuar los **diagnósticos** pertinentes para la patología presentada, el patrón afectado de mayor prioridad es:

- El de Actividad/reposo, su clase 2. Actividad/ejercicio, seguidos de otros patrones de respuesta y de acuerdo a las sintomatologías presente en el paciente después de la intervención quirúrgica.

- Confort. Su Clase: Confort Físico, Dolor agudo Relacionado con fractura de cadera manifestado por verbalización del paciente
- Seguridad/Protección, Clase: Lesión física Riesgo de úlcera por presión relacionado con Encamamiento prolongado.

La **planeación** es la etapa en la que el enfermero busca determinar los objetivos a alcanzar para la mejoría del paciente en este caso las acciones que el profesional se plantea es controlar el dolor en primera instancia antes y después de la intervención quirúrgica, seguido de actividades de respuestas humanas:

Control y valoración de constantes vitales antes durante y después de la intervención

Manejo y control de la Temperatura corporal

Brindar inmovilización del miembro afectado

Proporcionar medidas antitromboembólicas

Mantener vía periférica permeable

Administración de medicación según prescripción

Valorar el estado hemodinámico del paciente

Realizar exámenes de laboratorio

Control del riesgo de caída

Brindar cuidados asistencia de enfermería

Control y valoración de Diuresis

Control de riesgo de infección

Control de la medicación de patología de base

Proporcionar medidas de confort

Fomento de medidas auxiliares para prevención de Úlceras por decúbito

Registrar cada una de las acciones en la historia clínica del paciente

En la **ejecución** es la parte donde se pone en práctica todas las acciones antes mencionadas entre otras. Para valorar la estabilidad del paciente después de la intervención es necesaria una monitorización de las constantes vitales. Paciente presenta los siguientes signos vitales

Temperatura corporal de 37.0 °C, el Pulso 70/min, la Frecuencia Respiratoria de 18/min, Presión arterial de 130/90mmhg.

Se debe tener presente estos signos debido a que es un paciente con patología de base en este campo y con una Saturación de oxígeno de (SaO₂) 97%.

Se brinda medidas antitromboembolicas mediante vendaje en miembros inferiores para evitar riesgo de trombosis venosa profunda y se toma en cuenta los exámenes de laboratorio como Biometría y Grupo sanguíneo.

Se controla el dolor mediante administración de medicación analgésica según prescriba el doctor, además de brindar medidas alternativas para aliviar el dolor

Se controla Presión Arterial debido a que es hipertensa, se brinda mediación antihipertensiva. (Losartan 100mg)

Control de Sondaje vesical (Se debe valorar y controlar la diuresis, observar si presenta sedimentos y colurica etc.).

Se brinda valoración del riesgo de caída si esta alta, medio, bajo. En este caso esta Alto debido a que a su intervención.

Se brinda medidas de protección como uso de barandillas elevadas

Cambios de posición para prevenir úlceras por decúbito. Fomentar el descanso, se brinda medidas higiénicas.

Se controla posible riesgo de infección. Se brinda curación de herida quirúrgica

Se brinda confort y tranquilidad al paciente durante la estancia hospitalaria

La evaluación es la etapa de comparación sobre su condición y estado de salud actual, es decir es una fase donde mencionamos si los objetivos del plan son satisfactorios, si se alcanzó la meta o resultados esperados, en este caso como es una afección que presenta cuidados y recuperación a largo tiempo, se basó en la aplicación de cuidados que son resueltos en el tiempo determinado. No obstante, se mejoró el dolor mediante actividades de enfermería como la administración de medicamentos y medidas de relajación, Se mejoró riesgo de infección mediante intervenciones higiénicas. Mediante medidas de protección en las prominencias óseas se contrarresta a la aparición de úlceras por decúbito. Paciente mejora signos y síntomas presentes de pronta resolución. Usuario mantiene controles de signos vitales Estables. (Presión Arterial de 130/90 debido a su patología de base controlada). Paciente mantiene Plan de cuidados hasta culminar estancia hospitalaria, brindando información oportuna sobre la condición de salud del usuario.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN												
<p>Dominio: 12 Confort Clase: confort físico Código: (00132)</p> <p>Dolor agudo Relacionado con fractura de cadera manifestado por verbalización del paciente</p>	<p>Dominio: Salud Percibida Clase: Sintomatología Dolor</p> <table border="1" data-bbox="510 459 987 1203"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor referido</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Dolor referido		2				<p>Campo: 1 Clase: Fomento de la comodidad física Intervención: Manejo del dolor</p> <p>Actividades:</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización duración y factor que lo desencadena</p> <p>Asegurar que el paciente reciba analgésicos correspondientes</p> <p>Educar al paciente y familia sobre el tratamiento analgésico</p> <p>Controlar factores ambientales que influyan en el proceso del dolor</p> <p>Explorar en el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor</p> <p>Brindar medidas no farmacológicas para aliviar el dolor</p>	<p>Se valora el dolor presentado por el paciente, permite brindar tratamiento farmacológico y disminuir la afección que presenta el paciente.</p> <p>Brindando atención a este parámetro podemos aumentar el confort del paciente y disminuir el dolor durante la estancia hospitalaria.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5										
Dolor referido		2													

ELABORADO POR: Ramírez Bazán Stalin
E. ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																		
<p>Dominio: 4</p> <p>Actividad/ reposo</p> <p>Clase: 2 Actividad/ ejercicio</p> <p>Código: (00085)</p> <p>Deterioro de la movilidad física relacionado con pérdida de la condición física y deterioro musculoesquelético manifestado por disminución de las habilidades motoras gruesas</p>	<p>Dominio: Salud funcional</p> <p>Clase: movilidad</p> <p>Consecuencia de la inmovilidad fisiológica</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Indicadores</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fractura ósea</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Movimiento articular</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Fractura ósea	1					Movimiento articular	1					<p>Campo: 1</p> <p>Clase: Control de Inmovilidad</p> <p>Intervención: Inmovilización</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Actividades:</p> <p>Facilitar medidas de soporte en la parte corporal afectada</p> <p>Acolchar la parte lesionada para evitar fricción</p> <p>Restricción de movimiento según indicación médica</p> <p>Comprobar circulación de la parte afectada</p> <p>Observar si hay hemorragia en el sitio de la lesión</p> <p>Fomentar ejercicios isométricos necesarios.</p> <p>Involucrar a la familia que notifiquen alguna alteración del paciente</p> </div>	<p>Paciente se brinda cuidados esenciales para la inmovilización del miembro afectado.</p> <p>La colocación de medidas de protección en esta etapa es muy fundamental permitirá que el miembro afectado no sufra otra alteración.</p> <p>Si se efectúa los cuidados con rigurosidad y el tiempo prolongado mejorara su condición física.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5																
Fractura ósea	1																				
Movimiento articular	1																				

ELABORADO POR: Ramírez Bazán Stalin
E. ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN												
<p>Dominio: 4</p> <p>Actividad/ reposo</p> <p>Clase: 2 Actividad/ ejercicio</p> <p>Código: (00108)</p> <p>Déficit de autocuidado relacionado con deterioro de la movilidad manifestado por incapacidad de satisfacer las necesidades diarias</p>	<p>Dominio: Salud funcional</p> <p>Clase: movilidad</p> <p>Autocuidado: actividades de la vida diaria</p> <table border="1" data-bbox="551 491 1028 1337"> <thead> <tr> <th data-bbox="551 491 846 539">Indicadores</th> <th data-bbox="846 491 882 539">1</th> <th data-bbox="882 491 918 539">2</th> <th data-bbox="918 491 954 539">3</th> <th data-bbox="954 491 990 539">4</th> <th data-bbox="990 491 1028 539">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="551 619 846 762">Actividades diarias (Alimentación, higiene Postura)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td align="center">4</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Actividades diarias (Alimentación, higiene Postura)				4		<p>Campo: 1 fisiológico básico</p> <p>Clase: Facilitación de los autocuidados</p> <p>Intervención: Ayuda del autocuidado</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Considerar la cultura del paciente al fomentar autocuidados Considerar la edad del paciente al satisfacer las necesidades Proporcionar un ambiente terapéutico óptimo Considerar medidas de protección al realizar cuidados Ayudar al paciente a aceptar la necesidad de dependencia Brindar aseo considerando la privacidad del paciente Brindar confort y seguridad al paciente Educar a la familia que actividades de autocuidado Fomentar en la familia hábitos de autocuidados para el usuario 	<p>El adulto mayor con fractura de promedio le imposibilita realizar acciones de su vida diaria</p> <p>Si se cubren estas esferas de actividades diarias el paciente no rechazara el tratamiento sobreañadido a su situación actual</p>
Indicadores	1	2	3	4	5										
Actividades diarias (Alimentación, higiene Postura)				4											

ELABORADO POR: Ramírez Bazán Stalin
E. ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN												
<p>Dominio: 11 seguridad/protección Clase: 1 Infección Código: (00004)</p> <p>Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo (vía periférica) y alteración de la integridad de la piel.</p>	<p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud Clase: Control de riesgo y seguridad Control de riesgo: Proceso infeccioso</p> <table border="1" data-bbox="528 563 1021 1023"> <thead> <tr> <th data-bbox="528 563 831 608">Indicadores</th> <th data-bbox="837 563 869 608">1</th> <th data-bbox="875 563 907 608">2</th> <th data-bbox="913 563 945 608">3</th> <th data-bbox="952 563 983 608">4</th> <th data-bbox="990 563 1021 608">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="528 687 831 732">Controla el riesgo</td> <td></td> <td align="center">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Controla el riesgo		2				<p>Campo: 4 Seguridad Clase: Control de riesgo Intervención: Protección y Control de infecciones</p> <div data-bbox="1032 504 1648 1273" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Actividades:</p> <p>Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.</p> <p>Proporcionar medidas higiénicas</p> <p>Valorar y controlar constantes vitales</p> <p>Vigilar y controlar signos de shock séptico.</p> <p>Vigilar la aparición de Hipertermia</p> <p>Fomentar lavado de manos</p> <p>Limpieza de herida quirúrgica</p> <p>Realizar curación de heridas quirúrgicas</p> <p>Vigilar signos de infección e inflamación</p> <p>Administrar antibiótico según indicación medica</p> </div>	<p>El paciente podrá salir del cuadro clínico sin acarrear infección hospitalaria. Si se maneja actividades de prevención</p> <p>Se debe proporcionar medidas de higiénicas como el lavado de manos, el mismo que permite disminuir cierto riesgo.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5										
Controla el riesgo		2													

ELABORADO POR: Ramírez Bazán Stalin
E. ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADO

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN												
<p>Dominio: 11</p> <p>seguridad/protección</p> <p>Clase: 2 lesión física</p> <p>Código: (00249)</p> <p>Riesgo de úlcera por presión relacionado con Encamamiento prolongado.</p>	<p>Dominio: salud funcional</p> <p>Clase: movilidad</p> <p>Consecuencia de la inmovilidad: fisiológica</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Indicadores</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fractura ósea</td> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Fractura ósea		2				<p>Campo: 1 fisiológico básico</p> <p>Clase: Control de inmovilidad</p> <p>Intervención: Control de las úlceras por presión</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorar estado de la piel Proporcionar colchón anti escaras Proporcionar medidas hidratantes para la piel Valorar signos de úlceras por presión Control de prominencias óseas Brindar apoyo a las partes de riesgo de úlcera Control de decúbito según indicación médica Informar al familiar sobre las medidas de apoyo en el paciente Educar a la familia sobre los cuidados de la piel </div>	<p>Las úlceras por presión es una patología sobreañadida en el cuidado del paciente debido a la condición de inmovilidad del miembro afectado. Lo que es más propenso a sufrirla.</p> <p>Con las medidas de prevención proporcionada tales como utilización de colchón anti escara que nos permitirá disminuir la complicación, además de proporcionar medidas alternativas.</p>
Indicadores	1	2	3	4	5										
Fractura ósea		2													

ELABORADO POR: Ramírez Bazán Stalin
E. ENFERMERÍA

CONCLUSIONES

Las fracturas de cadera son unas de las patologías que desencadenan las personas mayores, tiene un impacto a nivel funcional, social y familiar, se debe considerar la identificación de las complicaciones que el adulto presentadas durante la estancia hospitalaria con el fin de evitar y suplir ciertos riesgos basándose en las intervenciones de enfermería.

Con la aportación de cuidados específicos para la inmovilización se logra mejorar la restricción de movimiento evitando complicaciones futuras, interviniendo con el equipo multidisciplinario en el cuidado enfermero, respetando la integralidad del ser humano en sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales.

Los Planes de cuidados estandarizados permite direccionar a los diagnósticos reales o de riesgo que estén presentes en las condiciones de salud del usuario, efectuando el proceso de enfermería en las diferentes etapas del ciclo vital del ser humano, en los ámbitos de promoción, prevención y recuperación de la salud.

Con la aportación del proceso de atención de enfermería se logra evidenciar las afectaciones que presenta el paciente, brindando una atención holística, integral que permite fortalecer el perfil profesional.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Muñoz G, Sebastián, Lavanderos F, Jorge, Vilches A. (2011). Fractura de Cadera. *Cuad. cir. Valdivia*, 22(1), 77. doi:10.4206/cuad.cir.2008.v22n1-11
- Orrego M, Morán N. (2014). En *Ortopedia y traumatología* (pág. 102). Santiago de Chile: Universidad de los Andes.
- Pérez A, De Pedro J . (2004). Patología del aparato Locomotor en ciencias de la salud . En *Fracturas y Luxaciones del miembro inferior* (pág. 107). Buenos Aires: Medica Panamericana, S.A. .
- Rodríguez E, Ortega M, Alonso G. (2003). En *Fracturas osteoporóticas: Prevención y tratamiento* (pág. 83). Madrid: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- Zanchetta J, Talbot J . (2001). . En *Osteoporosis: fisiopatología, diagnóstico, prevención y tratamiento* (pág. 424). Madrid-España: Editorial Medica Panamericana, S.A.

SITIOS WEB

- INEC. (2016). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Recuperado el 28 de 09 de 2017, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
- OMS. (Agosto de 2017). *OMS*. Obtenido de Centro de Prensa/ Caida: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- Serra J, Garrido G, Vidán M, Marañón E , Brañas F, Ortiz J. (2011). Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos. *Anales de Medicina Interna*, 19(8), 390. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992002000800002

ANEXOS

La Libertad, octubre 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora de la Memoria Técnica de la parte práctica: Proceso de Atención de Enfermería en el Adulto Mayor con Fractura de Cadera, elaborado por el Sr. STALIN ANTONIO RAMÍREZ BAZÁN, egresado de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de La Salud. Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, la APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente



.....
Lic. Díaz Amador Yanedsy, MSc.

TUTORA

La Libertad, octubre del 2017

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Ramírez Bazán Stalin Antonio** con Cédula de Identidad N° **240000063-0** declaro que la Modalidad de Titulación: Memoria Técnica de la parte Práctica es el producto de la experiencia en el área hospitalaria aplicando la metodología de la ciencia de enfermería con las taxonomías NANDA, NOC y NIC, la presente memoria es de mi absoluta responsabilidad; el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Ramírez Bazán Stalin Antonio
CI: 2400000630
AUTOR

EXAMEN CÉFALO-CAUDAL
VALORACIÓN DE CABEZA A PIES



Cabeza

Cara

Ojos

Oídos

Nariz

Boca/Garganta

Cuello

Tórax

Pulmones

Corazón

Abdomen

Riñones

Aparato genital

Recto

Extremidades

Espalda