

**GUÍA PARA EL MANEJO DE LA FRACTURA DE CADERA EN LA ATENCION
PREHOSPITALARIA EN LOS ADULTOS**

**MARY LUZ BEDOYA VARGAS
JULIANA ECHEVERRI CARDONA**

**SEMESTRE:
QUINTO
TECNOLOGÍA EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**

**DOCENTE:
LUIS FERNANDO TORO PALACIO**

**MATERIA:
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN II**

UNIVERSIDAD CES

MEDELLÍN

2016

CONTENIDO	pág.
INTRODUCCION.....	3
RESULTADOS.....	4
1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	6
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	6
2 MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 MARCO CONCEPTUAL.....	17
2.3 REFERENTE NORMATIVO.....	18
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	19
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	19
4 METODOLOGÍA.....	20
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
4.2 TIPO DE ESTUDIO.....	20
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	20
4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	20
4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	20
4.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	21
4.4.1DIAGRAMA OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	21
4.5 TECNICA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	22
4.5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	22
4.5.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	23
4.5.3 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	24
4.6 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	24
4.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	24
5 ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
6 PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA.....	26
6.1 PRESUPUESTO GLOBAL DE LA PROPUESTA.....	26
6.2 DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DEL PERSONAL.....	26
7 TABLA DE RESULTADOS.....	28
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29-30
9 ANEXOS.....	31

INTRODUCCIÓN

Este proyecto trata de la fractura de cadera en la atención prehospitalaria, la cual se define como la pérdida de continuidad completa o incompleta del tejido óseo, cuando este sufre una tensión mayor a la que puede soportar se rompe, sumándose a este el trauma de los tejidos blandos y vasculares circulantes. (1) Para este proyecto se seleccionaron personas entre los 15 y 60 años, con el fin de que los tecnólogos en atención pre hospitalaria, refuercen sus conocimientos y atiendan esta fractura con mayor claridad.

RESULTADOS

Se encuestó a un total de 15 personas que estaban entre los 15 y 60 años, las cuales todos sufrieron fractura de cadera, el 50% de alta energía como accidente de tránsito y el otro 50% de baja energía como caídas.

De las 15 personas 5 quedaron inconscientes y el resto estaban conscientes por lo que relataron que a todos los trasladaron en ambulancia y los atendieron personal salud, solo a 5 de las 10 personas las inmovilizaron ya que tenían compromiso cervical y relataron que no quedaron con secuelas o aún no se les ha manifestado.

1 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año los accidentes de tránsito causan la muerte de aproximadamente de 1,3 millones de personas en todo el mundo. Los traumatismos causados por los accidentes de tránsito originan pérdidas económicas considerables a las víctimas, a sus familias y al país en general, en el proceso de atención y rehabilitación de las víctimas. (2) Los pacientes que sufren esta patología pueden padecer serias complicaciones, que van desde discapacidades leves hasta severas. Aproximadamente el 50% de las personas que sufrieron de esta, y eran totalmente independientes serán incapaces de recuperar su estilo de vida previo, y el 10% será incapaz de retornar a su residencia habitual. (3) Por lo tanto los tecnólogos en atención pre hospitalaria tienen un papel muy importante en la atención del paciente con fractura de cadera, ya que estos tienen un primer contacto con el paciente, donde reducen y atienden los traumatismos inmediatamente sufridos después de algún accidente. Se define fractura de cadera como la lesión que ocurre entre las epíffisis proximales del fémur y un plano oblicuo por debajo del trocánter menor, de acuerdo con su localización, y que puede afectar la cabeza femoral, el cuello del fémur, los trocánteres o el segmento del fémur situado por debajo del trocánter (4)

Ya que el 90% de los accidentes ocurren en países de ingresos bajos (2) nuestro personal en atención pre hospitalario debe estar capacitado frente a esta situación para así reducir tanto las pérdidas económicas de las familias y las limitaciones del paciente.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Con este estudio queremos revelar la importancia de conocer una guía para la atención correcta y adecuada de las fracturas de cadera por accidente de tránsito en Colombia a nivel pre-hospitalario, por eso se hace necesario que todos los tecnólogos en atención pre-hospitalaria y primeros respondientes tengan las bases adecuadas para evitar que más víctimas de esta patología desarrollen secuelas que lo puedan llevar a una buena rehabilitación. Debido a la poca información y guías que se encuentran a nivel de Colombia para abordar a estos pacientes se hace la labor investigativa por parte de estudiantes de atención pre-hospitalaria de quinto semestre de la universidad ces para implementar una guía para el mejoramiento de estos pacientes.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo sería el adecuado manejo de la fractura de cadera en los adultos en la atención pre hospitalaria?

2. MARCO TEORICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIÓN

Una fractura se define como la pérdida de continuidad completa o incompleta del tejido óseo, cuando este sufre una tensión mayor a la que puede soportar se rompe, sumándose a este el trauma de los tejidos blandos y vasculares circulantes. (1)

Una fractura de cadera se define comúnmente, en la ruptura de alguno de los huesos que forman la articulación coxofemoral, que al igual que otras fracturas o luxaciones, pueden fracturarse por un exceso de presión sobre estas (accidentes de tránsito) en donde el miembro inferior esta recto y se produce una fuerza que se transmite a la cadera. (5)

Vascularización

El fémur esta inervado por la arteria circunfleja mayor y la circunfleja posterior; ambas se unen para formar un arco alrededor del cuello femoral, además penetran la epífisis e irrigan la cabeza del fémur por las arterias epificiarias. Si hay una fractura a nivel intra o extracapsulares hay un alto riesgo de haber necrosis isquémica de la cabeza femoral, bien sea por la ruptura del vaso o por un hematoma que no deja salir la sangre por lo que aumenta la presión y no deja llegar sangre. La fractura que se da en la región trocanterea no tiene riesgo de necrosis ya que recibe vascularización de las estructuras adyacentes (6)

Clasificación de las fracturas de cadera

Extra capsulares: Esta fractura no comprometen la vascularización de la cabeza femoral ni su consolidación se encuentra comprometida por la presencia de líquido sinovial. En las fracturas extra capsulares las más comunes son: las fracturas transtrocantericas y subtrocantericas. Que para orientarse mejor diríjase a la imagen número 1 (7)

Intracapsulares: Este fractura si puede lesionar los vasos retinaculares ascendentes comprometiendo la circulación de la cabeza femoral. A su vez el hematoma que se forma en la capsula puede colapsar los vasos ascendentes. En las fracturas intracapsulares las fracturas más comunes son: fractura de cabeza, subcapitales, transcervicales, basicervicales. Que para orientarse mejor diríjase a la imagen número 2. (7)

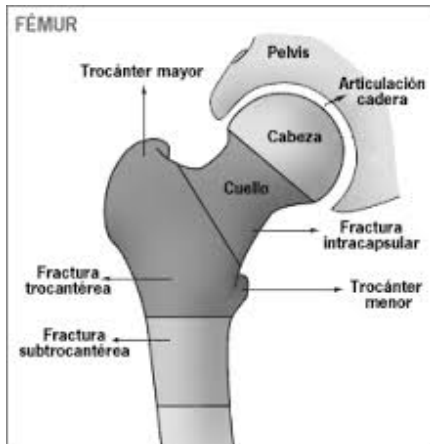
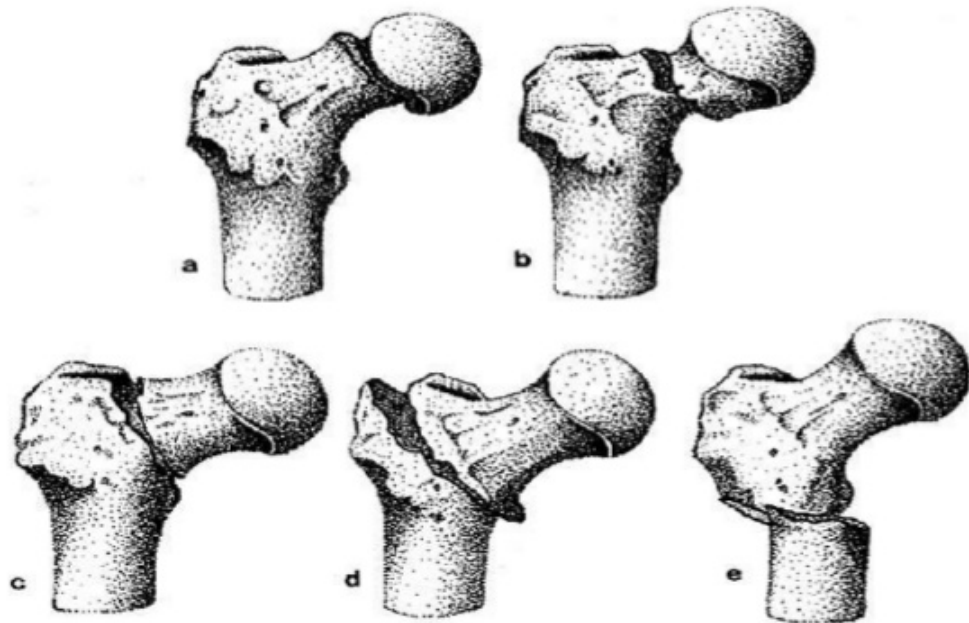


Imagen número 1



(a) Fractura sub-capital. (b) Fractura medio-cervical. (c) Fractura basi-cervical.
(d) Fractura inter-trocantérea. (e) Fractura sub-trocantérea.

Imagen número 2

Fracturas del cuello del femoral

Clasificación anatómica

Estas están determinadas por el nivel de la línea de la fractura.

- Subcapitales

- Transcervicales
- Basicervicales (7)

Diríjase a la imagen número dos.

Clasificación de Garden para fracturas del cuello femoral

Tipo I fractura incompleta: Está es la fractura “en valgo” y si no se contiene mediante tratamiento temprano se puede desplazar secundariamente. Vea la imagen número 3 (7)

Tipo I



Imagen número 3

Tipo II fractura completa sin desplazamiento: la cortical está rota pero el fragmento proximal no se ha desplazado en ningún sentido. De no contenerse mediante tratamiento temprano puede ocurrir un desplazamiento secundario. Vea la imagen número 4. (7)

Tipo II



Imagen número 4

Tipo III fractura completa con desplazamiento parcial: Está fractura es la más frecuente y según Garden se reduce simplemente rotando hacia adentro el fragmento distal, sin traccionar. Es estable y tiene muy buenas posibilidades de mantener irrigada la cabeza del fémur. Vea la imagen 5. (7)



Imagen número 5

Tipo IV fractura completa con desplazamiento total: Los dos fragmentos están desvinculados uno del otro. La cabeza femoral que esta suelta se conserva en posición normal, pero su irrigación queda muy comprometida. Vea la imagen 6. (7)



Imagen número 6

Factores de riesgo

- historia de fractura de cadera materna
- excesivo consumo de alcohol
- excesivo consumo de cafeína
- sedentarismo
- bajo peso corporal
- institucionalización
- estatura alta
- fractura de cadera previa
- uso de psicotrópicos
- discapacidad visual
- demencia (8)

Cuadro clínico

Rotación externa del miembro afectado por acción del músculo psoas-iliaco.

Acortamiento del mismo por el ascenso del segmento femoral, determinado por la contractura muscular de los pelvi-trocantereos.

Impotencia funcional que en la mayoría de los casos es absoluta.

Dolor localizado en la región de la cadera. (8,7)

Diagnostico

- Una Anamnesis muy detallada.
- Un Examen físico, minucioso.
- Rayos X AP de pelvis
- Para un diagnóstico temprano y oportuno. (7,8)

Tratamiento de las fracturas cervicales

- Alivio del dolor
- Inmovilización
- Analgésicos
- Estabilización de la patología asociada (Hipertensión arterial, EPOC, diabetes mellitus, cardiopatía, etc.)
- Quirúrgico
- Osteosíntesis.

Osteosíntesis: es la unión de dos segmentos óseos fracturados con un elemento de fijación. Por ejemplo placas, tornillos, clavos endomedulares o tutores externos.
(7)

GUIA PARA LA ATENCIÓN DE FRACTURA DE CADERA EN LA ATENCION PREHOSPITALARIA

Al momento de abordar a un paciente en el arribo, lo primero que debemos tener en cuenta es la cinemática del trauma que se define como el proceso de analizar un suceso traumático y determinar las lesiones potenciales provocadas por las fuerzas y movimientos involucrados. (9)

- Variables asociadas al evento traumático
- Variables asociadas a la cinemática del trauma
- Mecanismo del trauma
- Cantidad de energía intercambiada (leyes de física del movimiento)
- Primera ley del movimiento
- Segunda ley de newton ($F= MA$)
- La ley de la conservación de energía
- Energía cinética
- Variables asociadas con la edad del individuo (Edad: comorbilidad, cambios anatómicos, reservas fisiológicas limitadas, Consumo previo de sustancias, Patología intercurrente)
- Ubicación del vehículo

Donde la primera ley de newton nos dice que un cuerpo cuando está en reposo permanecerá en reposo y un cuerpo en movimiento permanecerá en movimiento a menos que una fuerza actúe sobre él; la ley de la conservación de la energía combinada con la segunda ley de newton, describe que la energía no se crea ni se destruye se transforma. (9) (10)

Fases en el proceso de la atención del paciente

La fase previa son todos los acontecimientos que preceden al incidente. Los trastornos que existen antes del incidente, son muy importantes ya que son los antecedentes del paciente tanto patológicos, quirúrgicos, alérgicos, medicamentos.

La fase durante la colisión comienza en el momento del impacto entre un objeto móvil y un segundo objeto, que este puede estar en movimiento o detenido y puede ser un objeto o un ser humano. En la mayoría de los traumatismos se puede producir tres cosas:

- Impacto de los dos objetos
- El impacto de los ocupantes del vehículo
- El impacto de los órganos vitales en el interior de los ocupantes

La fase después de la colisión, el profesional de la asistencia de salud recopila la información de las dos etapas anteriores para valorar y tratar al paciente. Esta fase se inicia una vez se halla absorbido la energía del accidente. Las complicaciones pueden desarrollarse de forma rápida o lenta, el conocimiento de

la cinemática de los traumatismos, el índice de sospecha de las lesiones y una habilidad importante para valorar son factores cruciales para el resultado final. (10)

Los tipos de impacto son:

- Impacto frontal
- Impacto lateral
- Impacto posterior
- Rotación

Los tipos de trauma son:

- Traumas contusos
- Traumas penetrantes (10)

La evaluación del paciente no es un proceso rígido, sin embargo debe ser constante, esto significa que no todos los aspectos de la evaluación se aplicarán a todos los pacientes y que el orden puede variar dependiendo de la naturaleza del problema. (10)

Procedimiento general para evaluar al paciente

Es un procedimiento ordenado que nos ayuda a determinar los posibles problemas asociados con la enfermedad o situaciones de trauma:

- Evaluar la escena
- Evaluación inicial: trauma o enfermedad
- Examen físico: focalizado e historia y el detallado
- Evaluación en ruta
- Comunicaciones
- Documentación (11)

Evaluación de la escena

Es siempre constante y la seguridad es siempre el primer objetivo. Esta siempre comienza desde el momento en que usted sabe que va a intervenir. Desde deberá ir pensando en los tipos de lesiones o peligros, que se pueden presentar. Dentro de las consideraciones de seguridad al llegar a la escena, usted debe:

- Llevar el equipo de protección personal
- Evaluar la situación
- Verificar que la escena sea segura para usted, sus compañeros, paciente, testigos y curiosos.
- Obtener información: de fuentes rápidas (escena, paciente, curiosos, mecanismo de lesión). (11)

Evaluación inicial

Proceso ordenado para detectar y corregir los problemas que amenacen la vida del paciente a corto plazo. A medida que estos procesos sean identificados se deben tomar acciones que salven o estabilicen la vida de la persona. Al iniciar contacto con el paciente, usted debe:

- Identificarse como persona entrenada para dar cuidado de emergencia
- Solicitar permiso al paciente. Aunque el paciente este inconsciente.

Los pasos de la evaluación inicial comprende:

- Impresión general del estado del paciente, desde su llegada, para detectar detalles como olores, temperatura, color de la piel, estado del paciente, gravedad de las lesiones, etc. De esta puede depender la decisión de transportar al paciente.

- **Evaluar el nivel de respuesta: AVDI**

A: alerta, el paciente realiza movimientos o acciones, como abrir sus ojos, mover la cabeza, obedece órdenes, esta lucido, orientado en tiempo, espacio y persona.

V: verbal, si el paciente responde al llamado, No es necesario el estímulo doloroso.

D: estímulo doloroso, si es por trauma, previamente se debe realizar la fijación manual de la cabeza para prevenir movimiento alguno que cause más daño; el estímulo doloroso consiste en presionar los pulpejos de los dedos.

I: inconsciente, paciente sin respuesta a estímulo de alerta, verbal ni doloroso.

Realizar el ABCD

- **A: abrir vías aéreas y control cervical;** hay que considerar que todo paciente inconsciente presenta una mal oxigenación ya que la lengua está obstruyendo las vías aéreas. Donde se le realiza al paciente la maniobra de elevación frente mentón y subluxación mandibular. Valorar si el paciente necesita algún dispositivo para permeabilizar la vía aérea. Evaluar el nexus para descartar el uso de collarín cervical, las cuales son:

- NO dolor en la línea media
- No déficit neurológico
- Nivel de conciencia normal
- No evidencia de intoxicación
- No otras lesiones dolorosas que distraigan al paciente

Si no cumple estos cinco ítems tiene muy poca posibilidad de necesitar un collarín.
(11) (12)

- **B: Buena ventilación:** suministrar oxígeno, observar el pecho o abdomen del paciente y verificar los movimientos del tórax, si el paciente presenta cianosis o dificultad para respirar proporcionarle oxígeno. Valorar si el paciente presenta alguna patología como neumotórax a tensión, abierto, hemotorax masivo, etc.
- **C: circulación (hemorragia y perfusión):** tomar el pulso carotideo, durante al menos 5 segundos pero no menos de 10 segundos. Valorar si el paciente está en estado de shock, y patologías como taponamiento cardiaco, contusión pulmonar.
- **D: déficit neurológico:** después de evaluar y corregir a la medida de lo posible los factores implicados en la entrada de oxígeno a los pulmones y de su circulación a todo el cuerpo, el paso siguiente es evaluar la función cerebral, el nivel de consciencia e hipoxia esto se logra con la escala de coma de Glasgow que evalúa: la respuesta verbal, motora y ocular.

Respuesta ocular

Espontanea	4
Al llamado	3
Al dolor	2
Sin respuesta	1

Respuesta verbal

Obedece ordenes	5
Desorientado	4
Palabras incoherentes	3
Sonidos incomprensibles	2
Sin respuestas	1

Respuesta motora

Mueve las extremidades espontáneamente	6
Localiza y retira al dolor	5
Localiza el dolor	4
Flexión (decorticación)	3
Extensión (descerebración)	2
Sin respuesta	1 (12)

- **E: Exposición:** esta consiste en quitar la ropa al paciente para poder verificar las lesiones; para este caso tener muy en cuenta los signos clínicos de la fractura de cadera que son la impotencia funcional, dolor, miembro inferior con rotación externa y acortamiento de esta (12)

Después de reconocer en la evaluación inicial la fractura de cadera lo siguiente es subir a nuestro paciente a la ambulancia para realizarle la evaluación secundaria, pero para esto primero se debe tomar la decisión de inmovilizar toda la columna cervical y esto es depende de:

- Caídas en alturas más que todo en ancianos.
- Eyección vehicular o caída de un vehículo en movimiento.
- Explosiones (paciente sale eyectado por onda expansiva).
- Volcamiento o rodamiento vehicular.
- Deformidad del vehículo. (13)

Hallazgos físicos del paciente

- Paciente inconsciente o con Glasgow menor de 15.
- Heridas penetrantes de cabeza, cuello o tórax, con trayectoria del proyectil cercano de la columna.
- Fracturas de clavícula o costales altas (1° y 2°).
- Daño considerable del casco.
- Trauma pélvico o de miembros inferiores o lesiones localizadas en el área de la columna vertebral.
- Trauma facial cebero.
- Disnea que aparece con la movilización del cuello (13)

Para esto se utiliza la tabla espinal larga diríjase a la imagen numero 7



Imagen numero 7

Luego de tomar la decisión de inmovilizar o no, se debe de montar a la ambulancia para realizarle la evaluación secundaria.

Evaluación secundaria (anamnesis y exploración física detallada)

Este sirve para complementar la valoración primaria, terminar de identificar las lesiones que amenacen la vida. Y lo esencial es:

- Observar, no solo mirar.
- Escuchar, no solo ver.
- Sentir, no solo tocar.

Se debe iniciar tomando las constantes vitales las cuales son: presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, ya que estos cambian con muchas rapidez.

Anamnesis SAMPLE

Esta nemotecnia le sirve al personal de atención prehospitalaria en la realización de una anamnesis rápida del paciente, debe de quedar registrada en la historia clínica y comunicársela al médico. La regla nemotecnia SAMPLE sirve para recordar los componentes claves:

- Síntomas
- Alergias
- Medicamentos
- Antecedentes personales, médicos y quirúrgicos
- ultima ingesta
- sucesos

Se debe de hacer un examen físico detallado al paciente este siempre en orden cefalocaudal si dejar un solo rincón sin explorar, siempre en miraras de descartar la fractura de cadera y si el paciente necesita oxigeno se le debe de colocar teniendo en cuenta la saturación del paciente, se continuara canalizando una o dos venas al paciente, esto depende de la inestabilidad hemodinámica del paciente se le inician con bolos de 250 a 500cc de solución salina al 0.9%, y una vez terminado se trasladara al paciente al hospital (13)

2.3 REFERENTE NORMATIVO

Nuestro referente normativo es la resolución 1441 de 2013 que habla sobre las condiciones de habilitación para prestadores de servicio de salud, tienen como objetivo establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el manual de habilitación que debe cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales independientes de la salud, los servicios especiales de transporte de paciente y las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicio de salud que por requerimientos propios de su actividad brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos. (14)

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar una guía sobre el manejo inicial de la fractura de cadera en la atención pre-hospitalaria en los adultos jóvenes

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Reforzar los conocimientos de los tecnólogos en atención pre-hospitalaria y primeros respondientes en el manejo de la fractura de cadera.
- Realizar una guía que hable del manejo de la fractura de cadera en la atención pre-hospitalaria.
- Concientizar a los tecnólogos en atención pre-hospitalaria, en la importancia que tienen en la recuperación del paciente que sufre fractura de cadera.

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 ENFOQUE METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo, porque el objetivo principal es tomar un número específico de personas para realizar la investigación.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo observacional descriptivo, tipo revisión de tema.

4.3 POBLACION Y MUESTRA

Nuestra población y muestra para este estudio incluirá a los jóvenes desde los 15 hasta los 60 años, que residan en la ciudad de Medellín, porque las personas en esta edad están más propensas a sufrir un accidente de tránsito y posteriormente a este una fractura de cadera.

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

Todos aquellos pacientes jóvenes de 15 a 60 años, que residan en Medellín, que hayan sufrido un accidente de tránsito y como resultado de este se fracturen la cadera.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

No se tendrá en cuenta a todos aquellos pacientes menores de 15 años y mayores de 60 años, que presenten esta patología, como también a aquellos que cumplan la edad pero no presenten la patología estudiada.

4.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

4.4.1 DIAGRAMA OPERACIONAL DE VARIABLES

Nombre	Definición operacional	Tipo de naturaleza	Nivel de medición	Unidad de Medición
Riesgo	Pacientes que sufren accidentes de tránsito y como resultado exista fractura de cadera	cuantitativa	Razón	De 15 a 60 años de edad
Beneficios	Personal tecnológico capacitado en la atención de fractura de cadera	cualitativa	Nominal	Si No
Recursos	Que el personal cuente con todos los materiales e instrumentos para la atención de estos pacientes	Cualitativa	nominal	Si No

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Una vez identificado la población joven de 15 a 60 años que hayan sufrido un accidente de tránsito con posterior fractura de cadera necesaria para el estudio, procedemos a recolectar la información con la cual nos basaremos para la realización del presente proyecto, ayudándonos del método de recolección de datos clasificado como primarias que estas son las encuestas que se utilizaran para identificar cual fue el manejo que le prestaron los tecnólogos en atención pre-hospitalaria como también primeros respondientes a los pacientes que sufrieron una fractura de cadera.

4.5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

Se realizará una encuesta a una población dentro de los 15 a los 60 años, en los meses de marzo, abril y mayo, por un medio físico, en el cual se llevara un registro detallado de la información para futuros resultados.

4. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Por medio de encuestas se va a preguntar a personas de los 15 a 60 años, que hayan sufrido fractura de cadera. Anexo 1

4. PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

El proceso de Recolección de la Información fue la encuesta realizada a personas de 15 a 60 años de edad que hayan sufrido fractura de cadera o algún familiar u/o amigo. Anexo 1

4.6 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

4.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

El software que se utilizara para el análisis de la información será el Epi Info.

5 ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS

En el desarrollo de una investigación es de suma importancia tener presente valores éticos-morales del investigador ya que este cumple un papel muy importante en la interacción con todos aquellos que se vean implicados en la misma y como tal merecen un trato digno, cordial y respetuoso.

Se debe iniciar con un muy buen cronograma para poder aclarar las dudas que tengan los participantes, para que ellos puedan entender bien el porqué de la investigación. El proyecto se efectúa prevaleciendo la seguridad de los encuestados, aclarando los riesgos mínimos respetando su propio punto de vista. No debemos interferir en las respuestas de los participantes ya que no es lo que nosotros como investigadores queremos obtener, sino que es dejar a los encuestados responder libremente y trabajar con los datos obtenidos. Como también adquirir todos los consentimientos legales de los participantes ya sean menores de edad que estos sus padres diligenciaran el consentimiento y deberán estar presentes en el momento de la encuesta. Llegaremos a nuestro objetivo sin maltratar a nadie ya sea verbal, física, ni emocionalmente a ningún participante; mostrar los avances de la investigación y demostrar que es una investigación seria y que va enfocada a un resultado verídico y conciso. Los datos utilizados en este proyecto solo serán utilizados para lo que fueron destinados y para lo que los participantes aprobaron; se maneja el máximo de confidencialidad. Todo esto se hará según la ley establecida por el gobierno por medio del ministerio de salud en la resolución 8430 de octubre 4 de 1993.

6 PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

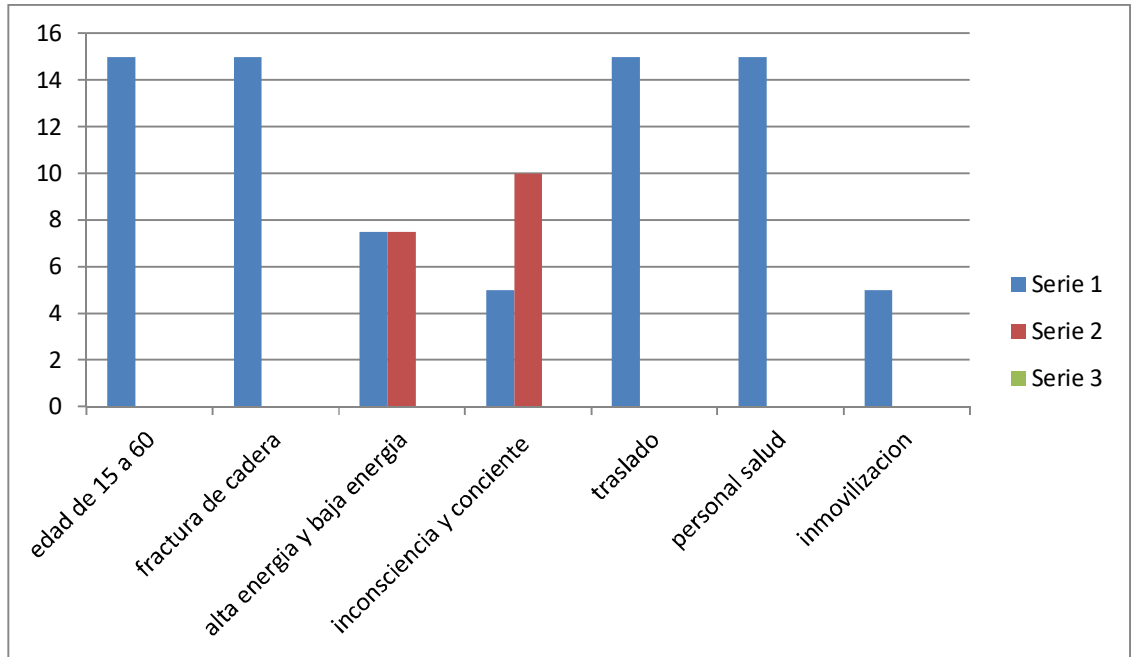
6.1 PRESUPUESTO GLOBAL DE LA PROPUESTA

Rubros	Fuentes	total
	Colciencias contrapartida	
Personal/hora	0 1'000.000	1'000.000

7.1 DESCRIPCION DE LOS GASTOS DEL PERSONAL

NOMBRE INVESTIGADOR	FORMACION ACADEMICA	FUNCION DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACION HORA/SEMANA	RECURSOS	
				COLCIENCIAS	CONTRAPARTIDA
MARY LUZ BEDOYA	ESTUDIANTE TAPH	INVESTIGADOR	12 HRS POR SEMANA	0	500.000
JULIANA ECHEVERRI	ESTUDIANTE	INVESTIGADOR	12 HRS POR SEMANA	0	500.000
			TOTAL	1'000.000	

8 TABLA DE RESULTADOS



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvares Arenas,V. Álvarez Zuluaga,C. Arredondo Marín,G.A. Gómez Cortes,V. Investigación sobre el manejo de fracturas por personal APH Medellín y Envigado, Asesor del proyecto: doctor Francisco Ochoa, 2008, pagina número 13.
2. Así vamos en salud, editor: seguimiento de salud en colombia así vamos de salud, [internet]. Bogotá: colombia. 2007-2009. [cita 2016 feb 03]. Available from:<http://www.asivamosensalud.org/indicadores/estado-de-salud/grafica.ver/58>.
3. Muñoz,S.Lavanderos, J. Vilches,L. Delgado,M. Cámarco,K. Passalacqua,S. Guarda,M. Artículo de actualización de Fractura de cadera. 2008; 22: 73-81 [Cita 2016 02 03.] Available from: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadrcir/v22n1/art11.pdf>.
4. Elsevier España , SL. 2012. Reservados todos los derechos. Traumatismos Osteomusculares. PHTLS soporte vital basico y avanzado en la atencion prehospitalaria Septima edicion. ed. España ELSEVIR. cap. 13 paginas 334-353
5. Melendez,L. Blog para temas de anatomía general y fisiología. Fractura de cadera [Internet]. 2011. [cita 2016 02 04]. Disponible en: <http://el-humero.blogspot.com.co/2011/01/fracturas-de-cadera.html>.
6. Universidad complutense madrid.Localizacion de las fracturas. [Internet]. [cited 2016 05 06. Available from: <http://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-21%20fracturas%20de%20cedera.pdf>.
7. Dra. M.V. Denisse fractura de cadera. [internet].; 2009 [cited 2016 04 04. ed.Slideshare.Available from: http://es.slideshare.net/la_bonita2000/fractura-de-cadra?qid=c464d3fd-c8c4-403b-a33c-a8457ec0f3d2&v=&b=&from_search=1.
8. Muñoz S. mingaonline. [Internet].; 2008 [cited 2016 04 04. Available from: <http://mingaonline.uach.cl/scielo.php>
9. Caceres T,J. [Internet].; 2013. Cinemática del trauma. [cited 2015 05 06. ed.Slideshare.Available from: http://es.slideshare.net/lepherchaun/cinematica-del-trauma-25558254?qid=9d6efe9a-5378-484b-b6b9-a0ff2c33d5e0&v=&b=&from_search=1
10. Elsevier España , SL. 2012. Reservados todos los derechos. Cinemática de los traumatismos. PHTLS soporte vital basico y avanzado en la atencion prehospitalaria Septima edicion. ed. España ELSEVIR. cap. 04 paginas 44-85.

11. Curso de doporte básico de vida (CSBV) atencion prehospitalaria (APH), USAID del pueblo de los estados unidos: oficina de asistencia para desastres del gobierno de los estados unidos de américa (OFDA). primera edicion. 2009.
12. Faber MD,J. Manejo de la espina cervical. [Internet]. [cita 2016 05 06. Available from: <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Espina%20Cervical-Evaluacion.pdf>
13. Ministerio de salud y proteccion social. Guías basicas de atención médica prehospitalaria. [Internet].; 2012 [cited 2016 05 07.segunda edicion. Bogota:colombia. Availade from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guias%20Medicas%20de%20Atencion%20Prehospitalaria.pdf>
14. Minusterio de salud y proteccion social. [Internet]. 2013. Resolución Número 1441 de 6 de mayo de 2013. Availade from: <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Salud%20Ocupacional/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013%20Ministerio.pdf>

ANEXO # 1

ENCUESTA

GUÍA PARA EL MANEJO DE LA FRACTURA EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LOS ADULTOS

El objetivo de esta encuesta es reforzar los conocimientos de los tecnólogos en atención prehospitalaria, pero como primero debe conocer las cifras de las personas que sufrieron de esta a las cuales atendieron bien y a cuales no, para concientizarse y atenderlas como se debe.

Las personas seleccionadas para este proyecto son las edades entre 15 y 60 años.

Se le agradece por participar en este encuesta, se le informa que su identidad no será revelada muchas gracias; por favor conteste las siguientes preguntas con un sí o un no.

1. Tiene usted entre 15 y 60 años :
2. Sufrió usted de una fractura de cadera:

3. Lo atendieron tecnólogos en atención prehospitalaria:
4. Estaba usted consciente cuando lo atendieron:
5. Estaba usted inconsciente cuando lo atendieron:
6. Recuerda usted lo sucedido:
7. Siente usted que lo atendieron correctamente:
8. Lo inmovilizaron:
9. La cinemática o sea el accidente fue de bajo o alta energía:
10. Quedo usted con secuelas:

Muchas gracias por participar