

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO. EL FAMILIAR-CUIDADOR, PIEZA CLAVE EN LA RECUPERACIÓN.

Autor principal JESÚS GARCÍA REDONDO

CoAutor 1 IRENE HITA GARCÍA

CoAutor 2 YOLANDA CÁNOVAS PADILLA

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Quirúrgica

Palabras clave Anciano Fracturas de cadera Adaptación Seguridad del paciente

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Las fracturas de cadera en la actualidad suponen un verdadero reto tanto profesional como familiar, intentando obtener por ambas partes los resultados más óptimos para el paciente anciano que ha sufrido este tipo de lesión, donde en numerosas ocasiones las secuelas son negativas. Todos los procesos y actividades realizadas a este tipo de pacientes tras la intervención quirúrgica, son imprescindibles y de gran importancia. El cuidador desempeña el papel principal en la pronta recuperación de aquellas capacidades físicas para la realización de las actividades de la vida diaria que poseía el paciente.

Para ello se ha realizado una serie de pautas y criterios encaminados a la correcta actuación por parte de los familiares-cuidadores tras el alta hospitalaria del paciente, empleando como base la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Nuestro país, junto con Italia, Alemania y Japón tienen la cifra más alta de personas mayores, y los datos no indican que la situación vaya a invertirse. La ONU, vaticina que en 2050 seremos el segundo país más envejecido, con un 33% de población mayor, por detrás de Japón con el 37%.

A fecha de 2012, la población española que superaba los 65 años se situaba en torno al 17,5% sobre el de la población total. El 5,2% son personas octogenarias.

En la geriatría las caídas son uno de los problemas más importantes, aumentando en frecuencia conforme se eleva la edad. Son un fenómeno diario y una de las principales causas de lesiones físicas, de incapacidad y de muerte (situada la tasa de mortalidad entre el 15-40% según los estudios revisados). Más aún, la Fractura de Cadera (FdC) supone una patología que ejerce una gran repercusión sobre el individuo, disminuye la autoestima, provoca aislamiento social y provoca alteración del bienestar. Por todo ello, las FdC en la actualidad, supone un verdadero reto tanto profesional sanitario como para el familiar-cuidador de quién la sufre, intentando obtener por ambas partes los resultados más óptimos para la persona anciana que la ha sufrido.

Alrededor de 2 de 10 caídas en ancianos acaban en FdC. En mujeres, el riesgo aumenta 3 veces más por los procesos de descalcificación de la menopausia. Si el paciente no es sometido a una intervención quirúrgica muy probablemente no volverá a caminar, quedará postrado en cama y sus expectativas de vida se reducen a un año aproximadamente. Si bien, la importancia de la operación no concuerda con los resultados favorables de la misma. Tal es así, sólo el 50% de los ancianos operados recuperan la habilidad de caminar y su independencia previa. El otro 50%, tendrá secuelas de distinto grado, causada por una rehabilitación inadecuada o insuficiente. Más del 10% de los operados, al año no están en condiciones para retornar a su domicilio, quedando institucionalizados y con dolor o algún tipo de discapacidad residual. A esto hay que añadir las complicaciones que puede tener la técnica quirúrgica, como anemia, trombosis venosa o pulmonar, infección respiratoria y de la herida, y confusión mental a consecuencia del estrés producido por la FdC.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y sopesando riesgos y beneficios de realizar la intervención o no, en la mayoría de los casos se realiza la operación. Es vital una correcta rehabilitación postquirúrgica para poder restaurar el nivel de autonomía que la persona tenía. A menudo, y como expresan algunos estudios, la información que se ofrece tras el alta o la que figura en el informe de alta, es breve, insuficiente y suele generar dudas que no son solucionadas. En el momento del alta hospitalaria, el paciente o el familiar, reciben un bombardeo de información que unido al estrés y al cansancio de dicho ingreso, hace que no se asimile gran parte de esa información que se destina a consejos o ejercicios de rehabilitación.

Se justifica así la gran importancia de la información que se les da a nuestros pacientes y a sus familiares, siendo éstos los cuidadores del anciano, dado que directamente repercute si la persona volverá a tener el nivel de autonomía previo a la FdC. Con ello se sostiene que una información correcta y bien aprendida y puesta en práctica por ambas partes, va a dar lugar al éxito en la recuperación.

Por este motivo los objetivos que en este trabajo se han marcado son los siguientes:

- Recoger y elaborar de forma sencilla un dossier con la máxima información que la bibliografía recoge para una óptima recuperación tras una FdC, empleando taxonomía NANDA, NIC y NOC.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Los datos plasmados hablan por sí solos. Al 50% de los intervenidos de FdC les queda alguna secuela que les impide recuperar su nivel de autonomía previo a la caída o de incluso caminar. En la mayoría de los casos, una correcta información para rehabilitación y una ejecución de la misma hubiese impedido el negativo desenlace.

La Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem es una herramienta útil para abordar este tema planteado. Según explica esta teoría, el autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. En el momento de tener una enfermedad o lesión, se merma esta capacidad de autocuidado y surge el déficit de autocuidado, entendido por la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable. Es aquí donde emerge el papel fundamental de la enfermería, que se encargará de compensar este déficit de forma total, parcial o con apoyo educativo. Es en este último punto donde la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer con éxito sin esta ayuda. Actuar, guiar, apoyar, favorecer el

Así pues, detectado el problema de la falta de información, se ha tratado de elaborar un resumen de las medidas que se ofrecen en la bibliografía para garantizar la recuperación en la fractura de cadera, con el fin de proporcionar dicha información de forma clara y concisa a los pacientes y a sus familiares. Una formación e información de calidad va a dar lugar a una continuidad de cuidados seguros y de calidad por parte del familiar. Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema planteado en la base de datos CUIDEN PLUS, propia de la ciencia enfermera. Se realizaron diversas búsquedas individuales y alternadas las palabras fractura, cadera, recomendaciones. Los resultados fueron escasos, al buscar con las tres palabras anteriores, aparecían sólo 2 documentos. Si se busca fractura y cadera, aparecen 112, de los cuales 8 versan sobre recomendaciones. Se desestimaron todos los documentos anteriores a 2002.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Tras la realización del análisis se han obtenido los siguientes resultados, ordenados según los diagnósticos de enfermería más relevantes para el trabajo.

DxE: Deterioro de la movilidad física (relacionado con una disminución de la fuerza)

Resultados -El paciente retornará en un plazo no mayor de dos meses, su capacidad de movilización previa a la FdC.

Intervenciones - Fomento del ejercicio. Incrementar progresivamente la actividad, dando pasos cada vez más largos. Incluir a la familia/cuidador del paciente en la planificación y el mantenimiento del programa de ejercicios. Fomentar una deambulación independiente dentro de sus límites. Vigilar el uso por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.

Guía de actuación:

Paciente tumbado:

- Realizar ejercicios de flexión/extensión del tobillo tumbado sobre una cama, moviendo el tobillo hacia la cabeza y luego hacia la cama.
- Los cuádriceps: tumbado, colocamos un rodillo bajo el tobillo. Contraer el músculo levantando la punta de los dedos hacia la nariz. Mantener durante 5 segundos y descansar.
- Flexión de la rodilla, de forma progresiva y deslizando el pie con la planta apoyada en la cama.
- Separación del miembro extendido. Se realizará tendido en la cama, deslizando poco a poco la pierna operada hacia afuera.
- Elevación de la pierna. Se realizará tumbado en la cama, colocando una almohada debajo de las rodillas. Estirando la pierna operada y levantándola de la cama.

Paciente sentado (segundo día tras intervención):

- Extensión de rodilla. Sentado en cama o en silla, estire la rodilla lo máximo posible. Mantener durante 5 segundos y relajar.
- Intento de levantarse. Sentado en una silla y las manos en el reposabrazos intentando levantarse echando todo el peso en los brazos. Mantener 5 segundos y sentarse.

Deambulación. Marcha con andador:

- Sujeción firme del andador.
- Posición recta y con la pierna operada estirada, sin desviaciones del pie.
- Al iniciar la marcha, seguir una misma secuencia: Andador. Pierna operada. Pierna sana.

Sentarse y levantarse de la silla:

Sentarse:

- Posición de espaldas a la silla, hasta notar el asiento en las pantorrillas.
- Estirar de forma lenta la pierna operada hacia delante.
- Apoyar las manos en el reposabrazos y echar en estos el peso del cuerpo.
- Bajar poco a poco sosteniéndose con los brazos y con la pierna no intervenida.

Levantarse:

- Volver a estirar la pierna operada y apoyándose en el reposabrazos.
- Inclinación del tronco hacia delante.
- Con la pierna sana, ponerse en pie.

Acostarse y levantarse de la cama:

Levantarse:

- Deslizar la pierna operada hasta sacarla del borde de la cama y sentarse.
- Apoyar la otra pierna y levarse con ayuda del andador como si se tratase de una silla.

Acostarse:

- Sentarse con la pierna operada ligeramente extendida, intentando que quede esta en la parte externa de la cama.
- Levantar la pierna no operada e introducirla en la cama.
- Apoyar los brazos en la cama, introducir la pierna operada con lentamente.

Posturas: No cruzar las piernas. No flexionar la cadera más de 90°. No tumbarse o dormir sobre la pierna no operada. No girar la pierna operada hacia dentro o hacia fuera.

DxE: Riesgo de lesión (Relacionado con barreras arquitectónicas y deterioro de la movilidad)

Resultados - El paciente conocerá los medios de protección, utilizándolas adecuadamente. La familia favorecerá un entorno más seguro para el paciente.

Intervenciones - Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro. Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación. Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño Disponer de dispositivos de adaptación: bastón andador para aumentar la seguridad. Uso de antideslizantes en la bañera. Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.

Guía de actuación:

Entrar y salir del automóvil:

- Tener el asiento lo más retrasado posible para mejorar la accesibilidad.
- Utilizar un cojín para elevar la altura del asiento.
- Colocarse de espaldas al asiento hasta notar que toca la parte posterior de su pierna.
- Mantener ligeramente estirada la pierna intervenida.
- Apoyarse en el automóvil y en el andador para terminar de sentarse
- Para salir, siga los mismos pasos en orden contrario.

Seguridad del movimiento:

- Evitar estar sentado durante largos periodos de tiempo.

En la bañera (usar silla de baño):

- Retroceder hasta tocar con el borde de la bañera.
- Comenzar a sentarse con la pierna intervenida estirada.
- Utilice los brazos para levantar las piernas por encima de la bañera.
- Es recomendable el uso de una ducha de mano.

DxE: Afrontamiento familiar inefectivo (relacionado con el problema de salud del paciente)

Resultados - Verbalización sensación de control. Verbalización aceptación de la situación.

Intervenciones - Establecer metas realistas con el paciente. Proporcionar a los familiares información objetiva. Apreciar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente.

Guía de actuación:

Realización apropiada de los cuidados básicos del paciente y los ejercicios para rehabilitación.

Se hallaron como limitaciones la escasa producción de artículos de enfermería relacionados con la FdC y la educación para el paciente y familiares. Sin embargo, es cierto que existen numerosas guías de intervención firmadas por facultativos de traumatología y fisioterapeutas, que

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Con este trabajo, se intentan difundir conocimientos sencillos hacia los familiares de pacientes con fractura de cadera que ejercen un papel de cuidador, con el fin de garantizar el éxito en la recuperación. La seguridad que en sí mismo tiene el familiar a la hora de ejercer los cuidados es mayor cuanto más conocimiento tiene. Lo mismo le ocurre al paciente, si observa que el familiar controla bien las situaciones. Poder aplicar unos cuidados seguros de calidad va a influenciar de forma significativa en el éxito de la recuperación.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

La función educativa de la enfermería es fundamental y no debe ser asumida por otros profesionales. Es necesario informar al paciente, educar y promocionar la salud, solucionar dudas de la enfermedad, enseñar hábitos de higiene. Se trata pues, de un campo muy amplio y muy importante que debe ser investigado y difundido por enfermería.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos [Internet].

Madrid: Informes Envejecimiento en red nº1;2013 [citado 15 marzo 2014]. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>

GEIOS. Vías clínicas, fractura de cadera. Madrid: GEIOS; 2011

Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ªed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2007