



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y SU INFLUENCIA EN EL TIEMPO
DE EVOLUCIÓN DEL TRAUMA DE FÉMUR EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT
PONTÓN, AÑO 2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

AUTOR:

MEJILLÓN DE LA ROSA VÍCTOR EDWIN

TUTOR:

LIC. CESAR FIGUEROA PICO, PhD

PERÍODO ACADÉMICO

2020

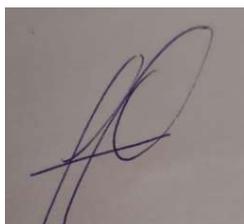
TRIBUNAL DE GRADO



Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, Mgt.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE
LA SALUD**



Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Lic. Adonis Hernández Ortiz
DOCENTE DE ÁREA



Lic. Cesar Figueroa Pico, PhD
DOCENTE TUTOR



Ab. Víctor Coronel Ortiz, Mgt
SECRETARIO GENERAL

La libertad, 11 de noviembre del 2020

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del proyecto de investigación, titulado: CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y SU INFLUENCIA EN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL TRAUMA DE FÉMUR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN, AÑO 2019. Elaborado por EL Sr. Víctor Edwin Mejillón de la Rosa, estudiantes de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente:



Lic. Cesar Figueroa Pico, MSc.

DOCENTE TUTOR

DEDICATORIA

A nivel institucional:

Dedico en gran parte este logro a la Universidad Estatal Península de Santa Elena por ser el alma mater, donde me acogió por muchos años mientras culminaba mis años de estudios, brindándome conocimientos necesarios para culminar una etapa de estudio.

A nivel profesional:

Este trabajo está dirigido a todos los profesionales de enfermería que están dedicados al campo del área de la salud, por impartir tanto conocimientos como de su buena atención hacia el paciente dando un enfoque humanístico a la profesión como tal.

A nivel personal:

Dedicado a todas las personas que estuvieron conmigo en las buenas y en los malos momentos, dedico este trabajo a mis padres por a ver sido los principales en creer en mí y en que podía terminal un largo camino que escogí hace años atrás.

Víctor Edwin Mejillón de la Rosa

AGRADECIMIENTOS

A nivel institucional:

Agradezco a la Universidad Estatal Península de Santa Elena donde me forme como profesional, a la facultad de Enfermería por haberme impartido todos los conocimientos necesarios, a cada uno de mis docentes por creer en mi capacidad de seguir aprendiendo de ellos, motivándonos día a día para seguir adelante con nuestros objetivos.

A nivel profesional:

A cada uno de los licenciados que fueron parte de mi formación agradezco su confianza en cada palabra o accionar que me comprometían como futuro profesional, enseñándome de esa manera a dejar el miedo, temor a un lado y confiar en mis propios conocimientos obtenidos durante mi periodo como estudiante.

A nivel personal:

Agradezco en primer lugar a Dios por haber hecho esto posible, mantenerme firme al darme sabiduría para superar cada obstáculo presentado Agradecido con mis padres y por su apoyo incondicional en cada momento de mi vida mi familia en general, creyendo en cada paso que doy, en mi capacidad intelectual, confiado intensamente en mí, siendo mi mayor motivación por cada logro obtenido, mi pilar fundamental para poder levantarme y seguir luchando el día a día.

Víctor Edwin Mejillón de la Rosa

DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de investigación es de nuestra responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la universidad Estatal Península de Santa Elena.

Victor Meillon

Sr. _____

Mejillón de la Rosa Víctor Edwin

C.I: 0923672141

Correo: edwin_meillon@hotmail.es

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
DECLARACIÓN	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	Error! Bookmark not defined.
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
1. El problema	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema.....	6
2. Objetivos	6
2.1 Objetivo general.....	6
2.2 Objetivos específicos	6
3. Justificación	6
CAPÍTULO II.....	9
4. Marco teórico	9
4.1 Marco referencial	9
4.2 Fundamentación teórico	11
4.3 Fundamentación legal	32
5. Formulación de la hipótesis.....	35
5.1 Identificación y clasificación de variables	35
5.2 Operacionalización de variables	36
CAPÍTULO III	37
6. Diseño metodológico	37
6.1 Tipo de la investigación.....	37
6.2 Métodos de la investigación	37
6.3 Población y muestra	37
6.4 Tipo de muestreo	38
6.5 Técnica de recolección de datos.....	38
6.6 Instrumentos de recolección de datos.....	38

6.7 Aspectos éticos	39
CAPÍTULO IV	40
7. Presentación de resultados	40
7.1 <i>Análisis e interpretación de resultados</i>	40
7.2 <i>Conclusiones</i>	47
7.3 <i>Recomendaciones</i>	48
8. Referencias bibliográficas	49
9. Anexos	53

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Valoración de enfermería durante la estancia hospitalaria en pacientes con trauma de fémur en el Hospital Abel Gilbert Pontón	40
TABLA 2: Incidencia de fracturas de fémur en el Hospital Abel Gilbert Pontón en el año 2019	41
TABLA 3: Días de hospitalización en pacientes con fractura de fémur en el Hospital Abel Gilbert Pontón.....	42
TABLA 4: Tiempo de estancia hospitalaria y su relación con la calidad del cuidado enfermero en pacientes con fractura de fémur en el Hospital Abel Gilbert Pontón	43
TABLA 5: Principales complicaciones durante la hospitalización en pacientes con fractura de fémur en el Hospital Abel Gilbert Pontón.....	44
TABLA 6: Principales medidas de rehabilitación aplicadas por el personal de enfermería en pacientes con trauma de fémur	45
TABLA 7: Factores de riesgo asociados a fracturas de fémur en pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert Pontón	57
TABLA 8: Principales causas de fractura de fémur en los casos atendidos en el Hospital Abel Gilpert Pontón	58
TABLA 9: Medidad aplicadas por el personal de enfermería para el control de escara en pacientes con trauma de fémur durante la estancia hospitalaria.....	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	40
GRÁFICO 2:	41
GRÁFICO 3:	42
GRÁFICO 4:	43
GRÁFICO 5:	44
GRÁFICO 6:	45
GRÁFICO 7:	57
GRÁFICO 8:	58
GRÁFICO 9:	59

RESUMEN

Se define como fractura a la pérdida de continuidad del hueso, producidas como consecuencia de un esfuerzo excesivo o una sobrecarga que supera la resistencia del mismo, se pueden producir por: accidente traumático, estrés repetido, o debilitamiento del hueso por diferentes tipos de patológicas, como la osteoporosis. El principal rol del personal de enfermería es la adecuada recepción, valoración y dar un diagnóstico individualizado a pacientes con este tipo de traumas, además de reducir su estancia hospitalaria de acuerdo a la calidad de cuidados asistenciales brindados por el enfermero. El objetivo general de este proyecto de investigación es determinar la calidad del cuidado enfermero aplicados por el personal de enfermería y su influencia tanto en el tiempo de evolución y rehabilitación de pacientes con trauma de fémur, ingresados en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, en el año 2019. Se basa en un enfoque cuantitativo, no experimental, retrospectivo y analítico. Se obtiene como resultados que, el personal de enfermería cumple al 100% con los requerimientos de administración de medicamentos, cuidados de vías periféricas, mientras que en el 59% y el 55% de los casos se aplican medidas de curación de heridas y control de escaras respectivamente. Además, el 59,3%, recibieron una buena atención por el personal de enfermería, logrando así una corta estancia de hospitalización y una de las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes fue, con el 18.5%, la infección de la herida quirúrgica.

Palabras claves: fractura de fémur, calidad de cuidado, plan de atención de enfermería, fracturas de miembros inferiores

ABSTRACT

A fracture is defined as the loss of continuity of the bone, produced as a result of excessive effort or an overload that exceeds its resistance, can be caused by: traumatic accident, repeated stress, or weakening of the bone due to different types of pathologies, like osteoporosis. The main role of the nursing staff is the proper reception, assessment and giving an individualized diagnosis to patients with this type of trauma, in addition to reducing their hospital stay according to the quality of care provided by the nurse. The general objective of this research project is to determine the quality of nursing care applied by the nursing staff and its influence on both the evolution and rehabilitation time of patients with femur trauma admitted to the Dr. Abel Gilbert Pontón Specialty Hospital, in 2019. It is based on a quantitative, non-experimental, retrospective and analytical approach. The results are that the nursing staff complies 100% with the requirements for the administration of medications, care of the peripheral pathways, while in 59% and 55% of the cases, wound healing and control measures are applied. bedsores respectively. Furthermore, 59.3% received good care from the nursing staff, thus achieving a short hospital stay and one of the most frequent post-surgical complications was, with 18.5%, surgical wound infection.

Key words: femur fracture, quality of care, nursing care plan, lower limb fracture

INTRODUCCIÓN

Una fractura es considerada como la pérdida de continuidad del hueso. Estas se pueden producir por: accidente traumático, estrés repetido, o debilitamiento anormal del hueso debido a diferentes tipos de patológicas. Teniendo a consideración que la distribución por edad va a determinar la causa de la fractura, siendo así, en personas jóvenes, producido por traumas de alta energía y frecuentemente por accidentes de tránsito, mientras que, en mayores de 50 años, o en adultos mayores, son producidas generalmente por caídas de baja altura o traumas de baja energía. (Romero J. D., 2016)

Según la OMS, se producen más de un millón de fracturas de fémur proximal, en personas de edad avanzada, alrededor del mundo. Debido al continuo envejecimiento de la población, se estima un aumento aproximado de 1.5 millones de fracturas de fémur en todo el mundo, convirtiéndose en un grave problema de salud pública, para el año 2050, siendo América Latina, región en la que se espere el mayor aumento de incidencia, debido a la falta de conocimiento y capacitación del personal de enfermería ya que el sector salud no cuenta con protocolos estandarizados que brinden atención integral, que disminuya la incidencia de este tipo de patología. (Mosquera & Maurel, 2015)

Si se mejoran los cuidados de enfermería, los beneficiarios directos serán los pacientes sometidos a tratamientos quirúrgicos por trauma de fémur, porque favorecerá directamente el nivel de salud y calidad de vida de estos pacientes, reduciendo el elevado consumo de recursos que supone el tratamiento de estas complicaciones, para un hospital.

En Ecuador, según el Anuario de Estadísticas Hospitalarias del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, en el año 2015 se reportaron 6914 pacientes con fractura de fémur, de los cuales 3461 fueron hombres y 3453 mujeres. Entre los principales factores de riesgo figuran: edad de 50 años o más, antecedentes de fractura de cadera, sexo femenino, alcoholismo, sedentarismo y osteoporosis. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015)

Gracias a la mejora e innovación científica, estudios preoperatorios, instrumentación quirúrgica, rehabilitación profesional y la calidad de los cuidados intensivos por parte del personal de enfermería, se garantiza un mejor pronóstico de vida y rehabilitación dando una evaluación completa del paciente conociendo la estabilidad y complejidad de la lesión y la calidad del tejido óseo con el objetivo de que en el proceso de recuperación, el paciente obtenga la mayor funcionalidad del miembro inferior afectado mientras el paciente se encuentre en la casa de salud. (Urcola, 2012)

Este proyecto de investigación tiene como propósito determinar cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados con fractura de fémur en el Hospital de especialización Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, en el área de hospitalización, y definir la importancia de que la institución cuente con protocolos de atención, para poder mejorar la calidad de atención en pacientes con este tipo de traumas.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1 Planteamiento del problema

El fémur es el hueso más largo y fuerte de nuestro esqueleto humano, este consta de una diáfisis y dos epífisis, se articula proximalmente con el hueso de la cadera y distalmente con la rótula y la tibia. La fractura femoral, hace referencia a la fractura del hueso del muslo. Anatómicamente va desde la cadera hasta la rodilla, representada por una línea que va de la cresta del vasto lateral, hasta el límite distal del trocánter menor. Por este motivo, se requiere de una fuerza extraordinaria para romperlo, sin embargo, existen casos en los que no es necesaria mucha fuerza para que se produzca una fractura. (Hospital del Trabajador, 2019)

Una fractura de fémur representa una patología que suelen sufrir pacientes en rangos de edad entre 30 y 50 años por condiciones diferentes en general por caídas de baja o una considerable altura y en menores de edad en pacientes que hayan sufrido caídas brusca de grandes alturas o accidentes de tránsito, esto depende del progresivo y alarmante envejecimiento a nivel mundial que tiene mayor incidencia a una fractura por fragilidad ósea (Romero J. D., 2016)

Se considera, además, una lesión traumática dejando como secuela deformaciones, inestabilidad, limitaciones de movimientos del paciente y alteraciones degenerativas, tanto en niños, jóvenes, adultos y ancianos.

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), reportó 6,3 millones de pacientes con politraumatismos en el año 2012, siendo las localizaciones más frecuentes en las extremidades inferiores. Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reportó durante el año 2012 que, en Latinoamérica, existe una alta prevalencia de pacientes adultos mayores a 65 años de edad con politraumatismos, donde el género femenino participa con 52%, debido principalmente a osteoporosis o caídas, siendo las fracturas de las extremidades inferiores, cadera, extremidades superiores, cabeza y otras áreas, las más frecuentes. (Batioja & Simisterra, 2015)

En Ecuador, según el Anuario de Estadísticas Hospitalarias del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, en el año 2015 se reportaron 6914 pacientes con fractura de fémur, los cuales 3461 fueron hombres y 3453 mujeres. Entre los principales factores de riesgo figuran: edad de 50 años o más, antecedentes de fractura de cadera, sexo femenino,

alcoholismo, sedentarismo y osteoporosis. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015)

Si bien es cierto, las fracturas de las extremidades son muy frecuentes, el tratamiento a este tipo de pacientes, como única y principal medida, va a ser la corrección quirúrgica, el cual tiene el objetivo de recuperar la funcionalidad de la extremidad, para no comprometer la calidad de vida del paciente. Convirtiendo los cuidados principales en tres ejes: reducir, mantener, ejercitar. (Aldaco & Briceño, 2017)

El paciente con trauma de fémur según estadísticas permanece hospitalizado alrededor de 30 días sin mayor novedad, unas de las principales problemáticas recurrentes de las instituciones es no contar con suficientes especialistas terapéuticos, por lo tanto el personal de enfermería cubriría con el plan terapéutico proporcionando al paciente cuidado integral postoperatorio, brindándole comodidad haciendo uso de conocimientos teóricos, prácticos, de acuerdo a las normativas y estándares aplicando el Proceso de Atención de Enfermería, garantizando cuidado humanizado con actitud, ética respetando la dignidad y derechos del paciente desde que inicia hasta que termina el turno del personal de enfermería, utilizando las técnicas de esterilización, desinfección y técnica aséptica para tratar este tipo de patologías. Finalmente evitaría futuras complicaciones que podrían aumentar la morbilidad y mortalidad en el usuario. (Batioja & Simisterra, 2015)

El pronóstico depende de varios factores, entre ellos, el tipo anatómico de la fractura y la técnica utilizada para la corrección y fijación de la misma. Además, se toman diferentes medidas de cuidado y rehabilitación durante la estancia hospitalaria que tienen la finalidad de mejorar el pronóstico de recuperación y reintegración a las actividades cotidianas del diario vivir y autonomía de vida después del traumatismo. (Cardenas, Cobeñas, & Garcia, 2017)

Según la OMS, la enfermería engloba la atención autónoma en colaboración de todas las edades, familia, grupos, y comunidades estos ya sean enfermos o no y en toda circunstancia posibles, comprendiendo la promoción de salud, prevención de la enfermedad y atención de primera a enfermos, discapacitados y personas en situaciones muy críticas.

Se ha podido evidenciar en diversos estudios el escaso contacto del enfermero con el paciente, siendo el cuidado de enfermería integral tener la esencia de humanidad, mezclando el conocimiento científico y tecnología para el beneficio del ser humano que

está recibiendo los cuidados evitando la vulnerabilidad del paciente ya que puede repercutir en su recuperación. (Ccanihua, 2017)

La atención principal ante un paciente poli traumatizado predomina la supervivencia y disminución de secuelas del paciente siendo el rol de enfermería fundamental dentro del equipo de emergencia, donde se evaluará constantemente resultados, optimizando y coordinando esfuerzos cubriendo mejor sus necesidades, aumentando la calidad asistencial disminuyendo mortalidad de los primeros momentos y posteriores. (Satán, 2018)

Los cuidados de enfermería al paciente poli traumatizado producto de la revisión bibliográfica corresponden a procedimientos como colocación de vía periférica, extracción de muestras, control de signos vitales, inmovilización cervical, identificación de signos de lesión vascular, control de hemorragias, administración de líquidos y paquetes globulares, limpieza de vías aéreas, control de ingesta y excreta, educación al paciente, comunicación activa, protección de infecciones, administración de medicamentos, ayuda con la higiene personal. (Ordoñez, 2018)

El principal rol del personal de enfermería es la adecuada recepción, valoración y dar un diagnóstico individualizado a pacientes con este tipo de traumas, requiriendo un tratamiento específico que aumente la calidad de los cuidados asistenciales contando también con la identificación de posibles problemas que podrían comprometer la vida, corrigiéndola de forma eficaz reduciendo así la morbimortalidad de los pacientes hospitalizados en dicha institución. (Maldonado, 2010)

El alcance de la investigación está delimitado en la Sala de Hospitalización del Hospital del hospital Abel Gilbert Pontón, área de Traumatología, por ello se solicita las historias clínicas al personal encargado del departamento de estadísticas, para conocer de manera directa la atención dada por el personal de enfermería, tiempo de evolución entre sus posibles complicaciones mientras estuvo internado.

En el hospital no existen estadísticas debidamente planteadas sobre un determinado número de casos sobre fractura de fémur, se refleja en este proyecto de investigación la incidencia de fractura de fémur entre los meses de enero a marzo del año 2019.

Con el fin de centrar los estudios futuros a estandarizar y establecer un protocolo de atención de enfermería para un mejor servicio en cuanto a la calidad de cuidados de enfermería contribuyendo a una mejor recuperación.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo la calidad del cuidado enfermero influye en el proceso de evolución, en pacientes con trauma de fémur, en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante los meses de enero a marzo del 2019?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Determinar la calidad del cuidado enfermero aplicados por el personal de enfermería y su influencia tanto en el tiempo de evolución y rehabilitación de pacientes con trauma de fémur, ingresados en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante los meses de enero a marzo del año 2019.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales medidas de cuidado en pacientes con fractura de fémur durante el postoperatorio aplicadas por el personal de enfermería
- Determinar la incidencia de fractura de fémur en el Hospital Abel Gilbert Pontón en el periodo 2019
- Determinar el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes con trauma de fémur y su relación con la calidad del cuidado enfermero
- Identificar las complicaciones que se producen durante la estancia hospitalaria en pacientes con fractura de fémur

3. Justificación

La calidad de cuidados de enfermería, señala que la calidad del cuidado es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones incrementan la probabilidad de los resultados sanitarios deseados y son consistentes con el crecimiento profesional. De esta manera la calidad existe en la medida que el servicio que se brinda a los usuarios, sea eficiente, bien desempeñado, efectivo y apropiado. De ahí, que la calidad del cuidado que brinda la enfermera tiene cuatro características fundamentales: humana, oportuna, continua y segura. Se refiere que el cuidado constituye el foco principal del profesional enfermero y que la calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: La naturaleza de los cuidados, la aplicación de conocimientos y la adecuada

utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutoria y a la normatividad legal existente. (Cordova, 2018)

Por esta razón, se realizó un estudio sobre la percepción de los cuidados de enfermería que recibieron los pacientes con diagnóstico de fractura de fémur en el hospital Abel Gilbert Pontón, proporcionando información necesaria de la calidad de cuidados de enfermería, las diversas actividades del personal, existiendo también falencia o factores que causarían una mal atención hacia los usuarios afectando seriamente la capacidad de brindar una atención de calidad y calidez por lo cual es importante conocer todo sobre la patología, evitando a largo plazo posibles complicaciones satisfaciendo todas las necesidades del paciente.

Las fracturas constituyen un problema en la actualidad ya que representan una de las indicaciones más habituales de cirugía, tanto en el adulto como en el anciano. Además, afecta a diferentes áreas como medicina interna, traumatología, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social y en la economía de la atención sanitaria. Existen factores de riesgo que predisponen a desarrollar una fractura como: edad > 65 años, ser mujer, antecedentes de fractura de cadera, osteoporosis, demencia, enfermedades neurológicas, discapacidad visual, o caídas de repetición. (Romero J. D., 2016)

Este tipo de trauma representa una patología frecuente a nivel global, lo que prioriza costear a nivel de salud pública, ya que afecta a gran nivel la salud de dichos pacientes. Según estudios nacionales como internacionales se ha evidenciado que las fracturas van cada vez más en aumento y de estas las que más tiene repercusión en la población son las fracturas de fémur proximal especialmente en personas adultas mayores.

Los adultos mayores, principalmente, tienen mayor prevalencia a padecer de fracturas en sus miembros inferiores, debido a que por la condición propia de la edad tienen mayor inestabilidad corporal, que los puede hacer víctima de caídas accidentales, así como también por tener alta incidencia en afecciones como la osteoporosis, que predisponen a las fracturas en la cabeza de fémur. (Batioja & Simisterra, 2015)

El presente proyecto de investigación pretende analizar y estudiar la calidad del cuidado enfermero y su influencia en el tiempo de evolución del trauma de fémur en pacientes hospitalizados en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2019.

El aporte investigativo destaca la labor del profesional de enfermería que constituye cuidados de los pacientes, observando actividades efectuados sin un protocolo realizado, buscando atención especializada establecidos en principios constitucionales, beneficiándose tanto el personal de enfermería como los pacientes atendidos con este tipo de traumas cumpliendo su rol con calidad y calidez dentro y fuera del área hospitalaria.

Actualmente, se propone que el tratamiento se debe enfocar a la pronta resolución de la lesión ósea para una recuperación funcional en un tiempo menor al habitual, así como, evitar las complicaciones que pueden aumentar la morbilidad y mortalidad en el usuario. Por lo tanto, cuando el manejo es apropiado y la rehabilitación temprana se puede reducir el tiempo de recuperación y las complicaciones, es decir, el paciente podrá reintegrarse en adecuadas condiciones físicas a sus actividades. (GPC, 2009)

Por lo antes mencionado es precisó ampliar nuestros conocimientos ya que los cuidados de enfermería constituyen un elemento fundamental e indispensable en mantener la calidad de vida en los pacientes de tal manera que se disminuya las complicaciones, así como también contribuir en su recuperación e inserción al entorno familiar.

CAPÍTULO II

4. Marco teórico

4.1 Marco referencial

Según el estudio realizado por la Universidad Nacional de Callao, Perú, en el año 2018, con título, “Gestión del cuidado de enfermería en pacientes con fractura de fémur portadores de tracción esquelética y cutánea mayores de 10 años hospitalizados en el servicio de traumatología en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega”, determinan la estancia hospitalaria, teniendo como resultado que; la estancia hospitalaria de los pacientes con fractura de cadera hospitalizados los que permanecen con más días de hospitalización son los que tienen mayor edad y de estos los que son mayores de 70 años, con un porcentaje de 45.1%, seguido de los de edades de 61-70 años con un porcentaje de 22.6%, luego lo de edades entre 56-60 años con un porcentaje de 21.0%, luego los de 50-55 con un porcentaje de 11.3% y como conclusión que, el cuidado debe enmarcarse en la valoración individualizada de acuerdo a las características de cada paciente, del diagnóstico, el pronóstico y su recuperación la cual va ir en beneficio del paciente su familia y la comunidad, para finalmente disminuir la estancia. (Benites, 2018)

En El Ecuador, según un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil, mediante una investigación de tipo descriptiva y transversal, cuyo objetivo general fue, “Determinar los cuidados de enfermería en la atención de adultos mayores de 65 años de edad con fracturas de miembros inferiores en la cabeza de fémur, en el área de Hospitalización, 2015”, presentan como resultados y conclusiones que; De acuerdo a estos resultados del protocolo post quirúrgico el 40% cumple, por lo tanto varias de las actividades de esta etapa no se cumplen y dificultan el periodo que transcurre al final de la operación y la completa recuperación del paciente, además no se educa al paciente, por lo tanto carecen de conocimientos para el autocuidado de la herida. (Batioja & Simisterra, 2015)

Según un estudio publicado en la Revista del Cuidado de Enfermería, de Colombia, con el título: “Atención de enfermería frente al manejo postoperatorio de fracturas óseas”, en el año 2018, cuyo objetivo es; Describir la atención de enfermería en pacientes pos operados por fracturas óseas, a fin de optimizar el cuidado del paciente durante la hospitalización dentro del Hospital de Especialidades San Bartolo, determina como resultados que, se presenta como un hallazgo favorable que el 83% de la población encuestada expresó estar de acuerdo con manejar adecuadamente diversos dispositivos

para el drenaje durante el periodo de hospitalización, ya que es fundamental el conocimiento por parte de los profesionales de enfermería de los cuidados destinados al manejo, control y curas del paciente portador de drenajes y poder detectar rápidamente complicaciones que pudieran existir como hemorragias, infecciones, pérdida excesiva de líquidos, arrancamientos involuntarios y dehiscencias de la sutura, así como mantener la permeabilidad del drenaje y en concordancia con que el 67% afirmó estar de acuerdo con que las constantes vitales sean evaluadas frecuentemente durante el periodo de hospitalización, que es beneficioso en consideración al alto valor que le otorga el paciente a recibir un control permanente de los parámetros vitales. (Lugo, Melendez, & Andrade, 2017)

Según el estudio realizado en el Ecuador, por la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, con el título: “Atención de enfermería en pacientes con tracción musculo esquelética en miembros inferiores en el área de cirugía del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, en el año 2012”, cuyo objetivo fue; “Analizar la atención de enfermería en pacientes con tracción musculo esquelética en miembros inferiores en base al modelo conceptual de atención de enfermería de Virginia Henderson y los métodos enfermeros NANDA y NIC”, obtienen como resultados que; El 55% de las licenciadas(os) en enfermería no emplea ningún tipo de escala para valorar el estado de la piel del paciente, el 27% refiere que usan la escala de Norton, el otro 18% refiere que usan la escala de Braden. (Chalen, 2012)

En el estudio realizado en Lima – Perú, por la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, titulado: “Cuidados de enfermería en paciente post operado inmediato de fractura de cadera en el servicio de recuperación de la clínica padre Luis Tezza, 2017”, determinan que, en la unidad de recuperación post anestésica, el modelo que más se adecuó a nuestro trabajo fue el modelo de Virginia Henderson, el cual permitió determinar la prioridad de atención en cuanto a la necesidad afectada y plantear objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente post operado, concluyendo además que, se observa la importancia de una adecuada y correcta elaboración de cada etapa del PAE, por ello el PAE es una herramienta primordial en nuestra labor diaria como profesional, ya que ayuda a la enfermera a elaborar un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, planificado e individualizado. (Herrera, 2017)

4.2 Fundamentación teórico

4.2.1 Calidad del cuidado enfermero

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad. (Gomez , 2015)

La teoría del cuidado de enfermería pretende describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería en general, la enfermería y sus cuidados son tan antiguo como la humanidad ya que las personas siempre han necesitado cuidados de enfermería cuando están enfermos o heridos, desde sus inicios en las primeras guerras del mundo fueron esenciales los cuidados, además se cree que la figura de la enfermera apareció en los tiempos remotos durante la edad media, las enfermeras eran en su mayoría mujeres sin formación que ayudaban a traer niños al mundo. El cuidado de los enfermos estaba muy asociado a las monjas como un trabajo voluntario, con más formación que les permitía cuidar de los enfermos. (Navarro M. , 2015)

La calidad de atención del licenciado en enfermería es un compromiso de todo profesional, considerando como un indicador que brinda las entidades de servicios de salud. Es importante que la enfermera como uno de sus miembros tenga un manejo adecuado del paciente, considerando que las relaciones interpersonales con el paciente deben ser oportunas, continuas, dinámicas y libres de riesgo; contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de atención que brinda el enfermero al usuario del servicio de emergencia. (Trincado, 2015)

Según la Organización Mundial de la Salud define al cuidado como un alto nivel de excelencia profesional, es decir, el uso eficiente de los recursos con un mínimo riesgo para el paciente logrando así un alto grado de satisfacción, además también tener respeto al paciente y familia, hacer lo correcto y de forma inmediata, mejorar siempre como profesionales y preocuparnos por la innovación, usar el vocabulario correcto, que exista la confianza al servicio que se les brinda y al profesional. (OMS, 2018)

De esta manera, se define Cuidado de enfermería a la esencia y el sentido de la disciplina; alrededor de él gira, tanto el desarrollo conceptual como el ejercicio profesional, la investigación y la formación del recurso humano. Por lo tanto, el cuidado de enfermería exige actuar con calidad científica, técnica y humana. Es así, que el profesional de enfermería, quien se encarga de desarrollar diversas acciones, es la persona que debe brindar una atención integral al paciente, teniendo en cuenta al individuo como

persona, proporcionando un completo bienestar físico, social y psicológico encaminado a satisfacer las necesidades humanas. (Urrutia, Riquelme, & Araya, 2012)

4.2.2 Fractura

Se considera una fractura a la discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. (Giraldo, 2004)

En la mayoría de los casos las fracturas son causadas debido a la presión ejercida en la zona del cuerpo lesionada, como una reacción cuando se sufre una caída o un accidente, o por enfermedades a los huesos consideradas fracturas de tipo patológicas. (Batioja & Simisterra, 2015)

Clasificación:

Tienen varias clasificaciones por su etiología, por su mecanismo de producción por afectación de partes blandas, por su factor de interrupción, y por su estabilidad.

Según su etiología:

- Fracturas habituales: Es el único traumatismo cuya violencia es capaz de desencadenar una fractura en un hueso de cualquier calidad.
- Fracturas por insuficiencia o patológicas: Producido por la debilidad ósea, debido a procesos generales que cursen con osteopenia u otosclerosis bien sean enfermedades óseas frágiles constitucionales o metabólicas.
- Fracturas por fatiga o estrés: La fractura es el resultado de solicitaciones mecánicas repetidas. (Ruiz, Hazañas , & Conde, 2014)

Según el mecanismo de producción:

- Traumatismo directo. La fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura de cúbito por un golpe fuerte en el brazo.
- Traumatismo indirecto. La fractura se produce a distancia del lugar donde ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura del codo por una caída sobre las palmas de las manos.

Según su estabilidad:

- a) Estables: Son las que no tienen tendencia a desplazarse tras conseguir la reducción. Son fracturas de trazo transversal u oblicuo, menor de 45°.
- b) Inestables: Son las que tienden a desplazarse tras la reducción. Son fracturas con un trazo oblicuo mayor de 45°, excepto las de trazo espiroidea. No hay que olvidar que la estabilidad depende más de las partes blandas que del plano de fractura. (Ruiz, Hazañas , & Conde, 2014)

Según el estado de la piel

- Fracturas cerradas. (fractura compuesta) Son aquellas en las que la fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada.
- Fracturas abiertas. (fractura simple) Son aquellas en las que se puede observar el hueso fracturado a simple vista, es decir, existe una herida que deja los fragmentos óseos al descubierto. (Giraldo, 2004)

4.2.3 Fractura de fémur

El término fractura de fémur podría definirse como las fracturas que se producen en la diáfisis femoral y en la metáfisis distal de éste hueso largo.

Factores de riesgo:

- Edad avanzada
- Osteoporosis
- Reducción de la masa muscular
- Ciertas enfermedades que debilitan los huesos, como osteoporosis o cáncer
- Participación en ciertos deportes de contacto, como fútbol americano (Segura, 2018)

La fractura de fémur es producto de traumas de baja energía, en la población mayor de 50 años quienes además presentan factores de riesgo asociados tales como osteoporosis, vida sedentaria y enfermedades asociadas, el porcentaje de fracturas de cadera es tres veces más elevado en los individuos que viven en residencias geriátricas. Las fracturas de fémur constituyen en la actualidad un problema importante a tener en cuenta debido al envejecimiento de la población, ya que es una patología frecuente en el paciente mayor y constituye una de las indicaciones más habituales de cirugía en el anciano.

Causas:

Las siguientes son causas comunes de fracturas óseas:

- Caída desde una altura
- Accidentes automovilísticos
- Golpe directo
- Fuerzas repetitivas, como las que se presentan cuando una persona corre, pueden ocasionar fracturas por estrés en los pies, los tobillos, la tibia o la cadera.

Síntomas:

Se basa en los hechos clínicos de la anamnesis y del examen físico. Los hechos que configuran el cuadro clínico son siempre los mismos: (Ramirez, 2013)

- Dolor de intensidad variable, dependiendo del grado de la lesión ósea, magnitud del desplazamiento, etc. Se manifiesta en la zona del pliegue inguino-crural, irradiado a la cara interna del muslo y aún hasta la rodilla.
- Impotencia funcional, en la mayoría de los casos es absoluta; pero en fracturas sub-capitales, no desplazadas y encajadas, es posible la estadía de pie y aun la deambulación, aunque con ayuda de terceras personas o de bastón.
- Miembro inferior más corto, por el ascenso del segmento femoral, determinado por la contractura muscular de los pelvi-troncantéreos.
- Rotación externa, por acción del músculo psoas-ilíaco. Las dos deformaciones señaladas pueden ser de mínima cuantía, difíciles de detectar en fracturas sub-capitales o medio-cervicales, reducidas y encajadas; también ello se suele constituir en causal de errores de diagnóstico.
- Ligera abducción del muslo, e imposibilidad para elevar el talón de la cama

Diagnóstico y pronóstico

Estudio radiográfico

Corresponde a un examen imprescindible y de realización urgente. En la mayoría de los casos no hace sino confirmar la sospecha diagnóstica, agregando información referente al sitio exacto del rasgo de fractura, su orientación, existencia y magnitud del desplazamiento de los fragmentos. Deben pedirse dos proyecciones, generalmente perpendiculares (deberá girarse el aparato de Rx, no el miembro) y deberá incluir las dos

articulaciones adyacentes, para descartar lesiones asociadas. (Ruiz, Hazañas , & Conde, 2014)

Pronóstico

La fractura del cuello del fémur debe ser considerada como de extrema gravedad, cualesquiera sean sus características anátomo patológicas, condición del paciente, etc. Las razones son obvias: (Ramirez, 2013)

- La mayoría de los casos es de indicación quirúrgica.
- Se trata de una intervención de gran envergadura.
- Si la intervención escogida es una osteosíntesis o si el tratamiento es ortopédico, implica un muy largo período de reposo en cama, con toda la gama de riesgos que ello implica.
- Todo lo anterior se agrava en un paciente senil, con serio deterioro orgánico.
- La fractura lleva implícito un elevado riesgo de pseudoartrosis o necrosis aséptica de la cabeza femoral. Los datos clínicos y radiográficos deben servir para diagnosticar la lesión y poder establecer un pronóstico. La siguiente tabla refleja los factores favorables y desfavorables que se pueden encontrar.

4.2.4 Cuidados de enfermería en el post operatorio

Los profesionales de enfermería deben ser capaces de relacionar, coordinar y optimizar los esfuerzos dirigidos a cada paciente. Los cuidados de enfermería deben ser integrados en el Sistema Integral de Emergencias, para que posean también un esquema lineal, es decir, una continuidad; y no un esquema escalonado. Un paciente no cambia dependiendo de la instalación sanitaria en la que se encuentre, pueden variar sus problemas y necesidades por la evolución del proceso o los recursos sanitarios disponibles, pero nunca la persona.

El Cuidado de Enfermería al paciente quirúrgico se inicia cuando termina la cirugía, con el despertar del paciente en el quirófano y este continúa con la admisión del paciente en la unidad de Recuperación posanestésica y finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia. El profesional de Enfermería debe observar que todos los procedimientos y técnicas se ejecuten de forma correcta. (Quispe & Ruiz , 2016)

La valoración es tal vez el paso más importante para proporcionar un tratamiento adecuado de los pacientes con fracturas, posteriormente la consejería y la educación a

pacientes y familiares contribuyen a reducir las complicaciones de estos usuarios. (Batioja & Simisterra, 2015)

El posoperatorio puede dividirse en dos fases: la primera es el posoperatorio inmediato, que se caracteriza por la recuperación inicial de estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras 24 horas siguientes a la intervención. La segunda fase posoperatorio mediato que es el periodo de resolución y curación, que puede llegar a ser incluso de meses en casos de intervenciones mayores. (Javier, 2019)

Cuidados durante su estancia:

- Se administrará el tratamiento pautado.
- Se realizarán los cuidados de vía venosa periférica según protocolo.
- Valoración del estado nutricional e hidratación.
- Mantenimiento de la higiene corporal e integridad de la piel.
- Control de la eliminación por todas las vías corporales.
- Mantener la correcta alineación del miembro.
- En caso de la tracción esquelética, realizar cura diaria dejando gasas impregnadas con alcohol de 70°.
- Cura de UPP según protocolo de la unidad.

Cuidados postoperatorios

La recuperación de una anestesia general es gradual; así, los efectos más profundos suelen desaparecer antes de salir del quirófano, pero la recuperación de la consciencia y la estabilización hemodinámica no se consigue hasta transcurrido un tiempo (que puede ser desde algunos minutos a varias horas), periodo durante el cual el paciente suele permanecer bajo vigilancia estrecha en una unidad de reanimación o recuperación post-anestésica. La completa recuperación de la coordinación motora y de las funciones cognitivas superiores puede tardar incluso un par de días o más, sobre todo en personas mayores.

En las primeras 48 horas posteriores a una intervención de cirugía mayor es relativamente frecuente que el paciente experimente náuseas y vómitos. Para prevenir la aspiración acueste de lado al enfermo y no le suministre nada por vía oral. El personal de enfermería que acompaña al paciente desde la unidad de recuperación post-anestésica hasta la planta donde permanecerá ingresado debe entregar a los responsables de su posterior cuidado toda la documentación. Cuando el paciente va a ser dado de alta,

documento en el informe de enfermería los datos que demuestren que se encuentran en condiciones para ello, así como las instrucciones que se le han dado referidas al cuidado de sí mismo.

Los problemas a los que el personal de enfermería debe atender con mayor frecuencia en personas recién operadas son:

- Posible desequilibrio hidroelectrolítico por pérdidas de sangre, deshidratación y vómitos, o por infusión intravenosa excesiva y dificultades de eliminación.
- Acumulación de secreciones en la vía respiratoria.
- Insuficiencia ventilatoria por depresión respiratoria y dolor al respirar.
- Aspiración de secreciones y contenido gástrico por ausencia del reflejo nauseoso y bajo nivel de consciencia.
- Dolor y malestar.
- Descenso de la temperatura corporal por el trastorno de la termorregulación y el aumento de la pérdida de calor intraoperatorio.
- Descenso del nivel de consciencia y alteraciones de la coordinación motora y de la sensibilidad por persistencia del efecto de la anestesia, con el consiguiente riesgo de lesión.

Los objetivos básicos de la actuación de enfermería, en consecuencia, serán: mantener la permeabilidad de la vía respiratoria y una ventilación adecuada; controlar las constantes vitales hasta su estabilización (al principio cada 15-30 minutos); conseguir un equilibrio hidroelectrolítico idóneo, manteniendo una vigilancia estrecha de los líquidos recibidos y de las pérdidas por drenajes y sondas y compensando el déficit (o en su caso, el exceso) de líquidos; vigilar el grado de dolor y poner los medios para aliviarlo; evitar lesiones secundarias a la falta de coordinación motora, y anticiparse y tratar las posibles complicaciones.

La valoración de la intensidad del dolor forma parte de los cuidados primordiales del paciente estos ya sean por dificultades propias de edad, audición, visión, deterioro cognitivo, desorientación, por lo que el enfermero debe llevar una observación minuciosa del lenguaje no verbal del paciente así como la participación de la familia para detectar diferentes tipos de situaciones teniendo como resultado, una buena autoestima del paciente con ganas de recuperarse, control del dolor pre y post operatorio proporcionando un alto grado de confort en su estancia en el hospital por esta razón es responsabilidad del

personal sanitario, garantizando el completo tratamiento analgésico y recuperación. (Martínez, 2015)

Desde la unidad de recuperación, el paciente puede ser dado de alta a su domicilio, pasar a una unidad intermedia, o ingresar a hospitalización. En las dos últimas situaciones, hay que avisar con antelación a la unidad correspondiente, mencionando las características y necesidades especiales del enfermo; el personal de enfermería que le acompañe en su traslado entregará a los responsables de la unidad de destino el correspondiente informe sobre el tipo de intervención efectuado, la anestesia empleada, los cuidados y medicación recibidos hasta el momento, los necesarios en lo sucesivo, la situación de los drenajes, sondas, catéteres, etc., y todos los datos necesarios sobre el estado general del paciente. A partir de ese momento, el objetivo global de enfermería será lograr la mejor evolución en el menor tiempo posible.

Las intervenciones de enfermería en este caso se concretan en proporcionar seguridad y bienestar al paciente, permitir que se exprese y disipar sus dudas o temores, hablarle sobre los resultados esperados de su evolución, creándole pequeñas metas que puedan ir alcanzando y elogiando sus logros, e instruirle en determinadas técnicas de relajación que pueda poner en práctica.

Los posibles problemas a los que el personal de enfermería debe atender se encuentran:

Alteraciones nutricionales por una ingesta inadecuada a las necesidades postoperatorias. La cirugía produce un aumento de las necesidades metabólicas del organismo, tanto por la reacción de estrés sistémica, como por la cicatrización de la herida. La función del personal de enfermería consiste en valorar el estado nutricional del sujeto y su evolución en el postoperatorio, registrando las ingestas y excreciones y la pérdida o ganancia ponderal. Cuando el paciente comience a alimentarse por vía oral, se le estimulará a tomar una dieta hiper-proteica, rica en calorías y con suplementos de vitaminas y minerales.

Riesgo de infección de la herida quirúrgica o de los puntos de entrada de los catéteres y sondajes. En toda herida, aun en la quirúrgica, existe una cierta cantidad de bacterias y el consiguiente riesgo de infección. Para evitarlo, hay que: curarla con asiduidad prevista y siguiendo estrechamente las normas de asepsia; vigilar los vendajes y apósitos periódicamente y cambiarlos siempre que se detecte que están sucios o húmedos; controlar el punto de inserción de los drenajes, así como la permeabilidad de los mismos, y prestar atención a cualquier indicio de infección y a la posible dehiscencia

de la herida, sobre todo después de episodios de vómitos o toses excesivas y en los pacientes de riesgo (p.ej., los obesos).

Estreñimiento. El estreñimiento es muy frecuente en el periodo perioperatorio por la inmovilidad y los efectos secundarios de algunos analgésicos, y es consecuencia de la disminución de la motilidad intestinal; puede ocasionar una distensión abdominal dolorosa con náuseas y cefalea, e incluso una impactación fecal. Para prevenirlo, el personal de enfermería deberá incentivar la deambulación precoz, estimular la ingesta abundante de líquidos (entre 2-3 l/día), mantener una dieta rica en residuos, cuando no esté contraindicada y, si con todo el problema persiste, administrar laxantes previo consentimiento médico, reblandecedores de heces o un pequeño enema hipertónico.

Retención urinaria: Es frecuente que tras una intervención se produzca dificultades para la micción por diversas causas. Entre ellas está la acción de muchos fármacos anestésicos que pueden producir retención urinaria; por otra parte, la anestesia raquídea y espinal también bloquean los reflejos espinales aboliendo la función vesical y, en algunos casos, la cirugía ocasiona un trauma directo sobre la vejiga y la uretra o sobre su inervación. Para facilitar la micción; permitir al paciente caminar e ir al baño, si le está autorizada la deambulación; si no puede caminar, se recurrirá al uso de la cuña, otra medida son los baños de asiento con agua tibia, verter agua sobre la zona perineal o dejar correr un chorro de agua. En caso de que persista el problema, será necesario realizar un sondaje para el vaciamiento vesical. (Morejon , 2013)

4.2.5 Tratamiento según el tipo de fractura femoral

Dentro de los principales tratamientos preoperatorios que se brindan en las fracturas de miembros inferiores, tenemos la tracción de partes blandas, la cual, se utiliza para mantener una tracción constante de una extremidad inferior fracturada, asegurando así una correcta colocación y alineación. Este tipo de tracción puede ser colocada antes y después de una intervención quirúrgica. (Sanz, 2015)

El objetivo principal es conseguir la máxima recuperación funcional posible del segmento afectado mediante el establecimiento unas condiciones que faciliten los procesos biológicos normales de consolidación en una posición adecuada de los fragmentos fracturados. Las fases del tratamiento pueden resumirse en: (Ruiz, Hazañas , & Conde, 2014)

- Reducción
- Contención

- Rehabilitación

4.2.5.1 Fracturas de fémur proximal

Las fracturas del fémur proximal representan una patología de común ocurrencia en pacientes mayores de 50 años, producidas por lo general por caídas de baja altura con traumas de baja energía. En pacientes menores de 50 años, este tipo de lesiones se producen por lo general con traumas de alta energía y con gran frecuencia en accidentes de tránsito o caídas de grandes alturas. (Del Gordo, 2012)

Estas se clasifican en:

1. Fractura de la cabeza femoral: suele ser el resultado de traumatismos de alta energía y a menudo se acompaña con una dislocación de la articulación de la cadera.
2. Fractura de cuello femoral: (fractura sub-capital o intra-capsular) denota una fractura al lado de la cabeza femoral a nivel del cuello, entre la cabeza y el trocánter mayor. Estas fracturas tienen una propensión a dañar el suministro de sangre a la cabeza femoral, potencialmente causando necrosis avascular.
3. Fractura inter-trocantérica: denota una fractura en la que la línea de rotura ósea está entre el trocánter mayor y el menor, a lo largo de la línea inter-trocantérica.
4. Fractura sub-trocantérica: se localiza en el eje largo del fémur inmediatamente debajo del trocánter menor y se puede extender hacia la diáfisis del fémur.

1.- Fracturas trocantéreas

Las fracturas trocantéreas son las más frecuentes del fémur proximal y se producen predominantemente en pacientes geriátricos, por lo que la mortalidad perioperatoria precoz es bastante elevada. Las fracturas trocantéreas son siempre extra capsulares y es raro que se comprometa la vascularización de la cabeza femoral.

Diversas técnicas para la resolución de las fracturas del fémur proximal han sido descritas y dentro de ellas las más frecuentemente utilizadas implican fijación con tornillos solos, clavos compresivos deslizantes, clavos céfalo-medulares y reemplazos protésicos totales o parciales. La elección del tipo de implante está ligada a una serie de factores tales como edad, condiciones clínico patológicas, nivel de actividad, expectativa de vida, tipo de fractura y características de las mismas. (Del Gordo, 2012)

Tratamiento quirúrgico

La mayoría requiere manejo quirúrgico. Se debe destacar que entre menor tiempo de encamado se presente, menores serán las complicaciones. Las indicaciones para el manejo no quirúrgico incluyen pacientes cuya condición médica sea crítica e inestable o bien aquellos que no deambulan. En general existen dos objetivos en el tratamiento de las fracturas de cadera, la optimización médica en el preoperatorio y la fijación estable con movilización temprana. (Bolaños, 2017)

El DHS (tornillo dinámico de cadera) es el implante de elección para las fracturas estables. Aun cuando el tornillo de compresión dinámica continúa siendo de los implantes más conocidos y utilizados en nuestro medio, el riesgo de falla es alto cuando existe una inestabilidad trocantérica que compromete aún más la estabilidad a nivel del sitio de inserción del tornillo y el trazo invertido de este tipo de fracturas, por lo que la reconstrucción de la pared lateral es esencial en este tipo de fijación, pudiendo llevarse a cabo con la utilización de la placa estabilizadora trocantérica (TSP) que se coloca aunada a la placa del DHS, proporcionando el soporte lateral a la fractura. (Mendoza, 2012)

Tratamiento postoperatorio

Tras la fijación interna, la movilización de los pacientes comienza en el primer día del período postoperatorio mediante la marcha con bastones o andador. La estabilidad de la fijación debe permitir la carga casi completa, ya que la mayoría de los pacientes ancianos presentan dificultades para caminar con carga parcial. La fractura debería estar completamente curada en un período entre 3 y 5 meses. (Thomas & William, 2003)

2.- Fracturas del cuello del fémur

La fractura del cuello del fémur en cualquier edad, constituye una grave lesión, pero la indicación del tratamiento y la responsabilidad del resultado dependen en gran medida de la acción de cirujano. Estas fracturas se atribuyen fundamentalmente a un grupo de edad avanzada, principalmente debido a caída desde su propia altura, sin embargo, aproximadamente en un 5% se presenta en gente joven sometida a traumatismos de alta energía.

El riesgo de padecer fracturas del cuello del fémur es mayor en pacientes de edad avanzada que padecen vértigo, demencia, tumor maligno y enfermedades cardiopulmonares y en individuos jóvenes que sufren traumatismos de alta energía. Las fracturas de cuello femoral son fracturas intracapsulares que comprometen la irrigación

de la cabeza femoral y su viabilidad va a depender del grado de desplazamiento de los fragmentos, por lo tanto, mientras más desplazados, mayor riesgo de necrosis. (Gutierrez R. , 2012)

Tratamiento quirúrgico

En fracturas del cuello del fémur inestables y desplazadas, el tratamiento de elección depende fundamentalmente del estado general y las condiciones biológicas del paciente.

La fijación interna es el tratamiento de elección para los pacientes con demanda funcional alta y buena densidad ósea. En aquellos pacientes con demandas funcionales bajas. Enfermedades crónicas, osteoporosis grave o que se prevé que no van a colaborar, debe indicarse una artroplastia bipolar o total. (Thomas & William, 2003)

Si, en las fracturas desplazadas se considera que la vascularización de la cabeza femoral está conservada, debe llevarse a cabo la fijación interna tan pronto como el paciente esté clínicamente estable.

Tratamiento postoperatorio

Dependiendo de la estabilidad de la fijación obtenida, el paciente puede movilizarse en las primeras 24 h con carga parcial o total. Sin embargo, debe tenerse presente que en los pacientes ancianos la carga parcial puede ser difícil. La movilización con sedestación, carga y rehabilitación activa precoz del miembro intervenido son las bases de la recuperación funcional, consiguiendo menos mortalidad a los 6 meses 3, 4 y mejor deambulacion entre los 2 y 6 meses. (Vado, 2018)

3.- Fracturas de la cabeza femoral

La mayoría de las fracturas de la cabeza del fémur son secundarias a accidentes de tráfico, de modo que se transmite una fuerza axial en sentido proximal a través del fémur. Si el muslo está en posición neutra o aducida, puede producirse una luxación posterior de cadera con o sin fractura de la cabeza del fémur. Estas fracturas pueden deberse a la avulsión del ligamento redondo o a una escisión del borde posterior del acetábulo. En las luxaciones anteriores pueden producirse fracturas impactadas de la cabeza del fémur debido a un golpe directo sobre el borde acetabular. (Rosillo , 2013)

Tratamiento quirúrgico

La intervención quirúrgica está claramente indicada en aquellos casos en los que los fragmentos sueltos o los tejidos blandos estén interpuestos en la articulación, ya que si, por el contrario, no se interviene, la articulación se destruirá rápidamente.

El tratamiento quirúrgico se puede realizar con éxito utilizando un enfoque de cadera anterior en la mayoría de los casos con fijación de tornillo de tracción. Cualquier fractura impactada de la cabeza femoral puede elevarse y rellenar el defecto con hueso esponjoso autólogo. En caso de necesidad, la reducción abierta con fijación interna debe llevarse a cabo tan rápidamente como el estado del paciente lo permita. (Scolaro & Marecek, 2017)

Tratamiento postoperatorio

El tratamiento postoperatorio debe comprender la movilización precoz, la utilización de dispositivos de movilización pasiva continua (MPC), la carga parcial durante 6-12 semanas según el tipo de lesión y la administración de indometacina como profilaxis de la osificación heterotópica. En pacientes con alto riesgo de osificación heterotópica (poli traumatizados con lesión craneoencefálica y acceso anterior) puede aplicarse una única dosis de radioterapia. (Thomas & William, 2003)

4.2.5.2 Fracturas de la diáfisis del fémur

El fémur está rodeado de gran masa muscular con una convexidad anterior suave, resistiendo grandes cargas axiales de flexión y de torsión. La fractura diafisaria de fémur es la lesión más frecuente en el politraumatizado, su rápida estabilización es fundamental para evitar complicaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente.

El diagnóstico de las fracturas de la diáfisis femoral, incluyendo el de las fracturas subtrocantéreas, se realiza fácilmente por la presencia de signos clínicos clásicos como desviación axial, acortamiento, impotencia funcional y dolor.

La clasificación debe tener en cuenta tanto la fractura como la lesión de partes blandas. En la clasificación AO de Müller la diáfisis femoral se identifica por el número que incluye también la región subtrocantéreas (distal al trocánter menor) y se extiende hasta la región supracondílea. (Thomas & William, 2003)

Elección del implante:

La elección del implante depende de una serie de factores:

- Localización y tipo de la fractura.
- Tamaño del canal medular y presencia de otros implantes (prótesis).
- Estado de las partes blandas.
- Estado general del paciente (poli traumatizado).
- Preferencia y experiencia personal del cirujano.
- Disponibilidad de implantes, instrumental y radiología intraoperatoria.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento ideal para este tipo de fracturas es el enclavado intramedular cerrado, bloqueado y fresado, con reportes en la literatura de consolidación del 99%, reincorporación al trabajo en 6 meses en el 90% de los casos y un porcentaje mínimo de complicaciones. El implante debe tener características específicas, cuando se trata de un clavo intramedular como son: Longitud y diámetro adecuado, para neutralizar las fuerzas deformantes en el foco de fractura. El sitio de inserción influye en la estabilidad y el resultado final.

1.- Fracturas subtrocantéreas: Osteosíntesis con placa: El uso de la fijación con placas como sistema de estabilización de la diáfisis del fémur ha disminuido con la utilización de los clavos intramedulares. Las principales indicaciones son: Canal medular sumamente estrecho que dificulta o imposibilita la colocación de un clavo intramedular. Fracturas que se extienden a la región pertrocanterea o a la región condílea.

En cualquier caso, las fracturas simples pueden reducirse anatómicamente y realizar una fijación estable siguiendo los principios de estabilidad absoluta con compresión interfragmentaria. Sin embargo, las fracturas multifragmentarias se deben tratar mediante reducción indirecta y placa puente.

2.- Clavo intramedular: El enclavado intramedular, con o sin fresado previo del canal medular, es la mejor indicación en las fracturas diafisarias. El clavo femoral sólido puede colocarse mediante la técnica convencional o con bloqueo, mientras el no fresado se debe bloquear siempre a nivel proximal y distal. Además del enclavado de las fracturas de la diáfisis femoral, la osteosíntesis con placa se utiliza también en situaciones

especiales como, por ejemplo, en fracturas del cuello y diáfisis femoral ipsilaterales, en el poli traumatizado.

La localización intramedular del implante se asocia a menores cargas de tensión y de cizallamiento que una fijación con placa. Los beneficios del uso de clavo intramedular sobre la fijación con placa son la menor exposición y disección, una menor tasa de infecciones y menos cicatrices en los cuádriceps. El uso de clavo intramedular en las fracturas cerradas tiene la ventaja de conservar tanto el hematoma fracturado como las inserciones periósticas. (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2019)

Tratamiento postoperatorio

Después de la fijación interna del fémur proximal la articulación de la cadera se debe mantener en extensión para prevenir contracturas en flexión, mientras tras la fijación de una fractura diafisaria es de gran utilidad mantener la extremidad en una posición de 90-90°, para prevenir contracturas y facilitar la movilidad de la rodilla.

La fisioterapia debe comenzar inmediatamente, no después del segundo día del período postoperatorio. Generalmente, la marcha comienza pocos días después, dependiendo del estado global del paciente, de las lesiones coexistentes y de su colaboración. En casi todos los casos se puede soportar una carga parcial (10-15 kg), siempre que el paciente pueda seguir las instrucciones médicas. El aumento de la carga depende del tipo de fractura y del procedimiento de fijación elegido y el cirujano debe autorizarlo en cada caso particular. (Thomas & William, 2003)

4.2.5.3 Fractura distal de fémur

La fractura del extremo distal del fémur es una lesión traumática importante que deja con frecuencia como secuela deformación, inestabilidad, limitación del movimiento y alteración degenerativa. Las fracturas supracondíleas de fémur suelen ser el resultado de un accidente de tráfico de alta energía en pacientes jóvenes o de un traumatismo de baja energía en pacientes seniles.

Las fracturas distales del fémur representan sólo el 6% de todas las fracturas femorales. Característicamente se presentan después de traumatismos de alta energía en pacientes jóvenes, pero también se producen en personas de edad avanzada con hueso osteoporótico. Un tercio de los pacientes jóvenes son poli traumatizados y sólo una quinta parte de estas fracturas se presentan como lesión única. (Chmeit, Zambrano , & Sandia, 2017)

El tratamiento estándar consiste en la reducción y fijación quirúrgica de la fractura. El tratamiento conservador sólo se justifica en fracturas extra articulares del fémur distal impactadas no desplazadas, o en pacientes que son absolutamente inoperables.

Tratamiento quirúrgico

Si el cirujano cree, previo meticuloso estudio preoperatorio, que con cirugía puede obtener reducción anatómica, osteosíntesis estable y duradera, con un fémur bien alineado, y comenzar precozmente con movimiento, indicamos tratamiento quirúrgico de la fractura, que nos dará una rodilla indolora, estable y móvil, como para terminar con una articulación con función normal y duradera. La osteosíntesis rígida no es aplicable a todo tipo de fractura supracondílea, pero sin duda es un método de gran utilidad porque alivia el dolor, facilita la enfermería y rehabilitación, reduce la hospitalización y disminuye la incapacidad.

1.- Fijación con tornillos: Se utilizan tornillos grandes y pequeños, canulados o no, para la reconstrucción del bloque articular en los cóndilos. Excepto en las fracturas tipo B, la estabilidad de la fijación puede aumentarse con una placa de sostén.

Es un tratamiento de elección en fracturas tipo A1, A2, A3, C1 y C2. Una ventaja de este sistema es la familiaridad que se suele tener con la técnica requerida, ya que es parecida a la del tornillo de compresión dinámico de 135° de las fracturas de cadera, ampliamente utilizado. (Caballero , Barahona, & Navarro, 2010)

2.- Placa condílea de sostén: La placa condílea de sostén es el implante de elección para las fracturas complejas con líneas de fracturas adicionales en el plano frontal. Si se compara con la placa condílea y el DCS, esta placa ofrece la ventaja de la colocación individual de los tornillos sobre una zona amplia y su capacidad de sostén del cóndilo femoral externo.

3.- Clavo retrógrado: El clavo retrógrado es muy apropiado para las fracturas extra articulares y en ocasiones también para las fracturas articulares simples. Bajo control radioscópico, y con la rodilla flexionada, se realiza una artro-tomía parar rotuliana interna para alcanzar la escotadura intercondílea, y el acceso intra-articular del clavo. El canal medular se perfora en la zona inmediatamente anterior a esta escotadura y después con su mango guía se inserta el clavo sólido, ligeramente curvado (DFN) en la cavidad medular.

4.- Fijación externa: La fijación externa con pondeo temporal de la articulación está indicada en los pacientes poli traumatizados, en las fracturas abiertas o en las cerradas con graves lesiones de los tejidos blandos o en conminaciones extremas epifisarias, que no permitan una osteosíntesis estable mediante fijación interna. (Thomas & William, 2003)

Tratamiento postoperatorio

Colocaremos al paciente los primeros cuatro días del postoperatorio con la cadera y la rodilla en flexión de 90°, empezando la movilización sin apoyo a los 2 - 4 días. Si la fijación ha sido estable se permite una carga parcial de unos 10 -15 Kg. a los 7 días aproximadamente. Se irá aumentando la carga progresivamente dependiendo del tipo de fractura, del implante, la calidad de la reparación y la evolución clínica y radiográfica. Hay que permanecer vigilantes ante la posible aparición de desviaciones. (Caballero , Barahona, & Navarro, 2010)

4.2.6 Complicaciones de la fractura femoral

La intervención quirúrgica lleva envuelto el peligro de complicaciones, muchas de las cuales, por sí solas, tienen riesgo de muerte: (Ramirez, 2013)

Complicaciones intra operatorias:

- Shock operatorio.
- Accidente anestésico.
- Paro cardíaco.

Complicaciones post-operatorias:

- Asfixia post-operatoria (minutos).
- Shock post-operatorio (horas).
- Neumonía (1° - 2° día).
- Infección de la herida (3° - 5° día).
- Infección urinaria (4° - 7° día).
- Escaras (6° - 10° día)
- Enfermedad tromboembólica (7° - 15° día).

Secuelas:

- Pseudo-artrosis.

- Necrosis aséptica de la cabeza femoral.
- Acortamiento del miembro.
- Artrosis degenerativa de cadera.

El tiempo prolongado de inmovilidad, genera también una alta morbimortalidad en los pacientes de edad avanzada, por la aparición de complicaciones generales (infecciones respiratorias, urinarias, escaras, sepsis, trombo embolismo, deterioro mental, etc.). Las principales complicaciones de la osteosíntesis en fractura de fémur, son dos: la necrosis de la cabeza femoral y la pseudo-artrosis. Según estudios realizados se llega a la conclusión que la fractura está relacionada con el aumento de mortalidad de 6 a 12 después de haberse caudado la fractura, la tasa de mortalidad oscila entre 14 a 36 %. (Poveda, 2019)

Las fracturas de cadera son importantes además de por su alta incidencia, también por el elevado número de posibles complicaciones. Las principales son: (Sevilla, 2012)

- Trombosis venosa profunda: debido a la inmovilidad, por lo que está indicado el uso de heparinas de bajo peso molecular para prevenirlas.
- Embolismo pulmonar: en torno al 10-15% de los pacientes que presentan TVP.
- Distintos grados de discapacidad hasta la completa pérdida de su independencia.
- Infección de la herida operatoria: se previene mediante profilaxis antibiótica.
- Trastornos hidroelectrolíticos.
- Úlceras por decúbito: es una complicación muy frecuente y normalmente suelen aparecer en aquellas zonas donde existen prominencias óseas.
- Infección urinaria: generalmente relacionada con el uso de sondas, por lo que es conveniente retirarlas entre 24-48 horas después de la intervención.
- Neumonías: ya que con la inmovilización de los pacientes no se facilita la eliminación de secreciones.
- Síndrome confusional agudo: muy frecuente en los pacientes con deterioro cognitivo previo y que empeora el pronóstico rehabilitador posterior.

4.2.7 Fundamentación de enfermería

La enfermería es una disciplina profesional que abarca cuidados autónomos y en colaboración que se ofrecen a las personas, familias y grupos poblacionales, enfermos o sanos; estos cuidados incluyen la promoción de la salud, la Prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas en condición de discapacidad e incluso moribundas. (De Arco & Suarez, 2018)

El personal de enfermería es esencial y de mucha importancia en el área de traumatología, con el aporte de los conocimientos del personal va a lograr una considerable reducción de las tasas de morbilidad y avances en el tratamiento en las fracturas de fémur.

4.2.7.1 Modelo de Marjory Gordon – Patrones funcionales

Los patrones funcionales de la salud, fueron creados por Marjory Gordon a mediados de los años 70 para enseñar a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Boston la valoración de los pacientes, contribuyen al diagnóstico para enfermería, actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y a la calidad de vida de las personas tales como: (Velasquez, 2019)

- Percepción de salud. Permite conocer el estado de salud del paciente y su estadía hospitalaria
- Nutrición y metabolismo. Importante conocer su peso, talla y tras ello su IMC, como también su ingesta diaria.
- Eliminación. Se obtiene información sobre el funcionamiento del aparato excretor.
- Actividad y ejercicio. Se interroga al paciente sobre su actividad física diaria
- Sueño y descanso. Capacidad de dormir, calidad del sueño, nivel de energía
- Cognición y percepción. Nivel de conciencia adecuada para los sentidos.
- Autopercepción y auto concepto. Actitud cerca de uno mismo, saber su realidad.
- Roles y relaciones. Saber con quién vive conocer sobre su familia y entorno.
- Sexualidad y reproducción. Vida sexual de la persona.
- Tolerancia y estrés. Niveles de estrés de las personas.
- Valores y creencias. Forma de enfrentar la vida.

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología; en pacientes con trauma de fémur se verán afectados diversos patrones funcionales y es lo que hace que impide un bienestar total del paciente hospitalizado.

El personal de enfermería es esencial y de mucha importancia en el área de traumatología, con el aporte de los conocimientos del personal va a lograr una considerable reducción de las tasas de morbilidad y avances en el tratamiento en las fracturas de fémur.

4.2.7.2 Modelo de Nola Pender – Promoción de la Salud

“Nola Pender propuso utilizar el Modelo de Promoción de la Salud como un marco integrador donde identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica”, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. (Chavez, 2018)

Es importante conocer cada detalle de cómo sufrió una fractura de fémur, mediante el cual el personal de enfermería pueda reconocer cada una de las características del paciente ya que por medio del diagnóstico previo se efectuarán cuidados de enfermería donde se busque una pronta recuperación sin complicaciones posibles.

4.2.7.3 Modelo de Dorotea Orem – Déficit del Autocuidado

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano. (Naranjo, Concepcion, & Rodriguez, 2017)

En pacientes con fractura de fémur se tiene que evaluar para determinar el déficit de autocuidado, la valoración diaria las cuales son puntos clave para medicar la calidad de vida y estatus funcional proporcionando información y cuidados de calidad.

4.2.7.4 Teoría de Florence Nightingale

Según la teoría de Florence Nightingale posibilitaron abordar el estudio en: el cuidado de las personas enfermas, el ambiente físico y social que les rodeaba y las medidas para disminuir los efectos nocivos de las enfermedades. La relación del paciente con su entorno; la relación de la enfermera con el paciente y la relación de la enfermera con el entorno del paciente.

Florence considera que la enfermedad es un estado de recuperación y que es de suma importancia el trabajo del enfermero ya que en el cuidado está la clave para la recuperación total del paciente, también medidas preventivas para poder evitar todo tipo de infección teniendo un ambiente saludable. (Almeida & Gama, 2020)

El uso correcto de las técnicas asépticas antes durante y después del contacto con el paciente sobre todo en procedimientos ayudaran a evitar y prevenir infecciones y futuras complicaciones del paciente, priorizando el lavado de correcto de manos favoreciendo a la recuperación del paciente.

4.3 Fundamentación legal

La presente investigación se ha fundamentado en la Constitución de la República del Ecuador, que en la normativa del Art. 37 numeral 1 señala que los adultos mayores recibirán atención prioritaria y especializada en lo referente a los servicios de salud. (Lexis Finder, 2008)

Al respecto también se hace hincapié en la atención de salud de los adultos mayores en el Art. 38 numeral 1 de la Carta Magna, en este caso para la asistencia geriátrica a las dolencias ocasionadas por causa de las fracturas en los miembros inferiores, a la altura la cabeza de fémur. (Lexis Finder, 2008)

Además, la Constitución de la República señala que los adultos mayores pertenecen a los grupos prioritarios, aquellos que por su condición de vulnerabilidad requieren una atención oportuna, prioritaria y especializada en materia de salud pública. (Lexis Finder, 2008)

Las normativas de los artículos 37 numeral 1 y 38 numeral 1 de la Constitución de la República, guardan concordancia con el Art. 7 literal b de la Ley Orgánica de Salud Pública, que también establece la atención gratuita y esmerada para los grupos vulnerables, entre los cuales se citan a los adultos mayores. (Lexis Finder, 2006)

La aplicación de las normativas de la Constitución de la República del Ecuador y de la Ley Orgánica de Salud Pública, deben conllevar a su vez a que se efectivice el tercer objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir, para mejorar de manera permanente la calidad de vida de los adultos mayores, en fiel cumplimiento de los principios de eficiencia, calidad y calidez establecidos en la Carta Magna. (Lexis Finder, 2006)

En la Reforma constitucional a la Ley del Adulto Mayor, se emiten los siguientes derechos de los adultos mayores: Publicada en el Registro Oficial N° 806 del 6 de nov. De 1991 y su Reglamento General emitido mediante Decreto Ejecutivo N° 3437 del 17 de jun. De 1992, publicado en el Registro Oficial N° 961 del 19 de jun. De 1992. Entre otra estipula: (Congreso nacional de la comision de Codificacion y Legislacion, 2006)

Art. 2.- Garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación el vestido, la vivienda las asistencias médicas, la atención geriátrica gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa. (Congreso nacional de la comision de Codificacion y Legislacion, 2006)

Art. 3.- El Estado protegerá de modo especial a los adultos mayores abandonados o desprotegidos, así como fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumpla actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente ley, en especial aquellas entidades que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológico y otras actividades similares. (Congreso nacional de la comisión de Codificación y Legislación, 2006)

Art. 6.- El Consejo Nacional de Salud y las facultades de medicina de las universidades incluidas en el plan de estudios, programas docentes de geriatría y gerontología, que se ejecutarán en los hospitales geriátricos – gerontológicos y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano y que depende de los Ministros de Bienestar Social y Salud Pública y en aquellas entidades privadas que hayan suscrito convenios de cooperación con el ministerio de bienestar social. (Congreso nacional de la comisión de Codificación y Legislación, 2006)

Art. 7.- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención geriátrica gerontológica para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías del anciano y su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la presente ley, su reglamento y código de la salud. (Congreso nacional de la comisión de Codificación y Legislación, 2006)

Art. 10.- Los adultos mayores indigentes o que carecieran de familia o que fueran abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos o en hospitales geriátricos estatales. Para el cumplimiento de esta disposición, el Ministerio de Bienestar Social facultará la infraestructura necesaria. (Congreso nacional de la comisión de Codificación y Legislación, 2006)

Art. 3: Las clínicas y hospitales privados pondrán a disposición de los ancianos indigentes un equivalente al 5% de su infraestructura, bien sea construyendo instalaciones o bien poniendo a disposición partes de las existentes. (Congreso nacional de la comisión de Codificación y Legislación, 2006)

Art. 13.- Los medicamentos necesarios para el tratamiento especializado geriátrico y gerontológico que no se produjeran en el país, podrán ser importados en el país libres del pago de impuestos y de derechos arancelarios, por las instituciones dedicadas a la protección y cuidados de los ancianos, previa autorización de los ministerios de bienestar social y de salud. (Congreso nacional de la comisión de Codificación y Legislación, 2006)

Cap. VI de las infracciones y sanciones Art. 21.- literal F.- El desacato, la negativa, negligencia o retardo en que incurran los funcionarios públicos, representantes legales o propietarios de centros médicos, en la prestación de servicios a personas de la tercera edad, especialmente a lo dispuesto en el artículo 14 de la presente Ley; RO N° 439-24-X-2001.

Ley de Seguridad Social y su Reforma; Normas referentes a la protección de las personas jubiladas por vejez. En el régimen mixto el IESS entregará, entre otras, las prestaciones por contingencia de la vejez por edad avanzada.

Según García, J., los derechos humanos son universales, y además civiles, políticos, económicos, y culturales, pertenecen a todos los seres humanos, incluyendo los adultos mayores; y están incluidos en nuestra Constitución de la República vigente y además de los tratados internacionales antes mencionados, e incluyen los siguientes derechos humanos de los adultos mayores, que son indivisibles, interdependientes e interrelacionados: (Batioja & Simisterra, 2015)

- a) El derecho a un estándar de vida adecuado, incluyendo alimentación, vivienda y vestimenta;
- b) El derecho a un seguro social, asistencia y protección;
- c) El derecho a la no discriminación por cuestiones de edad y otro estatus en todos los aspectos de la vida, incluyendo el empleo, acceso a vivienda, cuidado de la salud y servicios sociales;
- d) El derecho a los más altos estándares de salud;
- e) El derecho a ser tratado con dignidad;
- f) El derecho a la protección ante cualquier rechazo o cualquier tipo de abuso mental;
- g) El derecho a una amplia y activa participación en todos los aspectos: sociales, económicos, políticos y culturales de la sociedad; y,
- h) El derecho a participar enteramente en la toma de decisiones concernientes a su bienestar.

5. Formulación de la hipótesis

De acuerdo al estudio planteado, se formula la siguiente hipótesis: La calidad del cuidado de enfermería influye en el tiempo de evolución en pacientes con trauma de fémur hospitalizados en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, durante enero a marzo del 2019.

5.1 Identificación y clasificación de variables

5.1.1 Variable independiente

- Calidad del cuidado enfermero

5.1.2 Variable dependiente

- Tiempo de evolución del trauma enfermero

5.2 Operacionalización de variables

VARIABLE		DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
DEPENDIENTE	TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL TRAUMA DE FÉMUR	Se define como trauma de fémur a las fracturas que se producen en hueso del muslo, que va desde la cadera hasta la rodilla.	Tiempo de estancia hospitalaria	1 a 10 días 11 a 20 días	Cuantitativa
				21 a 30 días Más de 30 días	Cuantitativa
			Intervenciones postquirúrgicas	Terapias de rehabilitación	Cuantitativa
				Cuidados de complicaciones	Cuantitativa
INDEPENDIENTE	CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO	Es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cuatro pasos: Valoración, planeación, ejecución y evaluación, que da como resultado un plan que describe las necesidades y los cuidados para cada usuario.	Acciones durante la estancia hospitalaria	Aplicación de medicación prescrita	Cuantitativa
				Cuidados de signos vitales	Cuantitativa
				Control de caídas	Cuantitativa
				Control de escaras	Cuantitativa

CAPÍTULO III

6. Diseño metodológico

6.1 Tipo de la investigación

El proyecto de investigación es de enfoque cuantitativo, no experimental, retrospectivo, analítico, debido a que se va a determinar calidad del cuidado enfermero y su influencia en el tiempo de evolución del trauma de fémur.

Además, hace referencia a un estudio es de tipo transversal, debido a que estudiamos variables en periodos de tiempo determinados para correlacionarlos entre cada uno de ellos.

Así mismo, el presente trabajo de investigación se basa en un estudio descriptivo, debido a que se busca especificar las características y propiedades de los procesos que se someten a análisis.

6.2 Métodos de la investigación

La presente investigación está basada en los métodos observacional, analítico y dialectico, debido a que en nuestro estudio se analiza los resultados de las medidas tomadas durante la estancia hospitalaria del paciente con trauma de fémur y llegar a la recuperación y rehabilitación completa del paciente.

6.3 Población y muestra

6.3.1 Población

Para la presente investigación se toma como población en estudio, pacientes ingresados en los meses de enero a marzo del 2019 en el hospital Abel Gilbert Pontón, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia y se tomando a consideración criterios de inclusión y exclusión.

6.3.2 Muestra

Se considera un total de 54 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas desde los 18 a 75 años de edad a pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo 2019, con diagnóstico de ingreso de fractura de fémur, y otras complicaciones asociadas.

6.3.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de ingreso de fractura de fémur mayores de 18 años
- Pacientes adultos mayores con diagnóstico de con fractura de fémur

- Pacientes con fractura de fémur por causas secundarias como osteoporosis

6.3.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de fractura de fémur menores a 18 años
- Pacientes con diagnóstico de ingreso de politraumatismo
- Paciente con diagnóstico de fractura de cadera

6.4 Tipo de muestreo

Se obtiene la muestra en estudio para esta investigación mediante la técnica de muestreo, no probabilística, debido a que se determinan criterios de inclusión y exclusión, para seleccionar casos característicos de nuestra población en estudio, limitando la muestra solo a dichos casos.

6.5 Técnica de recolección de datos

Se realizó la recolección de datos mediante: Análisis estadístico.

Los datos fueron proporcionados por el departamento de estadísticas del Hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, obteniendo de esta forma datos retrospectivos que sean suficientes para ser analizados y estudiados. De igual forma el análisis e interpretación de datos se realizó mediante tabulación y gráficos en Microsoft Excel, lo cual permite mostrar los resultados obtenidos.

6.6 Instrumentos de recolección de datos

Revisión de historias clínicas: La recolección de información para obtener los resultados de nuestro estudio, se realizó mediante los historiales clínicos, en los que se muestren los diagnósticos, tratamientos y procedimientos, exámenes de laboratorio, motivo de ingreso hospitalario, indicaciones médicas, cuidados de enfermería postoperatorios de pacientes atendidos en el Hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el año de estudio.

Procesamiento de la información: para poder procesar la información se utilizó la computadora donde se va realizar el análisis e interpretación de los datos obtenidos de las historias clínicas durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2019, además del programa Excel para la respectiva tabulación de los resultados.

6.7 Aspectos éticos

Para la realización de la investigación se emiten solicitudes de petición de autorización al departamento de docencia del Hospital Guayaquil, Dr. Abel Gilbert Pontón, para contar con las instalaciones y los instrumentos necesarios que nos brinden los datos suficientes para la realización del estudio. Así mismo, contar con el apoyo del personal y pacientes atendidos en el área de hospitalización de la unidad hospitalaria.

CAPÍTULO IV

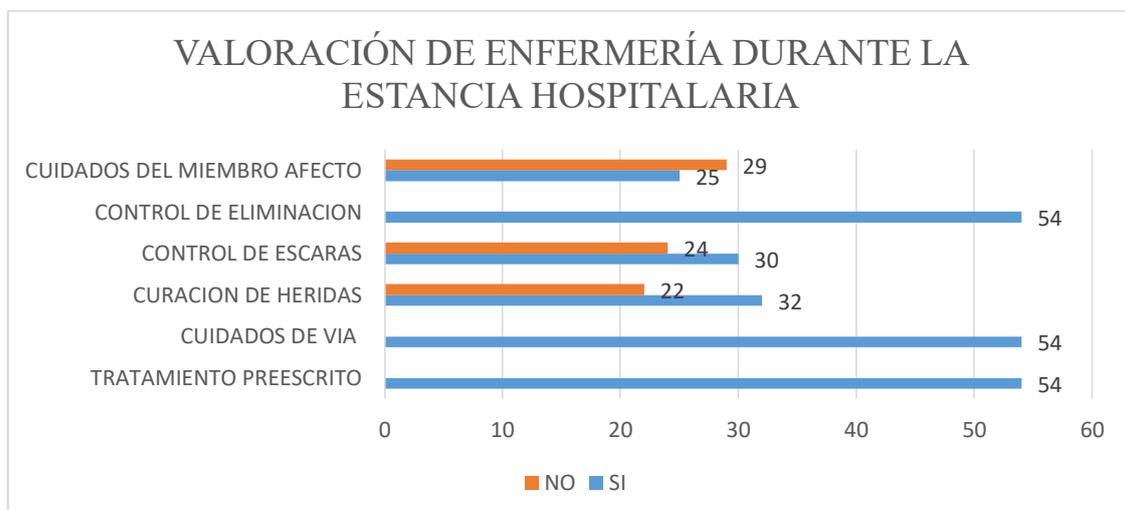
7. Presentación de resultados

7.1 Análisis e interpretación de resultados

TABLA 1: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON TRAUMA DE FÉMUR EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	SI	NO	TOTAL	%
TRATAMIENTO PREESCRITO	54		54	100%
CUIDADOS DE VIA	54		54	100%
CURACIÓN DE HERIDAS	32	22	54	59,3%
CONTROL DE ESCARAS	30	24	54	55,6%
CONTROL DE ELIMINACIÓN	54		54	100%
CUIDADOS DEL MIEMBRO AFECTO	25	29	54	46,3%

GRÁFICO 1:



Fuente: Unidad Hospitalaria.

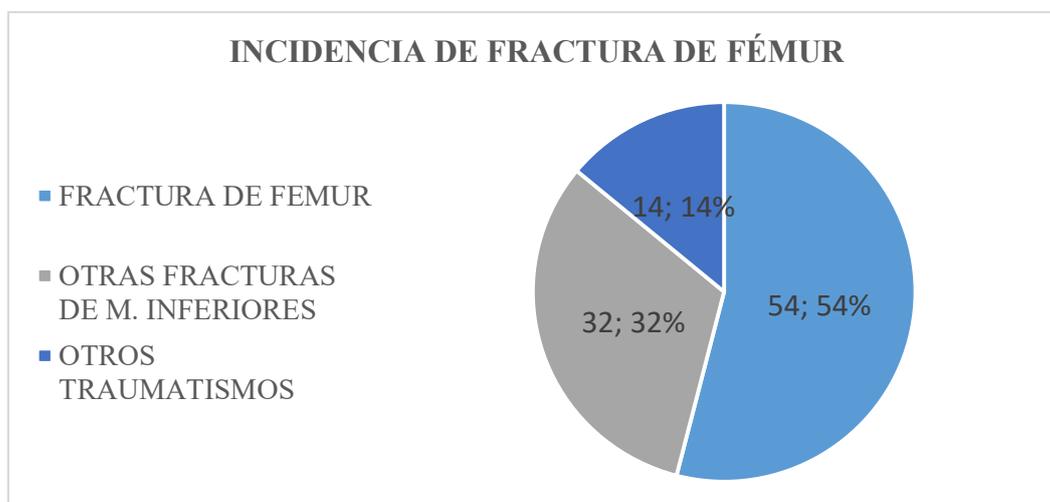
Elaborado por: Mejillón de la Rosa Víctor Edwin

Análisis: Según los resultados de la investigación en relación con el primer objetivo específico, podemos mencionar las valoraciones de enfermería durante la estancia hospitalaria en pacientes con fractura de fémur en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, donde los cuidados de enfermería más efectivos y realizados son: con un 100%, tratamiento prescritos por el personal médico, el cuidado de la vía endovenosa, el control de eliminación, mientras que con un 59.3% curación de heridas, con un 55.6% control de escaras y en menor proporción pero igual de importante con un 46.3% para un cuidado directo y eficaz por parte del personal de enfermería hacia el paciente.

TABLA 2: INCIDENCIA DE FRACTURAS DE FÉMUR EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN EN EL AÑO 2019

INGRESOS POR TRAUMATISMOS EN EL 2019	NÚMERO DE CASOS	%
FRACTURA DE FÉMUR	54	54%
OTRAS FRACTURAS DE M. INFERIORES	32	32%
OTROS TRAUMATISMOS	14	14%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO 2:



Fuente: Unidad Hospitalaria.

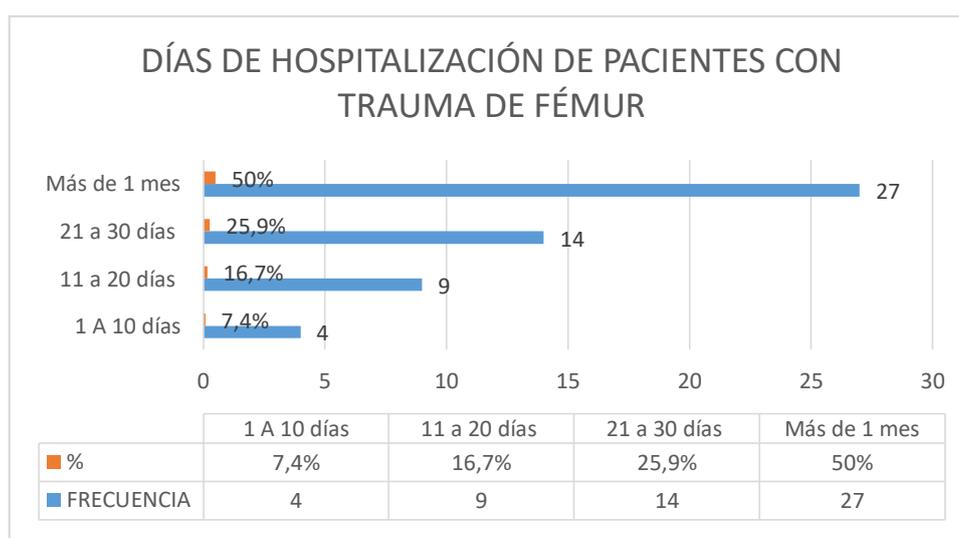
Elaborado por: Mejillón de la Rosa Víctor Edwin

Análisis: Dando respuesta al 2do objetivo específico, se pudo identificar las incidencias de fracturas en pacientes hospitalizados en el área de traumatología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón; entre las principales se tiene como resultado con un 54.5% con diagnóstico de fractura de fémur siendo esta la principal patología de ingreso, seguido de un 32.3% con diagnóstico de otras fracturas de miembros inferiores y con un mínimo de 14.1% serian otros tipos de traumatismos atendidos en las salas hospitalarias del hospital de Guayaquil.

TABLA 3: DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	FRECUENCIA	%
1 A 10 días	4	7,4%
11 a 20 días	9	16,7%
21 a 30 días	14	25,9%
Más de 1 mes	27	50%
TOTAL	54	100%

GRÁFICO 3:



Fuente: Unidad Hospitalaria.

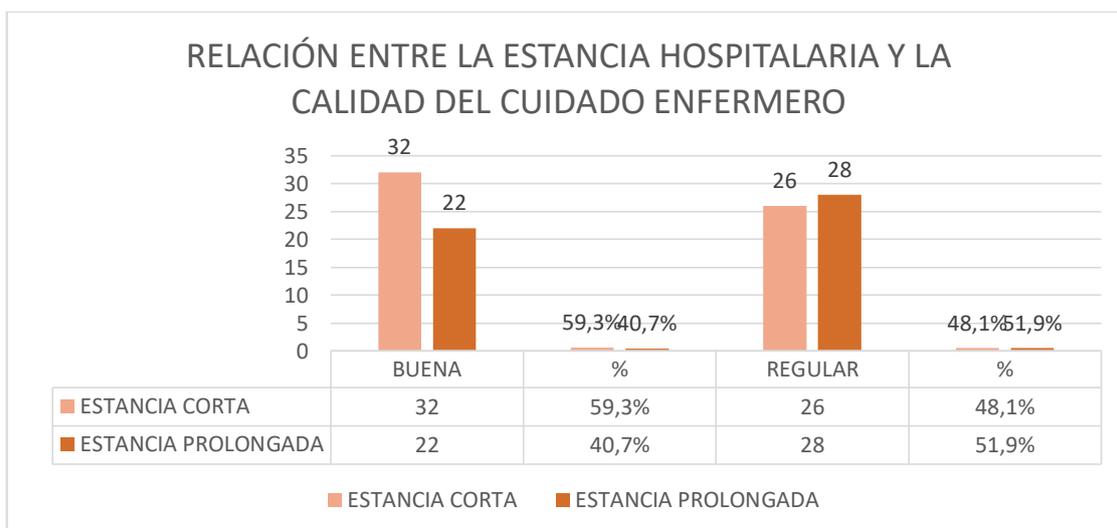
Elaborado por: Mejillón de la Rosa Víctor Edwin

Análisis: Como resultado en los días de hospitalización y conocer el tiempo en que estuvo hospitalizado con diagnóstico de fractura de fémur en el Hospital Abel Gilbert Pontón, se evidencia que el 50% tubo un tiempo de estancia hospitalaria más de 30 días, mientras que un 25.9% corresponden a pacientes que tuvieron más de 21 días hospitalizados, donde según los parámetros y seguimiento del tratamiento adecuado más los cuidados de enfermería están en el rango normal para una recuperación de dicha patología.

TABLA 4: TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN

RELACIÓN ENTRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y LA CALIDAD DEL CUIDADO	BUENA	%	REGULAR	%
ESTANCIA CORTA	32	59,3%	26	48,1%
ESTANCIA PROLONGADA	22	40,7%	28	51,9%
TOTAL	54	100%	54	100%

GRÁFICO 4:



Fuente: Unidad Hospitalaria.

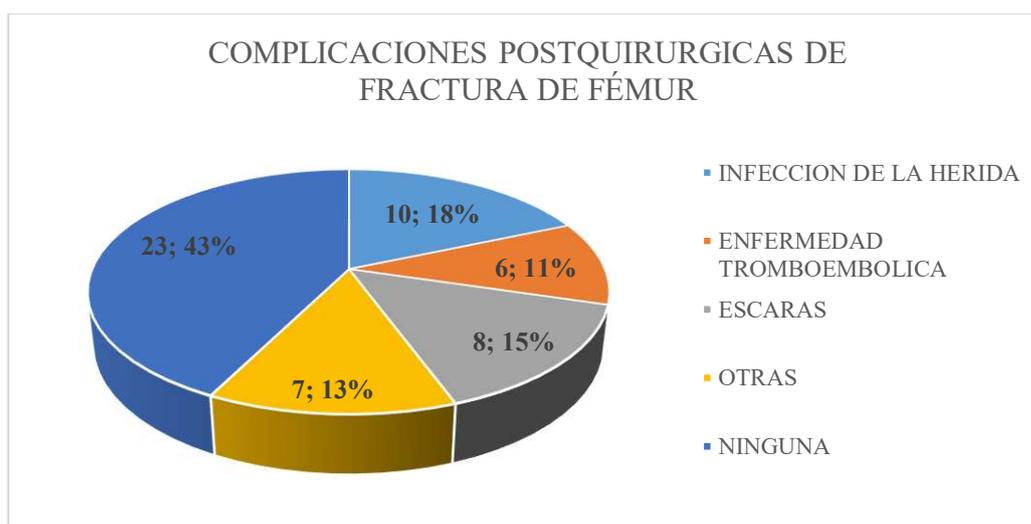
Elaborado por: Mejillón de la Rosa Víctor Edwin

Análisis: Los principales factores que prolongan una estancia hospitalaria en pacientes con fractura de fémur en el hospital Abel Gilbert Pontón. Dando como resultado un 51.9% una estancia prolongada en pacientes más críticos y de mayor cuidado y con el 48.1% correspondiente a estancia corta, donde se evidencia una pronta recuperación.

TABLA 5: PRINCIPALES COMPLICACIONES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN

COMPLICACIONES POSTQX DE FX DE FÉMUR	CASOS	%
INFECCIÓN DE LA HERIDA	10	18,5%
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA	6	11,1%
ESCARAS	8	14,8%
OTRAS	7	13%
NINGUNA	23	42,6%
TOTAL	54	100%

GRÁFICO 5:



Fuente: Unidad Hospitalaria.

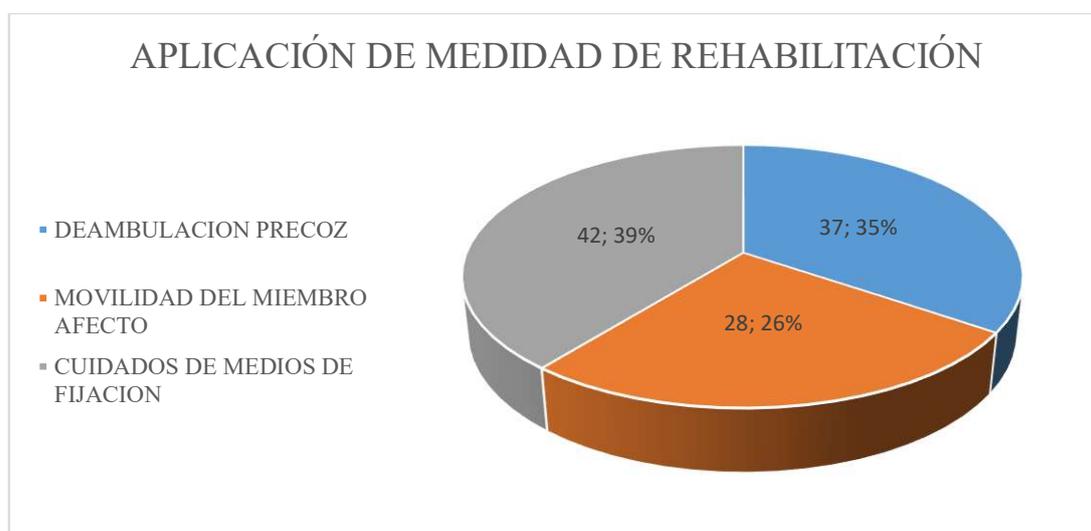
Elaborado por: Mejillón de la Rosa Víctor Edwin

Análisis: Según los cuadros estadísticos con respecto al tercer objetivo específico, se obtiene que las principales complicaciones postquirúrgicas de fractura de fémur en pacientes hospitalizados en el área de traumatología en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, son: con un 18.5% de los pacientes hospitalizados por fractura de fémur, presenta infección de la herida quirúrgica, el 14,8% desarrolla escaras posturales, a pesar de que se determina que, dentro de los casos estudiados, el 42,6% no presentó ninguna complicación postquirúrgica.

TABLA 6: PRINCIPALES MEDIDAS DE REHABILITACIÓN APLICADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMA DE FÉMUR

APLICACIÓN DE MEDIDAS DE REHABILITACIÓN	SI	NO	TOTAL	%
DEAMBULACION PRECOZ	37	17	54	68,5%
MOVILIDAD DEL MIEMBRO AFECTO	28	26	54	51,9%
CUIDADOS DE MEDIOS DE FIJACIÓN	42	12	54	77,8%

GRÁFICO 6:



Fuente: Unidad Hospitalaria.

Elaborado por: Mejillón de la Rosa Víctor Edwin

Análisis: Según el cuadro estadístico con respecto al tercer objetivo específico, se obtiene que las principales complicaciones postquirúrgicas de fractura de fémur en pacientes hospitalizados en el área de traumatología en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, son: con un 18,5% presenta infección de la herida quirúrgica, el 14,8% desarrolla escaras posturales y un 42,6% no presentó ninguna complicación postquirúrgica evolucionando favorablemente.

7.2 Conclusiones

Se define que para el control de úlceras por presión en pacientes con trauma de fémur, las principales medidas son los cambios de postura y aplicación de colchón anti escaras, tan solo en el 74% se aplican medidas de hidratación y nutrición., en un 35% se aplican medidas o terapias de rehabilitación y en un 77.8% la deambulacion precoz; el personal de enfermería cumple con los requerimientos de administración de medicamentos, cuidados de vías periféricas, control de eliminación, curación de heridas y control de escaras respectivamente.

Se determina que, del número de casos estudiados, existe una mayor incidencia de fracturas de fémur en el sexo masculino con el 61.1%, siendo la edad más prevalente entre los 18-35 años; entre los principales antecedentes patológicos asociados en pacientes con fractura de fémur son: hipertensión arterial con el 28% de los casos, obesidad 25.9%, DM con el 18,5 y osteoporosis con el 16,7% de los casos; en los factores de riesgo asociados a esta patología son el sexo femenino con el 34%, edad avanzada 26% y con mayor incidencia son las enfermedades preexistentes con el 46,3%, como la osteoporosis en mayores de 55 años.

Al analizar el tiempo de estancia hospitalaria, de los pacientes con trauma de fémur, se determina que el 50% presenta una estadía de más de 1 mes, debido principalmente al tipo de lesión. De acuerdo a estos resultados, relacionado a la calidad de cuidados que se aplican en estos pacientes, se concluye que, el 59,3%, recibieron una buena atención por el personal de enfermería, logrando así una corta estancia de hospitalización.

Se concluye que del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, dentro de los casos estudiados el 42.6% no presentó ninguna complicación postquirúrgica; con el 18.5% presentó infección de la herida quirúrgica, el 14.8% desarrolló escaras y el 11.1% manifestó enfermedad tromboembólica, entre las que se evidencio en menor proporción fueron: la inestabilidad al momento de caminar, daños en el tejido blando, necrosis, retardo de consolidación y deformidad evidente.

7.3 Recomendaciones

Luego de evaluar la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes con diagnósticos de fractura de fémur, se recomienda brindar cuidados holísticos, humanizados, individualizados, de manera afectiva con todo el equipo del personal de enfermería del hospital desde el momento que ingresa hasta su alta médica, cumpliendo con las normas del proceso de atención de enfermería para una respuesta favorable del paciente.

Se exhorta a la institución a desarrollar y aplicar protocolos de atención y cuidados de pacientes con fracturas de miembros inferiores, para favorecer la recuperación y rehabilitación del mismo, disminuyendo así la estancia hospitalaria y complicaciones, además de mejorar el nivel de atención y cumplimiento del personal de enfermería.

Para cohortes futuras, interesadas en el desarrollo del tema planteado, se recomienda establecer un plan de capacitación dirigido al personal de enfermería de la institución a realizar el estudio, para mejorar la atención dirigida en pacientes con trauma de fémur y no dejar cabida a complicaciones del paciente por falta de atención del personal.

8. Referencias bibliográficas

Libros

- Aldaco, V. D., & Briceño, J. E. (2017). *Manejo medicointegral, diagnostico y tratamiento de fractura del extremo proximal del femur*. Mexico: Guia Practica Clinica.
- Batioja, M. R., & Simisterra, D. E. (2015). *Cuidados de enfermería en la atención de adultos mayores*. Guayaquil, Ecuador.
- Benites, M. I. (2018). *Gestion del Cuidado de Enfermería en pacientes con fractura de femur*. Callao, Peru.
- Bojrab, J. (2009). *Intervenciones quirurgicas por politraumatismos*. España.
- Cardenas, R. M., Cobeñas, C. R., & Garcia, J. R. (2017). *Calidad del cuidado de enfermería en pacientes del servicio de traumatología*. Lima, Perú.
- Ccanihua, M. (2017). *Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos*. Peru, Callao.
- Chalen, R. E. (2012). *Atención de enfermería en pacientes con tracción musculoesquelética en miembros inferiores*. Guayaquil.
- Chavez, L. (2018). *Condiciones que favorecen la promoción de salud en el modelo de Nola Pender*. Juliaca, Peru.
- Congreso nacional de la comision de Codificacion y Legislacion. (2006). *Ley del Anciano*.
- GPC. (2009). *Diagnostico y tratamiento de fracturas intercapsulares del extremo proximal del femur*. Mexico.
- GPCMexico. (2017). *Manejo medico integral de fractura de cadera en el adulto mayor*. Mexico.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2017). *Metodologia de la Investigacion*.
- Herrera, Y. Y. (2017). *Cuidados de enfermería en paciente post operado inmediato de fractura de cadera en el servicio de recuperación*. Lima, Peru.
- Javier, M. (2019). *Cuidado de enfermería en el paciente postoperado inmediato de histerectomia abdominal*. Puno, Peru.
- Lexis Finder. (2006). *Ley Organica de Salud*. Ecuador.
- Lexis Finder. (2008). *Constitucion de la Republica del Ecuador*. Ecuador.
- Maldonado, N. (2010). *Aplicacion del Proceso de enfermería*. Cuenca.
- Morejon, L. (2013). *Protocolo de atención de enfermería en fracturas de miembros inferiores*. Ambato, Ecuador.
- Poveda, J. (2019). *Plan de cuidado de enfermería en pacientes con fractura de cadera*. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Quispe, E., & Ruiz, E. (2016). *Cuidados de enfermería dirigido a la prevención de complicaciones en la etapa postoperatoria inmediata*. Lima, Peru.

- Ramirez, L. (2013). *Proceso de atención de enfermería en pacientes con fractura*. Peru, Chancay.
- Romero, J. (2016). *Perfil epidemiológico de fracturas del miembro inferior*. Guayaquil - Ecuador.
- Rosillo, A. (2013). *Incidencia de fracturas de cadera y su tratamiento en pacientes adultos*. Loja, Ecuador.
- Ruiz, M., Hazañas, S., & Conde, M. (2014). *Fracturas: Conceptos generales y tratamiento*. Malaga.
- Satán, N. M. (2018). *Cuidados de enfermería en pacientes con politraumatismo*. Riobamba, Ecuador.
- Segura, J. (2018). *Cuidado de enfermería en el intraoperatorio*. Peru, Puno.
- Tacuri, A. (2015). *Intervención de enfermería en pacientes con fractura de fémur según teoría de Virginia Henderson*. Machala, El Oro: 2015.
- Thomas, P., & William, M. (2003). *Principios de la AO en el tratamiento de las fracturas*.
- Urcola, A. (2012). *Plan de cuidados, en el tratamiento de la fractura de cadera*. Zaragoza, España.
- Vado, M. (2018). *Tratamiento de las fracturas de cuello de fémur sin desplazar*.
- Velasquez, M. (2019). *Gestión del cuidado enfermero en pacientes con tratamiento de quimioterapia*. Guayaquil, Ecuador.

Revistas y artículos

- Almeida, M., & Gama, P. (2020). El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale. *Scielo*.
- Ayala, L. (2018). Manejo de fractura de diafisis de fémur en niños. *Revista Ecuatoriana de Ortopedia y Traumatología*.
- Bolaños, M. (2017). Fractura del extremo proximal del fémur. *Revista Medica de Sinergia*.
- Caballero, J., Barahona, D., & Navarro, R. (2010). Fracturas de fémur distal en el adulto. *Canarias Medica y Quirurgica*.
- Chmeit, S., Zambrano, E., & Sandia, A. (2017). Fracturas articulares de fémur distal. Análisis comparativo de tres tratamientos quirúrgicos. *Medigraphic*.
- De Arco, & Suarez. (2018). Rol de profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Revista Universidad y Salud*, 12.
- Del Gordo, R. (2012). Fracturas del fémur proximal. Opciones de tratamiento. *Medigraphic*.
- Gomez, M. (2015). El cuidado de enfermería. *Scielo*.
- Gutierrez, R. (2012). Clasificación de las fracturas de cadera. *Medigraphic*.

- Gutierrez, O., Torres, C., & Lobo, N. (2018). Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias. *Revista cuidarte*.
- Lugo, A. J., Melendez, I. C., & Andrade, M. (2017). Atención de Enfermería frente al Manejo Postoperatorio de Fracturas. *Revista Cultura del Cuidado*.
- Mendoza, J. (2012). Fracturas complejas del fémur proximal y su tratamiento. *Medigraphic*.
- Mosquera, M. T., & Maurel, D. L. (2015). Incidencia y factores de riesgo en la fractura de femur. *Revista Panam Salud Publica*.
- Naranjo, C., Concepcion, J., & Rodriguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Medica Espirituana*.
- Negrete, J., & Alvarado, J. (2015). Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. *Acta Ortopedica Mexicana*.
- Sanz, G. L. (2015). Cuidados de enfermería en la colocación y mantenimiento de tracciones en partes blandas. *ENE, Revista de enfermería*.
- Scolaro, J., & Marecek, G. (2017). Manejo de las fracturas de la cabeza femoral. *Revista de Ortopedia y Traumatología*.
- Sevilla, C. M. (2012). Plan de cuidados de fractura de cadera. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia, Podología)*.
- Trincado, M. (2015). Calidad en enfermería. *Revista Cubana de enfermería*.
- Urrutia, T., Riquelme, P., & Araya, A. (2012). Educación de mujeres histerectomizadas. *Chilena obtetra ginecologica*.

Sitios Web

- Hospital del Trabajador. (2019). *ACHS*. Obtenido de <https://www.hospitaldeltrabajador.cl/ht/Comunidad/GuiaSalud/Salud/Paginas/Fractura-del-Femur.aspx>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Ecuador en cifras*. Obtenido de www.ecuadorencifras.gob.ec
- Jaramillo, E. P. (2013). *Prezi.com*. Obtenido de <https://prezi.com/z4jc7sqvuqdx/fracturas-en-ninos-y-adultos/>
- Martínez, L. (2015). *Valoración del dolor en el anciano con fractura de femur*. Barcelona, España. Obtenido de https://www.parcdesalutmar.cat/mar/1892_martinez%5B1%5Ddefinitivo.pdf
- Navarro, M. (2015). *Clinic Cloud*. Obtenido de <https://clinic-cloud.com/scienc/historia-de-la-enfermeria-resumen/>
- OMS. (2018). *Calidad del Cuidado*. Obtenido de <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/18-226266/es/>
- OMS. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/nursing/es/>

- Ordoñez, N. M. (2018). *Cuidados de enfermería en pacientes con politraumatismo. Ecuador*,. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5680/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2019-0024.pdf>
- Perguachi, C. A., & Sinchi, C. A. (2017). *Características y manejo de fracturas de femur proximal en pacientes mayores de 60 años en el hospital Jose Carrasco Arteaga. Cuenca, Ecuador*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26286/1/PROYECTO%20D E%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2019). *Pontificia Universidad Católica de Chile*. Obtenido de Docencia en Traumatología: <http://www.docenciatraumatologia.uc.cl/fracturas-de-la-diafisis-del-femur/>
- Salto, R. M., & Yanez, E. A. (2011). *Sistema de cuidados prioritarios de enfermería con la taxonomía NANDA-NIC-NOC en pacientes con politraumatismo de miembros inferiores. Guaranda, Ecuador*. Obtenido de <http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/402/3/TESIS%20RITA%20TON ATO.pdf>

9. Anexos

Anexo 1. Aprobación del tema por parte de la Universidad.



Universidad Estatal
Península de Santa Elena

Carrera de Enfermería

Oficio N° 593 -CE-UPSE-2020
La Libertad, 21 de agosto de 2020

Señor Doctor:
ALEX FERNANDO ALDAZ LOZADA
DIRECTOR ASISTENCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN

Señor Doctor:
Freddy Olaya
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN
En su despacho. -

De mi consideración

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería la estudiante:

N°	Título	ESTUDIANTES	
		NOMBRE	CECULA
1	CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y SU INFLUENCIA EN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL TRAUMA DE FÉMUR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN. QUAYAQUIL 2019	MEJILLON DE LA ROSA VICTOR EDWIN	0923672141

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondiente y levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
ACM/evg



www.upse.edu.ec
carrera_enfermeria@upse.edu.ec
(04) 2-782311
La Libertad - Bero 25 de Septiembre - Calle 28 y Av. 25

Anexos 2. Aprobación del Hospital Abel Gilbert Pontón.



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Memorando N° HAGP-2020-UDI-083-M
Guayaquil, septiembre 16 del 2020

Psicólogo
Richard Armiños Paño
COORDINADOR DE ADMISIONES
Presente

A través de la presente solicito a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades al Estudiante, **VICTOR EDWIN MEJILLON DE LA ROSA**, quien se encuentra realizando su tema de tesis "CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y SU INFLUENCIA EN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE TRAUMA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS" para la cual deberá recabar información en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo desde enero hasta diciembre del 2019. CIF-10(S72.0)

Agradeciéndole por la atención brindada.

*Jessica
Gonzalez
Hospitalización*

Atentamente,

Hospital de Especialidades Guayaquil
Dr. Abel Gilbert Pontón
Ministerio de Salud Pública
Dr. Freddy Olaya Pacheco
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Coordinador de Docencia e Investigación
Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón



*Psic. Richard Armiños
Luis Pacheco
Hospital de Especialidades Guayaquil
16/09/2020
15:00*

Correo: adm.in.amejillond@hotmail.com

Calle 29va y Galápagos.
Tel: 593 (04) 2597400, ext.: 3437, 3450, 4162

Anexo 3. Encuesta en la cual se basa la investigación.



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TEMA: CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y SU INFLUENCIA EN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL TRAUMA DE FÉMUR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN, AÑO 2019

Nº HISTORIA CLÍNICA:

1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Edad: _____

Estado Civil: Soltera Casada Divorciada Unión Libre Viuda

Etnia: Blanco Mestizo Afroecuatoriano Indígena otros: _____

Ocupación: _____

Nivel socioeconómico: Bajo Medio Alto

Antecedentes personales: Hipertensión Diabetes Hábitos tóxicos obesidad

Osteoporosis Otros: _____

Antecedentes familiares: Sí No

2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Peso: _____

Talla: _____

IMC: _____ Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Tiempo de hospitalización: _____

Tipo de cirugía: _____

Intervenciones quirúrgicas anteriores: Si No

Complicaciones: cuáles? _____

Miembro Inferior Afectado?: Derecho Izquierdo Ambas

Accidente de tránsito? Si No

Politraumatismo: _____

Caída: Propia altura gran altura

Cuidados post quirúrgicos: Si No

Terapias de Rehabilitación: Si No Cuales: _____

Obtenido de: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas

Esta obra ha sido publicada en el repositorio de la universidad de Guayaquil año 2015 – 2016. Autora: Romero lorenti Denisse Johanna, visite: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18833/1/CD%20965%20ROMERO%20LORENTI%20DENISSE%20JOHANNA.pdf>

Modificado por: Mejillón de la Rosa Victor Edwin; Lic. Cesar Figueroa Pico. MSc.

4. TIPO DE FRACTURA

Intraescapulares:

- Intertrocantérica
- Petrocantérica
- Subtrocantérica

Extracapsulares:

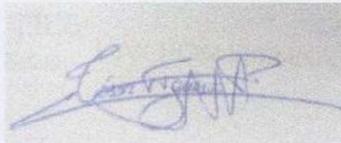
- Subcapital
- Transcervical
- Basiscervical

5. FACTORES DE RIESGOS

- | | |
|--|--|
| Alcohol <input type="checkbox"/> | Demencia <input type="checkbox"/> |
| Tabaco <input type="checkbox"/> | Uso de medicamentos Psicotrópicos <input type="checkbox"/> |
| Sedentarismo <input type="checkbox"/> | Corticoides de larga data <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> | Osteoporosis <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> | |

Victor Mejillon

Mejillón de la Rosa Víctor Edwin
ESTUDIANTE
C.I: 0923672141
edwin_mejillon@hotmail.es



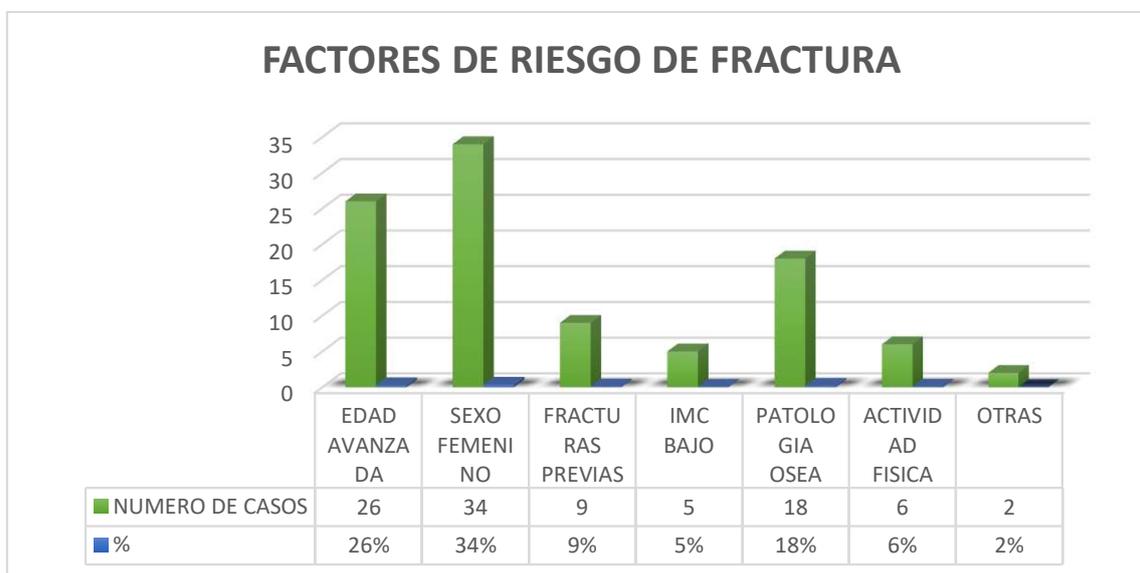
Lic. Cesar Figueroa Pico. MSc
TUTOR

Anexo 4: Tablas y Figuras

TABLA 7: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A FRACTURAS DE FÉMUR EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN

FACTORES DE RIESGO DE FRACTURA	NÚMERO DE CASOS	%
EDAD AVANZADA	26	26%
SEXO FEMENINO	34	34%
FRACTURAS PREVIAS	9	9%
IMC BAJO	5	5%
PATOLOGÍA ÓSEA	18	18%
ACTIVIDAD FÍSICA	6	6%
OTRAS	2	2%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO 7:



Fuente: Unidad Hospitalaria.

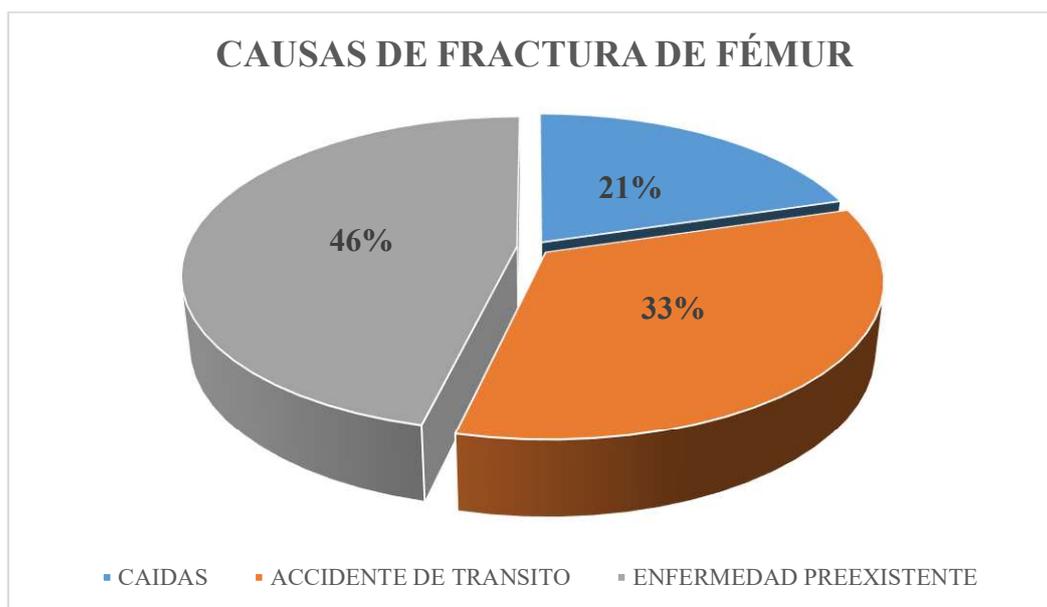
Elaborado por: Mejillón de la Rosa Víctor Edwin

Análisis: Se evidencia que el factor predominante en riesgo de fractura de fémur de da en pacientes de sexo femenino, con un 34% según el indicador estudiado y que podría variar según estudios.

TABLA 8: PRINCIPALES CAUSAS DE FRACTURA DE FÉMUR EN LOS CASOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ABEL GILPERT PONTÓN

CAUSAS DE FRACTURA DE FÉMUR	NÚMERO DE CASOS	%
CAÍDAS	11	20,4%
ACCIDENTE DE TRÁNSITO	18	33,3%
ENFERMEDAD PREEXISTENTE	25	46,3%
TOTAL	54	100%

GRÁFICO 8:



Fuente: Unidad Hospitalaria.

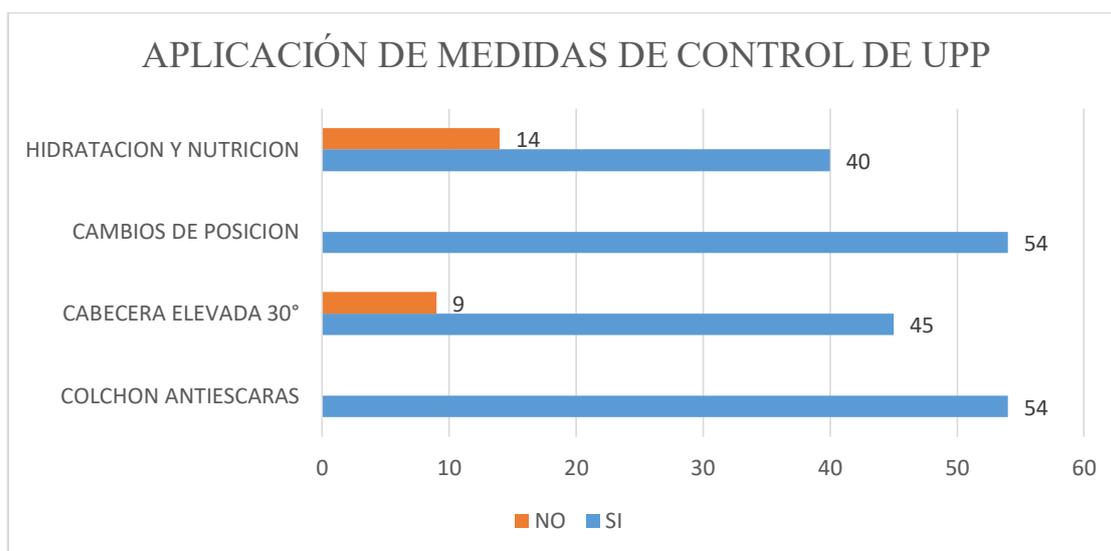
Elaborado por: Mejillón de la Rosa Víctor Edwin

Análisis: Se evidencia que el 46% de los pacientes presentan enfermedades preexistentes, con la cual se tendría que determinar bien su tratamiento para una mejoría eficaz y sin complicaciones futuras.

TABLA 9: MEDIDAS APLICADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DE ESCARA EN PACIENTES CON TRAUMA DE FÉMUR DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

MEDIDA DE CONTROL DE UPP	SI	NO	TOTAL	%
COLCHÓN ANTIESCARAS	54		54	100%
CABECERA ELEVADA 30°	45	9	54	83,3%
CAMBIO DE POSICIÓN	54		54	100%
HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN	40	14	54	74,1%

GRÁFICO 9:



Fuente: Unidad Hospitalaria.

Elaborado por: Mejillón de la Rosa Víctor Edwin

Análisis: Se determinó que el personal de enfermería siempre aplica medidas de control como cambio de posiciones o la utilización de colchón de escaras, con un 100% de aceptación de los pacientes y que se lleva a cabo esta normativa.

Anexo 5. Historias Clínicas. Hoja de evolución de enfermería

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL "DR. ABEL GILBERT PONTON"

NOMBRE	APELLIDO	SEXO	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA
Musseto	Morano	Femenino	46 años	1201315397

VOLUCIÓN	NOTAS DE EVOLUCIÓN	2 PRESCRIPCIONES
25-19	Se recibió paciente de sexo femenino de 46 años de edad procedente de Hospital de Especialidades de Guayaquil para ser operada de hernia abdominal. Se le administró analgésico y antiemético. Se le indicó dieta líquida y reposo. Se le indicó tomar acetaminofén para el dolor.	Acetaminofén 500mg Doliprin 100mg Droperidol 5mg Lido. Tomar 100mg Lido. Tomar 100mg
19	Paciente recibió analgésico y antiemético. Se le indicó dieta líquida y reposo. Se le indicó tomar acetaminofén para el dolor.	
10-17	Paciente recibió analgésico y antiemético. Se le indicó dieta líquida y reposo. Se le indicó tomar acetaminofén para el dolor.	
25-19	Paciente recibió analgésico y antiemético. Se le indicó dieta líquida y reposo. Se le indicó tomar acetaminofén para el dolor.	
18	Paciente recibió analgésico y antiemético. Se le indicó dieta líquida y reposo. Se le indicó tomar acetaminofén para el dolor.	

Consentimiento informado para cirugía

Consentimiento Informado para Cirugía

Versión: 2.0
Código: FORM-DAS-005
Página 2 de 2

Consentimiento Informado para:

Área/servicio: Emergencia / Cirujía General
Fecha: 20/4/2018
Nº Historia Clínica: 091151182
Fecha de nacimiento: []
Apellido Paterno: Beltrami
Nombres: Luis Beltrami
Ambulatoria: Hospitalización:

Hora: []
Nº de Cedula: 091151182
Edad: []
Apellido Materno: Reina

Nombre del Diagnóstico (codificación CIE10): []
Nombre del Procedimiento recomendado: []
¿En qué consiste? []
¿Cómo se realiza? []

Gráfico de Intervención (Incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión del paciente)

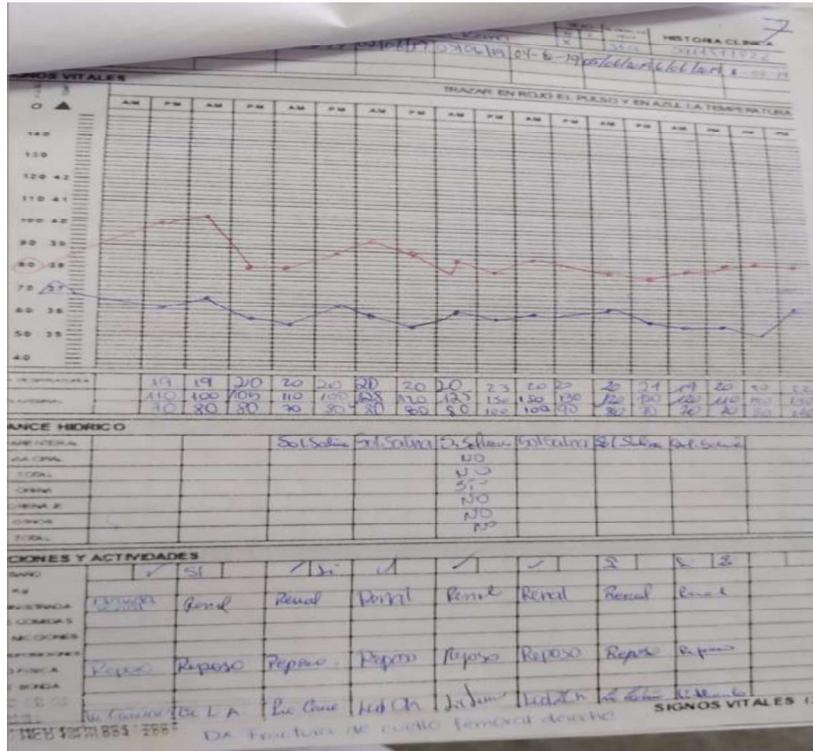


Duración estimada de la intervención (minutos): 90 minutos
Beneficios del procedimiento: []
Riesgos frecuentes (pocos graves): []
Riesgos poco frecuentes (graves): []
De existir, escriba los riesgos específicos relacionados con el paciente (edad, estado de salud), creencias, valores, etc.): []
Alternativas al procedimiento: []
Descripción del manejo posterior al procedimiento: []
Consecuencias posibles si no se realiza el procedimiento: []

NEAIS-HCU-FORM-024-ANVERSO

Revisado por: Inthya Patiño 2018	Revisado por: Dra. Ana Puga 18/4/2018	Revisado por: Dra. Karla Alvarado 18/4/2018	Aprobado por: Dr. Luigi Martini 20/4/2018
--	---	---	---

Hojas de signos vitales



Kardex

INDICACION DE ADMINISTRACION	10-06-19	11-06-19	12-06-19
1. Solucion Salina 1000 mililitros 30 mililitros/hora endovenosa.	14 JC UC		06
2. Omeprazol 40 miligramos endovenosa cada 12 horas.	16 JC UC	04 KZ UC 16 FP HC	04 16
3. Paracetamol 1 gramo endovenosa cada 12 horas.	16 JC UC	04 KZ UC 16 FP HC	04 16
4. Enoxaparina 4000 unidades subcutanea cada dia	20 KZ UC	20 X UC	21
5. losartan 100 miligramos via oral cada dia.		20 JC UC	21

Control de glicemia

Ministerio de Salud Pública
Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel González Pontón

HOJA DE CONTROL DE GLICEMIA ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

NOMBRE: Martínez Yordán Luz CAMA: 1 HC: 170497277

FECHA	HORA	GLICEMIA	TIPO Y DOSIS DE INSULINA	RESPONSABLE	OBSE
29/03/19	08:00	97 mg/dl		Lic. Alvarez	
29/03/19	09:00	96 mg/dl	—	IPC APD	
30-03-19	09:00	119 mg/dl		Lic. Alvarado	
30-03-19	18:00	162 mg/dl	—	Lic. Saucio	
31/03/19	06:00	108 mg/dl		Lic. Vinanzuca	
31-03-19	8:00	103 mg/dl	—	Lic. Josen	

Prevención de escaras

GESTION DE CALIDAD - CONTROL DE INFECCIONES
FORMATO DE REVISION DE ESCARAS

Fig. 1 de 1

DATOS DE PACIENTE

Nombre: Yolma Delgado Apellido Paterno: Delgado Mora Apellido Materno: N° HC: 0904426574

FECHA: 20/03/19

Hora	Pos-Acc	Procedimiento	Responsable
8:00	decúbito lateral	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
10:00	decúbito supino	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
12:00	decúbito lateral	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
14:00	decúbito supino	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
16:00	decúbito lateral	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
18:00	decúbito supino	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
20:00	decúbito lateral	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
22:00	decúbito supino	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
0:00	decúbito lateral	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
2:00	decúbito supino	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
4:00	decúbito lateral	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
6:00	decúbito supino	Escarado	Lic. Jimmy Cedeno Carrillo

Diagramas de posiciones:

- Decúbito Supino / Dorsal:** Tórax, Sacro, Codo, Ombro, Cabeza
- Decúbito Lateral:** Codo, Condilo, Trocánter, Codo, Anca
- Decúbito Prono / Ventral:** Manguito, Codo, Rodilla, Genital (hombro), Mamas (hombro), Anca

Se realizó cirugía: SI NO

Lic. Jimmy Cedeno Carrillo
ENFERMERO PROFESIONAL
C.I.: 0919228908
Firma: [Firma]

Formato de úlceras por presión

GESTIÓN DE CALIDAD - SUBPROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE INFECCIONES
FORMATO PARA VALORACIÓN Y REGISTRO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
 Ver: 01
 Pág. 1 de 1

Apellidos: Delgado Domínguez Servicio: Gerogeriatría
 Nombres: Rebeca Edad: 75 años Sexo: Femenino Fecha de ingreso: 12-2-14
 H. Clínica: 27044 26 T24 Motivo de ingreso: caída en casa Fecha de valoración: 12-2-14
 Otros Problemas de Salud: caída en casa

Alergias: NO SI Cúes: NO SI
 Presenta úlceras al ingreso: NO SI Lugar de Adquisición: Domicilio Hospital Otra institución Localización: 3, 4, 5
 Ha tenido úlceras: NO SI Localización: 3, 4, 5

VALORACIÓN DEL RIESGO DE PADECER UPP SEGÚN ESCALA DE NORTON

FECHAS	12-2-14	18-2-14	25-2-14	3-3-14	10-3-14
Estado Físico General	3	3	3	3	3
Incontinencia	2	2	2	2	2
Estado Mental	2	2	2	2	2
Actividad	2	2	2	2	2
Movilidad	2	2	2	2	2
TOTAL	12	12	12	12	12

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

FECHAS	12-2-14	18-2-14	25-2-14	3-3-14	10-3-14
MODERADO					
GRAVE					

GRADO DE DESNUTRICIÓN: NO

LOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE UPP

FECHAS	12-2-14	18-2-14	25-2-14	3-3-14	10-3-14
Grado	1	1	1	1	1
Aspecto	1	1	1	1	1
Mayor Extensión	1	1	1	1	1
Profundidad	1	1	1	1	1
Exudado Cantidad	1	1	1	1	1
Exudado Calidad	1	1	1	1	1
Dolor	1	1	1	1	1
Curación	1	1	1	1	1

DEBILITAMIENTO: Quirúrgico: NO, Enzimático: NO, Autolítico: NO

OBSERVACIÓN: Sospecha de infección: NO, Toma de Cultivo: NO

REGISTRO DE ACTIVIDADES Y MEDIDAS PREVENTIVAS

FECHAS	12-2-14	18-2-14	25-2-14	3-3-14	10-3-14
MEDIDAS					
Cambios Posturales	1	1	1	1	1
Crema (ácidos grasos)	1	1	1	1	1
Movilizaciones	1	1	1	1	1
Protección Local	1	1	1	1	1
Superficies de apoyo	1	1	1	1	1

Observación: Se observó una úlcera por presión en la zona de la cadera derecha, grado 1, aspecto rojo, doloroso al tacto.

Medico: Dr. José María Martínez

Holger Villalca N.
 LICENCIADO EN ENFERMERÍA
 REG. 1006-2017-1854314
 Uc. Enfermería

ELABORADO POR: LIC. FÁTIMA MONTENEGRO, LIC. DELFINA JIMBO, LIC. ROSELBA DENIS
 REVISADO POR: ING. JIMMY AVECILLAS
 APROBADO POR: ING. JIMMY AVECILLAS
 CODIGO FORM-04

Tratamiento y procedimiento terapéutico

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Di: necl. ceción + osteosíntesis de fractura intertrocanterea derecha.

- Ciprofloxacino 1 tab. c/12 horas.
- paracetamol 1 tab c/8 horas.
- curaciones por su area de salud
- petio de los puntos despues de 15 días su su area de salud

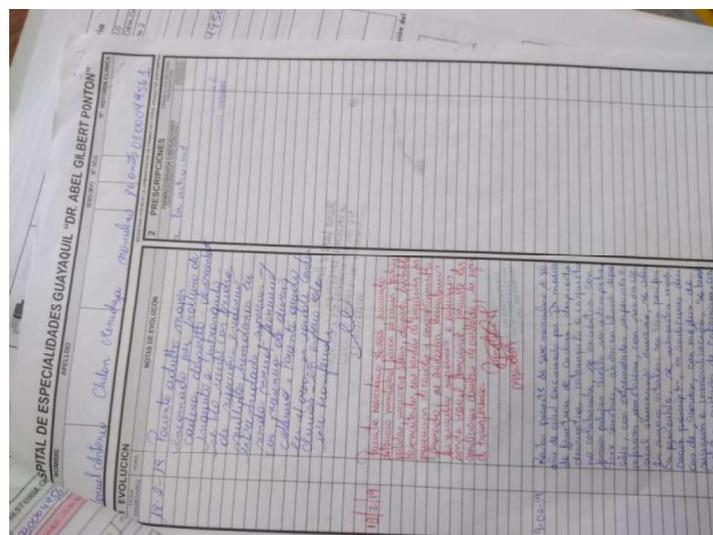
Ilustración 1. Revisión de las Historias Clínicas en el área de estadísticas.



Ilustración 2. En el área de traumatología verificando información.



Ilustración 3. Análisis de las hojas de evolución de enfermería.



La Libertad, 10 de Noviembre del 2020

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO Y SU INFLUENCIA EN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL TRAUMA DE FÉMUR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN, AÑO 2019.** Elaborado por el(s) señor **MEJILLON DE LA ROSA VICTOR EDWIN**, estudiantes de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciados en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente **proyecto de investigación** ejecutado, se encuentra con el 2% de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



Lic. César Figueroa Pico, MSc.

C.I.: 0917519241

DOCENTE TUTOR