



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

Nuevos Tiempos, Nuevas Ideas

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD

TRABAJO ACADEMICO

PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO

EN PACIENTE CON ARTROPLASTIA DE CADERA.

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN

CENTRO QUIRURGICO

AUTOR:

LIC. CORONEL MATEO SAUL LEONARDO

LIMA – PERÚ

2017

INDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

1.1.	BASES TEÓRICAS.....	5
1.2.	CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	12
1.3.	TEORIA DE ENFERMERÍA	16
1.4.	ESTUDIOS RELACIONADOS PREVIOS.....	25

CAPITULO II

2.1.	APLICACIÓN DEL PCE – EBE.....	26
2.2.	VALORACIÓN SUBJETIVA Y OBJETIVA.....	33
2.3.	PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES.....	40
2.4.	EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	49
2.5.	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	52

CAPITULO III

3.1.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
3.2.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
3.3.	ANEXOS.....	56

RESUMEN

El Proceso de Cuidados de Enfermería (PCE) es un término que se aplica en un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud del individuo familia y comunidad, implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades. El (PCE) lo integran 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, como todo método, sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí. Aunque el estudio o análisis de cada una de las etapas se hace de forma independiente, tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica, ninguna es ajena a las demás, por el contrario se relacionan de manera directa, su ejecución permite la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que el usuario manifiesta para el cuidado de su salud. Es un método flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados.

Palabras clave: Artroplastia de cadera, postoperado, fractura

ABSTRACT

The Nursing Care Process(PCE) is a term applied in a system of nursing interventions for own health care of the individual family and community, involves the use of scientific method for identifying needs. The (PCE) consists in 5-step process: assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation, as in every method, its successive stages are interrelated. Although the study or analysis of each stage is independently, it has a methodological character because when the practice is being shown, any of them is stranger to the other, instead they are directly related, its implementation allows care integrity and it covers the user interests and needs for its own care. It is a flexible and adaptable method which is applicable in all kind of situations during the loss of health process or in its maintaining. Provides an intentional, systematic and organized approach of the practice, includes the identification of signs and symptoms to integrate its assessment, diagnosis of problems and needs, planning, and care management, as well as results evaluation.

Keywords: Hip arthroplasty, postoperative, fracture

INTRODUCCIÓN

La fractura de cadera constituye una afección que afecta particularmente a las poblaciones más añosas, ocurriendo en más de un 70% de los casos en pacientes mayores de 75 años, 87% de los cuales son mujeres. Luego de los 50 años la incidencia de las fracturas de cadera aumenta exponencialmente con la edad, duplicándose cada 5 años. El Uruguay es el país con mayor proporción de ancianos de América Latina. Se estima que para el año 2050 la población total alcanzará 3,5 millones de habitantes, de los cuales el 41% (1.436.000) tendrá 50 años o más y el 16% (567.000) tendrá 70 años¹⁶. Las complicaciones derivadas de este traumatismo, son muy variados, y pueden afectar a otros sistemas, de ahí la importancia de que el personal de enfermería realice un plan de cuidados integral, sistematizado, claramente definido y que permita la evaluación del mismo. El objetivo es sistematizar los cuidados de enfermería a pacientes en el post operatorio de artroplástia de cadera por fractura, contribuyendo a la recuperación y evitar complicaciones. Se priorizaron 8 etiquetas Diagnosticas clasificados según los dominios establecidos por NANDA, desarrollando en este caso las intervenciones y actividades de enfermería correspondientes a cada etiqueta. Concluimos que la sistematización de un plan de cuidados para los pacientes en post operatorio de artroplastia de cadera es fundamental para unificar criterios de actuación, mejorar los registros de enfermería, reducir el número de errores en la práctica, favorecer el desarrollo profesional.

CAPITULO I

1.1. BASES TEÓRICAS

1.1.1 Anatomía de la Cadera.

La articulación de la cadera es una diartrosis (articulación sinovial) que funciona rotando la cabeza del fémur, cuya forma es prácticamente esférica, sobre la cavidad cóncava del acetábulo, creando un ángulo de 130° aproximadamente.²

Los dos huesos están recubiertos de cartílago articular, formado por condrocitos cuya misión es formar tejido cartilaginoso, el cual se compone de fibras colágenas que producen sustancia fundamental, a la que el cartílago debe lo esencial de sus propiedades físicas de elasticidad y de resistencia mecánica. En caso de traumatismo, las posibilidades de reparación de este cartílago son deficientes, debido

a que no está vascularizado y a que los condrocitos a partir de la edad adulta no se renuevan.

1.1.2 Definición de Fractura:

Las fracturas son una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. En una persona sana, siempre son provocadas por algún tipo de traumatismo, pero existen otras fracturas, denominadas patológicas, que se presentan en personas con alguna enfermedad de base sin que se produzca un traumatismo fuerte. Es el caso de algunas enfermedades orgánicas y del debilitamiento óseo propio de la vejez. Si se aplica más presión sobre un hueso de la que puede soportar, éste se parte o se rompe. Una ruptura de cualquier tamaño se denomina fractura y si el hueso fracturado rompe la piel, se denomina fractura abierta (fractura compuesta). La fractura por estrés o sobrecarga es una fisura delgada en el hueso que se desarrolla por la aplicación prolongada o repetitiva de fuerza sobre el mismo.²

Los tipos de fracturas de cadera más comunes son:

- **Fractura del cuello del fémur:**

La fractura del cuello del fémur se produce a una distancia de dos a cinco centímetros (una a dos pulgadas) de la articulación de la cadera. Estas fracturas son comunes entre las personas mayores y pueden tener relación con la osteoporosis. Este tipo de fractura puede causar una complicación, porque a menudo la

ruptura impide el paso de la sangre a la cabeza del fémur, que forma la articulación de la cadera.

- **Fractura intertrocantérica de cadera:**

Una fractura intertrocantérica de cadera se produce a una distancia de siete a diez centímetros (tres a cuatro pulgadas) de la articulación de la cadera. Este tipo de fractura no interrumpe el flujo sanguíneo hacia el hueso y puede ser más fácil de solucionar.

1.3. Etiología

La mayoría de las fracturas de cadera son resultado de tropiezos o caídas que generalmente suponen un traumatismo de baja energía. Las lesiones tienen un origen múltiple y reflejan el aumento de la tendencia a la caída, pérdida de reflejos de protección y mayor fragilidad ósea.

Generalmente las caídas tienen lugar en el hogar durante las rutinas normales y un alto porcentaje cuando la persona mayor se dirige al cuarto de baño debido a la urgencia para orinar propia de los ancianos.

1.4. ARTROSIS

La **artrosis** u **osteoartritis** (nombre derivado del término anglosajón *osteoarthritis*, menos usado en la práctica clínica) es una enfermedad crónica que puede ser inflamatoria producida por el progresivo desgaste del cartílago y las articulaciones. Las articulaciones afectadas causan dolor, pierden movilidad y se deforman.¹⁷

Es la enfermedad reumática más frecuente, especialmente entre personas de edad avanzada. Se presenta de forma prematura en personas con enfermedades genéticas que afectan al tejido conectivo, como el síndrome de Ehlers-Danlos y el síndrome de hiperlaxitud articular. Se sabe, por ejemplo, que en España la padece hasta un 16% de la población mayor de 20 años y, de ellos, las tres cuartas partes son mujeres

Osteoartritis deriva del prefijo griego *osteo-*, que significa "del hueso", combinado con *artritis*: *arthr-*, que significa "articulación", e *-itis*, cuyo

significado ha llegado a ser asociado con inflamación. Así, *-itis* de osteoartritis puede ser considerado engañoso ya que la inflamación no es una característica conspicua. Algunos médicos se refieren a esta condición como *osteoartrosis* para denotar la ausencia de una respuesta inflamatoria.

Etiología

No se sabe aún con certeza cuál es el origen de este padecimiento.

Fisiopatología

En la artrosis, la superficie del cartílago se rompe y se desgasta, lo que provoca que los huesos se muevan el uno contra el otro y genera fricción, dolor, hinchazón y pérdida de movimiento en la articulación. Con el tiempo, la articulación llega a perder su forma original, y pueden crecer en ella espolones. Además, pueden desprenderse trozos de hueso y de cartílago y flotar dentro del espacio de la articulación, lo que genera más dolor y daño.

La artrosis puede afectar a cualquier articulación del cuerpo. No obstante, las más frecuentes son la artrosis de la espalda, que suele afectar al cuello y a la zona baja de la espalda (artrosis lumbar); la artrosis de la cadera, la de rodilla y la artrosis de manos, trapecio-metacarpiana (rizartrosis) y pies, que suele presentarse a partir de los 50 años.

Clasificación

Desde 1983 se encuentra en vigor la histórica clasificación de artrosis propuesta por el Colegio Estadounidense de Reumatología (ACR), que distinguía la artrosis primaria de la secundaria. La artrosis primaria se definía como una expresión de la degeneración idiopática en articulaciones previamente sanas y en correctas condiciones, sin un claro mecanismo causal.

Durante los últimos años, una gran cantidad de pruebas ha proporcionado nuevos conocimientos sobre la bioquímica y la biología molecular del cartílago, el hueso subcondral y otros tejidos articulares, lo que sugiere diferentes mecanismos etiopatogénicos en algunas formas de artrosis primaria. Por tanto, con los últimos conocimientos científicos no

debe considerarse en la actualidad la artrosis primaria como de causa desconocida.

Gracias a los mayores conocimientos sobre la artrosis se está modificando el criterio de clasificación.

El grupo de Herrero-Beaumont ha propuesto una nueva clasificación etiopatogénica de la artrosis primaria a la luz de los importantes avances que se han producido en este campo de la patología, distinguiendo tres tipos etiológicos integrando la artrosis primaria:

1. La artrosis tipo I, de causa genética.
2. La artrosis tipo II, hormonodependiente (postmenopáusica).
3. La artrosis tipo III, relacionada con la edad.

La **artrosis tipo I**, de causa genética, es una enfermedad hereditaria -descrita por vez primera por Kellegren y Moore y Steecher- en la que existe una predisposición familiar.

La **artrosis tipo II**, dependiente de las hormonas estrogénicas, *está relacionada con los niveles de hormonas esteroideas, particularmente con los niveles de estrógenos*. El máximo pico de prevalencia de artrosis en mujeres con relación a los hombres se asocia con la edad de la menopausia. La prevalencia de artrosis en las manos, cadera, rodillas, y múltiples articulaciones (artrosis generalizada) tiene una significación más alta en mujeres que en hombres después de los 50 años. Existe una asociación entre los niveles bajos de estrógenos y las radiografías de rodilla, en mujeres postmenopáusicas. El polimorfismo del gen 1 del receptor de estrógenos se ha asociado con artrosis en diferentes poblaciones. El rápido descenso en la producción de estrógenos que acontece en la menopausia también puede acelerar la pérdida de masa muscular. Basado en las evidencias, es posible afirmar que la artrosis tipo II se desarrolla en los primeros años de la menopausia y que es un síndrome distinto, con claras diferencias tanto de la artrosis genética o tipo I como la relacionada por la edad (tipo III).

La **artrosis tipo III** está estrechamente relacionada con la edad. Ha sido considerada como prototipo de envejecimiento. Su prevalencia se

incrementa rápidamente con los años, siendo casi universal su presencia en personas mayores. En las investigaciones, se ha considerado que los cambios que se producen en los tejidos musculoesqueléticos son consecuencia ineludible del paso del tiempo.

Cuadro Clínico

Comúnmente la artrosis comienza lentamente. Tal vez se inicie con dolor en las articulaciones después de hacer ejercicio o algún esfuerzo físico. La artrosis puede afectar a cualquier articulación, pero ocurre más frecuentemente en la espina dorsal, manos, caderas o rodillas.

La artrosis en los dedos al parecer se presenta en algunas familias y no en otras, por lo que se piensa que podría ser hereditaria. Se ha observado que afecta más a mujeres que a hombres, especialmente después de la menopausia. Pueden aparecer pequeños nódulos de huesos en las articulaciones de los dedos. Nódulos de Heberden, en las articulaciones interfalángicas distales de las manos, o nódulos de Bouchard si están en la parte proximal. Los dedos se pueden hinchar, ponerse rígidos y torcerse. Los dedos pulgares de las manos también pueden resultar afectados (rizartrosis del pulgar).

Las rodillas son las articulaciones sobre las que se carga la mayor parte del peso del cuerpo (junto con los tobillos, pero éstos se mueven mucho menos que las rodillas), así que las expone a que sean mayormente afectadas por la artrosis. Se pueden poner rígidas, hinchadas y doloridas, lo que hace que sea difícil caminar, subir escaleras, sentarse y levantarse del asiento, y usar bañeras. Si no se recibe tratamiento, la artrosis en las rodillas puede llevar a discapacidad. A la artrosis de las rodillas se le denomina gonartrosis.

En las caderas la artrosis puede causar dolor, rigidez e incapacidad grave. Las personas con este padecimiento pueden sentir dolor en las caderas, en las ingles, en la parte interior de los muslos o en las rodillas. La artrosis en la cadera puede limitar mucho los movimientos y el acto de agacharse. El resultado es que actividades de la vida diaria como vestirse y

el cuidado de los pies pueden resultar todo un reto. A la artrosis de las caderas se le llama coxartrosis.

Rigidez y dolor en el cuello o en la parte de abajo de la espalda pueden ser el resultado de artrosis de la espina dorsal. También puede generar debilidad o adormecimiento en los brazos o en las piernas y deterioro funcional. Según la localización específica de la artrosis en la columna vertebral, el padecimiento se denomina lumboartrosis (vértebras lumbares) o cervicoartrosis (vértebras cervicales).

Tratamiento

Tradicionalmente el tratamiento farmacológico que se ha empleado para hacer frente a la artrosis ha sido únicamente sintomático. Debido a que la posibilidad de sanación o de detención de la enfermedad era completamente nula, el objetivo de los tratamientos se ha centrado en erradicar en lo posible el dolor y otras molestias asociadas a esta patología mediante la administración de analgésicos y antiinflamatorios.

En general, los reumatólogos recetan analgésicos como el paracetamol (en dosis diarias máximas de 4 gramos)^[cita requerida] y antiinflamatorios como el ibuprofeno para el tratamiento de la artrosis, pero se debe tener en cuenta el estado del aparato gastrointestinal, para evitar el surgimiento de síntomas a este nivel o el empeoramiento de los ya existentes.

Estos tratamientos farmacológicos son en principio eficaces para reducir la inflamación, el dolor y así poder revertir la falta de la movilidad, de forma que se recupere la calidad de vida perdida por el desgaste de los cartílagos en las articulaciones afectadas por la artrosis.

A la hora de elegir el medicamento o tratamiento más adecuado para la artrosis que sufrimos, el médico prescribirá los medicamentos que sean mejores en función de la edad, el avance de la artrosis, otra medicación que se esté ya tomando para otras patologías o las alergias que se tengan a ciertos medicamentos.

Los medicamentos o tratamientos para la artrosis tienen diferentes propósitos:

- Reducir la inflamación.
- Aliviar el dolor.
- Recuperar la movilidad.
- Ralentizar el avance de la artrosis.

Algunos medicamentos y tratamientos por vía oral o intravenosa pueden causar efectos secundarios. Si se nota algún cambio inusual o indeseable, se le ha de informar al médico.

Los medicamentos o tratamientos tópicos tienen menos riesgo de efectos secundarios y pueden ser una opción muy eficaz cuando la artrosis que se sufre en articulaciones como: rodillas, manos, codos, hombros, cervicales o la parte de las lumbares en la espalda.

Los medicamentos y tratamientos tópicos más comunes para la artrosis son cremas, geles, pulverizadores (sprays) o fluidos con un porcentaje de antiinflamatorios y calmantes en su formulación. Estos pueden ser medicamentos como el ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, etofenamato, paracetamol...o naturales como el MSM (metil sulfonil metano), Boswellia serrata, harpagofito, jengibre, romero, apoyados con condroprotectores como la glucosamina HCL y la condroitina, procedentes de plantas y animales.

Los condroprotectores ejercerán una acción regeneradora sobre la deteriorada articulación al tiempo que los antiinflamatorios reducen el dolor y devuelven la movilidad a la articulación.

En casos en los que los medicamentos no se puedan administrar por vía oral, intravenosa o tópica por tener alergia a estos, como sucede comúnmente con los AINEs, por padecer alguna enfermedad en la que estén contraindicados, como una patología gástrica o circulatoria, por no sentir su efecto o simplemente porque ya se toman demasiadas medicinas y se quiere optar por una terapia natural y en muchos casos más efectiva que el medicamento, la opción de los antiinflamatorios y calmantes naturales mencionados antes es la alternativa más extendida en algunas fórmulas que pueden encontrarse en las farmacias y en herbolarios.

A lo anterior, es importante remarcar que el estilo de vida saludable, una buena alimentación, un peso correcto, ejercicio físico moderado y dormir bien es la mejor base para prevenir la artrosis.¹⁷

1.5. Artroplastia de cadera:

Definición:

La artroplastia de cadera o sustitución protésica de la misma es el procedimiento quirúrgico que trata de aliviar el dolor y corregir la deformidad, intentando conservar su movilidad y estabilidad, restaurando, por tanto, su función mecánica. Consiste en la sustitución de uno o más componentes óseos de la articulación femoral (cotilo y fémur proximal)

Actualmente es el procedimiento quirúrgico reconstructivo que con más frecuencia se realiza sobre la cadera. La mejora de la calidad de vida está motivada por el índice, cada vez más alto, en la media de la edad en la población, lo que conlleva al perfeccionamiento continuo de las técnicas y métodos empleados en el tratamiento de la patología articular.

Puede ser:

- **Total:** Se reemplazan acetábulo y cabeza femoral.
- **Parcial:** Se reemplaza sólo cabeza femoral

Historia:

Las prótesis de cadera han ido evolucionando a lo largo de muchos años, modernizándose y adaptándose cada vez mejor a las fracturas y necesidades de los pacientes.

Los primeros intentos registrados en prótesis de cadera constan del año 1981, cuando Gluck T. (Alemania) utiliza marfil para reemplazar a la cabeza del fémur, es decir, como sustituto articular.

En 1923, Smith-Petersen cubrió la cabeza femoral remodelada con una copa de vidrio, sustituyéndola posteriormente por su fragilidad por baquelita.

En 1940, Moore y Bohlman emplean una prótesis cervico cefálica de acero inoxidable para el tratamiento de un paciente con un tumor del extremo proximal del fémur.

Pero fue, en 1952, el profesor John Charnley quien inicia el desarrollo de los sistemas protésicos cementados, utilizando un tallo femoral de acero inoxidable con un cabeza de 22 mm de diámetro, todo en una pieza; el componente cotiloideo era de teflón, fijando ambos componente con cemento. Siguiéndole, Müller creó, en 1953, una prótesis cementada auto bloqueante, como modificación de la Thomson.

En 1960, un cirujano ortopédico de Birmania, el Dr. San Baw fue pionero en el uso de marfil para reemplazar el hueso de la cadera fracturada de una monja budista de 83 años. El Dr. San Baw realizó más de 300 reemplazos de cadera de marfil desde 1960 hasta 1980. El marfil era utilizado porque en Birmania en ese momento era más barato que el metal. Se presentó un documento titulado “Prótesis de cadera en las fracturas de marfil ununited del cuello de fémur” en la Conferencia de la Asociación Británica Ortopédica, celebrada en Londres en septiembre de 1969. Las operaciones del Dr. San Baw tuvieron un 88% de éxito y sus pacientes comprendían edades de 24 a 87 años, los cuales fueron capaces de caminar, agacharse, ir en bicicleta y jugar al fútbol un par de semanas después de la implantación de la prótesis de marfil.

Stryker introdujo el clavo Gamma en 1988, el primer clavo intramedular para fracturas de cadera (1ª generación Gamma).

En 1993, el Profesor Küntscher estableció los principios del sistema de clavos intramedulares y aparece la 2ª generación Clavo Gamma Trocánteres y Largo. Posteriormente, en el año 2000 se moderniza y aparece el clavo Gamma Ti y en 2004, la 3ª generación Gamma3.

Como vemos, los productos y accesorios para la Artroplastia de cadera han ido evolucionando y modernizándose para conseguir los mejores beneficios en cuanto a la técnica quirúrgica y a la mejor recuperación del paciente. El material de las prótesis se ha ido

perfeccionando con el tiempo, y en la actualidad son más duraderas, resistentes y adaptadas a la biomecánica articular.

Anestesia:

La elección de la técnica anestésica puede ser importante para contribuir en la mejora de la recuperación del paciente. Con la excepción de ciertas situaciones en las que es necesario recurrir a la anestesia general, se utiliza la anestesia regional. Con éstas, la incidencia de trombosis venosa profunda es menor, la mortalidad es menor, la hipoxemia es menor (hasta las 6 horas postintervención) y la inmovilidad es más precoz.²

Posición:

- El enfermo se colocará en Decúbito lateral
- Con un soporte sacro, que evita la caída hacia atrás.
- Con un soporte púbico, que evita la caída hacia delante.
- Con la pierna sana abajo y flexionada.
- Brazos sobre soportes de brazos, colocados a distintos niveles, adaptándose a la posición del enfermo, evitando compresiones, e incomodidades.

FRACTURA DE CADERA

Una fractura de cadera es una pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea en el extremo proximal del fémur. Clasificación Existen muchos subtipos de fracturas que afectan a la articulación de la cadera, las cuales se reúnen coloquialmente como "fracturas de cadera". Aunque una verdadera fractura de cadera implica la articulación, las siguientes cuatro fracturas de fémur proximal se conocen comúnmente como "fracturas de cadera". Las diferencias entre ellos son importantes porque cada uno recibe un tratamiento diferente.

- Fractura de la cabeza femoral: indica la aparición de una fractura de la cabeza del fémur. Esta suele ser el resultado de traumatismos de alta energía y a menudo se acompaña con una dislocación de la articulación de la cadera.
- Fractura de cuello femoral: (conocida también como cuello del fémur, fractura subcapital o intracapsulares) 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. ⁴

- Fractura intertrocanterica: 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 intertrocanterica. Es el tipo más común de fractura de cadera y el pronóstico de curación ósea es generalmente bueno si el paciente es saludable.
- Fractura subtrocantérica: se localiza en el eje largo del fémur inmediatamente debajo del trocánter menor y se puede extender hacia la diáfisis del fémur.

TÉCNICA BÁSICA DE REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CADERA

En el caso de una fractura se procederá, en algunos casos, a poner una tracción blanda o intercondilea (a juicio médico), técnica que se realiza habitualmente en el Servicio de Urgencias. En otros sin embargo, el traumatólogo procederá a colocar una tracción esquelética. La tracción esquelética es aquella en la que la fuerza de tracción se aplica directamente al esqueleto, por medio de clavos de Steinman o agujas de Kirchner. A dichos clavos o agujas se les aplica un estribo al que se le carga el peso mediante una cuerda y poleas. ⁴

COMPLICACIONES

En la tracción blanda:

- ✓ Reacciones alérgicas al adhesivo.
- ✓ Escoriación de la piel.
- ✓ Quemaduras por presión.
- ✓ Paresia o parálisis del nervio ciático poplíteo externo, en el miembro inferior.

En la tracción esquelética:

- ✓ Infección a través del trayecto de la aguja.
- ✓ Distracción de los fragmentos por excesivo peso.
- ✓ Rigideces articulares.
- ✓ Lesiones ligamentosas.

- ✓ Lesiones del cartílago de crecimiento en niños cuando se colocan a dicho nivel. Invaginaciones cutáneas con o sin necrosis en la zona de entrada y salida de la aguja.
- ✓ Desplazamiento de la tracción.

INGRESO DEL PACIENTE

1. Recepción del paciente. La enfermera responsable se identificará ante el paciente. Será acompañado por el personal de la unidad a la habitación y cama asignada, dándole las primeras instrucciones, facilitándole toalla, esponja, vaso, etc.
2. El enfermero/a a su cargo revisará la Historia Clínica, que estén completas las pruebas preoperatorios (EKG, RX de tórax, analítica con hemograma, bioquímica y coagulación). Toma de constantes.
3. Se realizará la valoración de enfermería al ingreso siguiendo las 14 necesidades básicas del paciente según Virginia Henderson (guión que seguimos según Mambrino XXI) y el P.A.E..
4. Se avisará al traumatólogo para que pauté tratamiento, si no lo hubiese prescrito ya en el servicio de urgencias.
5. Se valorará el riesgo de presentar UPP, si es un paciente geriátrico (>65 años) con moderado o alto riesgo, se implantará de inmediato el protocolo de prevención de UPP y el de riesgo de accidentes.
6. Se le pedirá una dieta adecuada a sus patologías previas.
7. Se valorará el sondaje vesical en caso de incontinencia o de cirugía inminente.
8. Se canalizará vía en el lado contrario a la fractura, al ser posible de 18 Ch, colocándole obturador, al no ser que necesitase sueroterapia continua, en tal caso se le colocará llave de tres vías.
9. Se le informará y educará en los movimientos a realizar apoyándose en la pierna no afectada para hacer automovilizaciónes frecuentes en evitación de puntos de presión en glúteos, cóccix y espalda y para la ayuda de la colocación de cuñas.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Las fracturas traumáticas y/o patológicas de la parte proximal del fémur y las patologías degenerativas de la cadera presentan en nuestro Unidad de C.O.T

una incidencia muy elevada de ingresos, con una frecuencia mayor de pacientes geriátricos y un porcentaje también mayor en el sexo femenino. La mayor parte de las veces, están originados por caídas fortuitas en pacientes geriátricos con osteoporosis por trastornos del calcio debidos a la edad, menopausia en las mujeres, demencia senil, etc.) y menos frecuentemente por otros procesos patológicos o por accidentes de tráfico, laborales o deportivos.²

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Patrón respiratorio ineficaz R/C paciente encamado, dolor y ansiedad M/P bajo nivel de saturación y trabajo respiratorio.
2. Deterioro de la movilidad física R/C intervención quirúrgica M/P limitación de movimientos.
3. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física
4. Insomnio R/C dolor M/P expresiones verbales del paciente de no dormir.
5. Dolor agudo R/C intervención quirúrgica M/P expresiones verbales y no verbales del paciente.
6. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física
7. Ansiedad R/C ingreso hospitalario y preocupación por la evolución M/P angustia y desesperanza
8. Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.
9. Estreñimiento R/C inmovilidad física M/P imposibilidad de hacer deposición.
10. Riesgo de alteración de la temperatura corporal R/C técnicas invasivas.
11. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C pérdida de sangre durante la intervención y el postoperatorio inmediato.⁹

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

1. Mantener al paciente hemodinámicamente estable.
2. Controlar el dolor.
3. Acomodar al paciente, manteniendo la postura correcta, evitando la rotación interna + aducción de la cadera + flexión > 90° de la cadera.
4. Comprobar sensibilidad, pulso, temperatura y movilidad de ambos pies.
5. Iniciar tolerancia según protocolo de anestesia (6-8 horas dependiendo del tipo de anestesia), previa comprobación del peristaltismo.
6. Mantener sonda vesical, vigilando la diuresis.

7. Vigilar nivel de conciencia.
8. Vigilar sangrado, tanto en el aspecto del apósito como en el contenido del drenaje, iniciando profilaxis anti-trombótica según prescripción facultativa, dejando transcurrir entre 6-12hs de la finalización de la cirugía (dependiendo del anticoagulante utilizado).
9. Tranquilizar emocionalmente al paciente y familia, y reducir la ansiedad.
10. Hacer partícipe al paciente y la familia en la detección de signos y síntomas anómalos: presencia de hematomas en sitios no relacionados con la cirugía, dolor intenso en la ingle (indicadora de posible luxación de la PTC), rubor, calor.
11. Instruir al enfermo en cuanto a la importancia de mantener la postura correcta, colocando las piernas separadas, evitando posibles luxaciones de la PTC. Observar, tras la retirada de la sonda vesical, una adecuada micción.
12. Retirar drenajes y realizar curas, s/ protocolo, comprobando el aspecto de la herida quirúrgica. Vigilar signos y síntomas de anemia; realizar transfusión, si es preciso, por orden facultativa.
13. Fomentar una rápida sedestación en asiento adecuado.
14. Enseñar al paciente la realización de ejercicios activos para reforzar la musculatura de las piernas (contracción y relajación de cuádriceps), consiguiendo con ello mantener un buen tono muscular que favorezca una rápida recuperación.
15. Conseguir una temprana deambulación, asistido de bastones ingleses (muletas) o andador para alcanzar una mayor independencia a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria.
16. Educar al paciente en la realización de actividades cotidianas, tales como: subir-bajar escaleras, adecuar domicilio con el dispositivo oportuno para que la altura sea mayor (si es muy bajo)
17. Adjuntar al alta la guía de recomendaciones al paciente.
18. Elaboración del alta de enfermería remitiendo una copia al enfermero/a del centro de salud o residencia para la continuidad de los cuidados de enfermería.
19. Asegurarnos de que el paciente tiene todas sus pertenencias y la documentación relativa al alta médica.

20. Educación sanitaria sobre el tratamiento antitrombótico domiciliario.

TEORÍA DE ENFERMERÍA

1. ENFOQUE TEÓRICO DE ENFERMERÍA.

A partir de la década de los años 50 del siglo XX los teóricos de enfermería comienzan a desarrollar modelos conceptuales. Éstos pueden clasificarse según su centro de interés principal. Representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y los métodos de enfermería, ya que parten de teorías distintas sobre la persona. Cada autor agrupa los modelos de acuerdo a su propio criterio. Suele basarse en el rol que la enfermería desempeña a la hora de prestar cuidados. Los modelos pueden dividirse en:

Naturalistas; de suplencia, ayuda y de interrelación.

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.⁵



1.2. Función de Enfermería.

La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico.

Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

a. Modelo Conceptual

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno.

El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarle a morir dignamente.

b. Las Necesidades Humanas

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de V. Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de

carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existe independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

a. Necesidad de respirar:

Términos que debemos valorar entre otros: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo y enfermedades asociadas.

b. Necesidad de beber y comer:

Términos que debemos valorar entre otros: Alimentos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, estatus socioeconómico, religión, cultura.

c. Necesidad de eliminar:

Términos que debemos valorar entre otros: defecación, diuresis, micción, heces, sudor.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

d. Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Términos que debemos valorar: amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

e. Necesidad de dormir y descansar:

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

f. Necesidad de vestirse y desvestirse:

Términos que debemos valorar: capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, estatus social, empleo, cultura.

g. Necesidad de mantener la temperatura corporal:

Términos que debemos valorar: Temperatura, ambiente, abrigo.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

h. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Términos que debemos valorar: faneras, piel, mucosas, condiciones higiénicas.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, organización social.

i. Necesidad de evitar los peligros:

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, estatus socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

j. Necesidad de comunicar:

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

k. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores: Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

l. Necesidad de ocuparse para realizarse:

Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

m. Necesidad de recrearse:

Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

n. Necesidad de aprender:

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

c. Rol de la enfermera:

Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

El objetivo es la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

d. Metaparadigma:

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud.

Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere independencia e interdependencia. La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno.

Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona.

Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere ayuda para ser independiente. El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería.

Henderson define la enfermería en términos funcionales. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.⁶

2.1. Fases del proceso de enfermería

Las fases constituyen las etapas de actuación concretas que tienen carácter operativo.

El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Tal y como en el presente está concebido el Proceso de Enfermería, se distinguen cinco etapas:

a. Valoración:

Esta fase incluye la recopilación de datos de la persona, sus necesidades, problemas, las respuestas humanas, limitaciones, incapacidades, etc., que se producen ante ellos. También incluye la validación y la organización de los datos.

Según Virginia Henderson la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirma que la enfermera debe “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes para saber qué necesita.

b. Diagnóstico:

En esta etapa se produce la identificación de los Diagnósticos de enfermería y de los problemas interdependientes.

Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia.

c. Planificación:

Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado con base en los diagnósticos de enfermería.

Henderson, en la fase de planificación sugiere, que el plan de cuidados debe responder a las necesidades de la persona, actualizarlo periódicamente de acuerdo a los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico.

En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud.

En esta etapa hay que pensar por adelantado lo que vamos a hacer.

d. Ejecución:

Es la etapa de puesta en práctica del plan de cuidados.

Para Virginia Henderson las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

e. Evaluación:

Las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso. La evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad.

Según Henderson se evalúa al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente.

En esta fase la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Según Henderson los objetivos se han conseguido, si se ha mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se ha recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte apacible.

Conclusiones:

Virginia Henderson no adopto afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrollo una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, desarrollo un concepto o definición personal que en algunas ocasiones señalo que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas.

El concepto de enfermería de Henderson es complejo, posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas, su trabajo ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido a potenciar la investigación. En la actualidad en las áreas hospitalarias se pone en práctica su definición de enfermería.⁷

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. **Fractura:** Las fracturas es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. ³
2. **Artroplastia de cadera:** La artroplastia de cadera o sustitución protésica de la misma es el procedimiento quirúrgico que trata de aliviar el dolor y corregir la deformidad, intentando conservar su movilidad y estabilidad, restaurando, por tanto, su función mecánica.³
3. **Prótesis:** La prótesis parcial de cadera implica la sustitución de sólo una parte de la articulación. Conoce los tipos y cuándo está recomendada
4. **Abordaje:** En su sentido más simple, se refiere a la acción de abordar un buque a otro, especialmente con la intención de combatirlo.
5. **fractura intertrocantérica de cadera:** cadera se produce a una distancia de siete a diez centímetros (tres a cuatro pulgadas) de la articulación de la cadera.

6. **Caídas:** Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.
7. **Osteoartritis.** La osteoartritis también puede ser causada o acelerada por irregularidades sutiles en la forma cómo se desarrolló la cadera en la niñez.
8. **Artritis reumatoide.** Esta es una enfermedad autoinmunitaria en la que la membrana sinovial se inflama y se engruesa. Esta inflamación crónica puede dañar al cartílago, produciendo dolor y rigidez.
9. **Artritis post-traumática.** Esto puede seguir a una lesión seria o a una fractura de cadera. El cartílago puede dañarse y llevar a dolor y rigidez de la cadera con el paso del tiempo.
10. **Necrosis avascular.** Una lesión de la cadera, como una dislocación o fractura, puede limitar el aporte de sangre a la cabeza del fémur. Esto se llama necrosis avascular.
11. **Enfermedad de cadera de la niñez.** Algunos recién nacidos y niños tienen problemas de cadera. Aunque los problemas se tratan con éxito durante la niñez, de todos modos pueden causar artritis en una etapa posterior en la vida. Esto ocurre porque la cadera no puede crecer normalmente, y las superficies articulares están afectadas.

1.4 ESTUDIOS RELACIONADOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la mortalidad por fractura de cadera oscila entre 10-50% de acuerdo con la edad del afectado. Cuanto mayor es, menor probabilidad de sobrevivencia hay. ¹

Un estudio realizado en Lima en 2000 revelaba que existía una mortalidad global del 23,2% como secuela de las fracturas de cadera, siendo mayor en el grupo etareo de más 79 años, allí llegaba al 70.93% ¹

CAPÍTULO II: APLICACIÓN DEL PAE EBE.

SITUACION PROBLEMÁTICA.

Paciente Mujer de iniciales R.A.M 64 años post operada de 3 horas, en la Unidad de recuperación post anestésica tras haber sido intervenida de cirugía abierta para reducción más osteosíntesis de fractura del cuello de fémur derecho a través de artroplastia parcial de cadera se encuentra despierta, LOTEPE, familiares se encuentran preocupados evidenciado por fascie refieren posibles cambios en el rol familiar

A la entrevista: El paciente refiere “me estaba bañando y resbale con el jabón”, “caí sobre el lado izquierdo”, “me falta el aire”, “no puedo mover mi pierna”, “tengo miedo no poder caminar”, Paciente refiere: “no sé ya me operaron, qué me hicieron, me pueden informar”, refiere “me duele mi pierna izquierda”

A la observación: adulto mayor post operada de 3 horas, en posición semi fowler Angulo de 30°, dientes incompletos con lengua saburral y halitosis, respiración intercostal, Abdomen blando depresible a la palpación, se evidencia presencia de vía periférica en miembro superior derecho pasando en cloruro de sodio 9/1000 + tramal 100mg Ev a 45 gotas, en tórax presenta electrodos para

monitoreo hemodinámico, a la auscultación con roncales difusos en Ambos Campos Pulmonares, con movimientos torácicos activos, en cadera izquierda se evidencia gasa más apósito con secreción sanguinolenta cubriendo herida operatoria, con presencia de sonda Foley conectado a bolsa colectora con orina 100 CC en tres horas de color ámbar ligeramente turbio. En miembro inferior izquierdo se encuentra con dolor Eva 5/10 manifestado con gestos siendo imposible la movilización activa, drenaje cerrado por succión

SIGNOS VITALES: T°: 37.5 °C • FC: 90 x 'F R: 26x Sao2: 90% P/A: 110/60

VALORACION:

2.1 DATOS GENERALES

2.1.1 DATOS DE FILIACION

NOMBRE	: R.A.M
EDAD	: 64 años
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: Superior incompleto
OCUPACION	: Ama de casa
RELIGION	: Católico
ESTADO CIVIL	: Casada

2.1.2 ANTECEDENTES PATOLOGICOS

- Artrosis de cadera: Diagnóstico 2006.
- Cataratas: 2008.
- Hipercolesterolemia: Diagnóstico 2008.
- Glaucoma: Diagnóstico 2009.
- Diabetes Mellitus tipo II: Diagnóstico enero 2011.

2.1.3 ANTECEDENTES FAMILIARES

Niega

6 . EXAMEN CEFALOCAUDAL:

1. **CRANEO:** Se observa cabello de color negro de buena implantación..
 - **OJOS:** Simétricos, pupilas isocóricas.
 - **NARIZ:** simétrico fosas nasales permeable.
 - **BOCA:** Con piezas dentarias incompletas, lengua saburral, halitosis.
 - **OIDOS:** Pabellones auriculares simétricos con cerumen en mala higiene.
2. **CUELLO:** de forma largo cilíndrico no se evidencia nódulos, deformaciones, tumoraciones, edemas, en posición central, con movilidad de cuello flexo extensión, rotación, lateralización.
3. **TORAX:** Normal, cilíndrico y simétrico presenta electrodos para monitoreo hemodinámico Funciones vitales inestables a la auscultación con roncales Ambos Campos Pulmonares, con movimientos torácicos activos aumentados.
4. **ABDOMEN:** blando, depresible, no se palpan visceromegalias, con ruidos aéreos presentes.
 - **Inspección:** distendido, ombligo con cicatriz umbilical de forma plana normal
5. **MIEMBROS SUPERIORES:** Con fuerza y tono muscular disminuidos.
6. **ESPALDA:** Columna vertebral en posición normal, No lesiones ni alteraciones.
7. **MIEMBROS INFERIORES:** En miembros inferiores se observa hematomas. . En miembro inferior izquierdo se encuentra acortado 3-4 cm con respecto a la pierna contralateral y rotada externamente, la movilización pasiva de la cadera, siendo imposible la movilización activa.

7.- Exámenes Auxiliares:

EXAMEN	RESULTADOS	VALORES ANORMALES	VALORES REFERENCIALES
Tiempo de Coagulación	de 31 s	Dentro del rango	30 y 40 segundos
Tiempo de Sangría	3 m	Dentro del rango	2,5-9,5 minutos
Elisa VIH	Negativo	Dentro del rango	
Factor Sanguíneo	Grupo RH O+	Dentro del rango	
Recuento de Leucocitos	de 6.5mil/mm ³	Dentro del rango	(4,2- 10,0 mil/mm ³)
Recuento de Eritrocitos	de 4,62mil/mm ³	Dentro del rango	(4,8-5,5 ml/mm ³)
Hemoglobina	12g/Dl.	Dentro del rango	(13,5-17,5 g/Dl.)
Hematocrito:	44,3%	Dentro del rango	(40-54%)
Recuento de Plaquetas	de 226 10/mm ³	Dentro del rango	(150-400 10/mm ³)
Neutrófilos:	57,8%	Dentro del rango	(50 y 70%)
Eosinófilos:	8%	Dentro del rango	(1-4%)
Basófilos:	1%	Dentro del rango	(0,2-1,2 %)
Linfocitos:	26%	Dentro del rango	(17-45 %)

7.- Diagnostico médico:

1. Post Operada de artroplastia parcial de cadera izquierda

8.- Tratamiento:

1. NPO.
2. Cloruro de sodio 9^{0/00} mas tramal 100 mg a 45 gotas x minuto.
3. Gentamicina 160 mg . Ev. C/8 horas
4. Metamizol 2 gr Ev. C/8 horas

5. Ranitidina 50 mg Ev c/8 horas
6. BHE y C.F.V.
7. Cuidados de enfermería en artroplastia parcial de cadera izquierda

1. Valoración de Datos Objetivos y Subjetivos Según Dominios

1.1. Valoración por dominios:

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD (Toma de Conciencia, Manejo de la Salud)

Cumple con el régimen indicado Si (x) No ()

DOMINIO 2: NUTRICIÓN (Ingestión; Digestión; Absorción; Metabolismo, Hidratación).

Paciente en reposo gástrico

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN (Sistema Urinario, Gastrointestinal, tegumentario y pulmonar)

Se encuentra interferido medianamente, ya que la paciente no presenta impedimento fisiológico para hacerlo, sin embargo por el encamamiento requerirá la ayuda del profesional de enfermería.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO (Reposo y Sueño, Actividad y ejercicio, equilibrio de la energía, y respuestas cardiovasculares / respiratorias)

Puntos	0	1	2	3	4
Toma alimentos.		X			
Baño / Aseo.					x
Movilización en cama.					x
Deambula.					x
Eliminación.		X			
Vestirse.				x	

ÍNDICE DE KATZ.

- 0 independiente 1 Necesita uso de equipo dispositivo.
2 Ayuda o supervisión de otra persona.
3 Ayuda de otra persona. 4 Dependiente total.

Altamente interferido, en este tipo de cirugía no se coloca inmovilizadores, sin embargo el paciente debe permanecer inmóvil las primeras horas para evitar desplazamientos óseos y de la prótesis.

DOMINIO 5: PERCEPCION COGNICION (Atención, Orientación, Sensación/Percepción, Cognición y comunicación)

Orientada en tiempo espacio y persona.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION (Auto concepto, Autoestima, Imagen corporal).

Espera volver a caminar y reincorporarse en sus actividades.

DOMINIO 7: ROL / RELACION (Roles del cuidador, relaciones familiares, desempeño de rol).

El cuidador (hijos) no están preparados para asumir el cuidado en casa, Paciente vive en su casa con su empleada, sus hijos la visitan los fines de semana.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD (Identidad sexual, Función sexual, Reproducción).

No hay datos.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS (Respuestas post traumáticas, Respuestas de afrontamiento y estrés neuro comportamental).

Ante la situación que está viviendo ¿cómo se siente usted?

Asustada (x) Angustiada (x) Preocupación (x) Temor (x)

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

No hay datos.

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION (Infección, lesión física, violencia, peligros ambientales, procesos defensivos y termorregulación).

Incisión quirúrgica (x)

Catéter Invasivo (X) Catéter Vesical (x) Drenaje quirúrgico (x)

Cadera izquierda inmovilizada.

Escala de Norton (Valoración de riesgo de úlceras por decúbito)

Indicadores	4	3	2	1
Estado Físico.	Bueno	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente
Incontinencia.	No	Ocasional	Habitual	Doble
Actividad.	Deambula	Camina c/ayuda.	Sentado	Encamado
Movilidad.	Total	Disminuida	Muy limitado	Inmovil
Estado Mental.	Alerta	Apatico	Confuso.	Estupor

Riesgo medio: 13 – 14 puntos.¹⁵

DOMINIO 12: CONFORT (Confort físico, Confort ambiental, Confort social).

Dolor ()

Con analgesia endovenosa

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Participa en su recuperación diaria.

1.1. VALORACIÓN SUBJETIVA Y OBJETIVA

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>DATOS SUBJETIVOS:</p> <p>Paciente Refiere:</p> <p>“tengo miedo no poder caminar”.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Verbalización de temor• Tensión aumentada, aprensión, miedo, susto, terror, pánico, pavor, etc.• Aumento de alerta.• Ojos abiertos.• Comportamiento hostil.	<p>Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento.</p> <p>Temor (000148)</p>

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p data-bbox="485 496 751 529">Datos subjetivos:</p> <p data-bbox="218 534 1020 602">Paciente refiere: no sé ya me operaron, que me hicieron, me pueden informar”</p> <p data-bbox="201 646 449 678">Datos objetivos:</p> <ul data-bbox="346 721 947 829" style="list-style-type: none"><li data-bbox="346 721 785 753">• Verbalización del problema.<li data-bbox="346 758 947 790">• Seguimiento inexacto de la instrucción.<li data-bbox="346 795 732 828">• Petición de información.	<p data-bbox="1234 570 1724 602">Dominio 5: Percepción Cognición.</p> <p data-bbox="1339 626 1619 659">Clase 4: Cognición.</p> <p data-bbox="1123 683 1839 716">Conocimientos deficientes: enseñanza (00126).</p>

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>Datos subjetivos:</p> <p>“ Me duele mi pierna izquierda ”,</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gestos• Eva 5/10	<p>Dominio 12: Confort.</p> <p>Clase 1: Confort fisico.</p> <p>Dolor agudo (00132).</p>

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>Datos subjetivos:</p> <p>“ No puedo respirar bien”</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>SaO2 90%</i>• <i>FC: 90 x minuto</i>• <i>Respiración intercostal.</i>	<p>Dominio 4: Actividad/reposo.</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias</p> <p>Mecanismos cardiovasculares</p> <p>Deterioro de la respiración espontánea (00033)</p>

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente no refiere.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Perdida de la continuidad de la piel, Procedimientos invasivos (sonda Foley), drenaje cerrado por succión en herida operatoria</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION</p> <p>(Alto Riesgo de Infección)</p> <p>CLASE 1: Infección</p> <p>ETIQUETA: 00004</p>

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>Datos subjetivos: Paciente no refiere</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Entorno (posición del paciente , inmovilización)</i>	<p>Dominio 11: Seguridad/protección</p> <p>Clase 2: Lesión física Lesión o daño corporal.</p> <p>Riesgo de lesión (00087).</p>

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente no refiere</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Intervención quirúrgica y/o pérdidas excesivas a través de vías anormales (drenajes).</p> <p>.</p>	<p>Dominio 2: Nutrición.</p> <p>Clase 5: Hidratación: Captación y absorción de líquidos y electrolitos.</p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)</p>

ORGANIZACIÓN POR DOMINIOS

TIPOS DE DATOS	DOMINIO ALTERADO
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente no refiere</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Familiares con facies de preocupación• Cambios en la participación en la solución de problemas.	<p>Dominio 7: Rol/relaciones.</p> <p>Clase 2: Relaciones familiares.</p> <p>Interrupción de los procesos familiares (00060).</p>

PRIORIZACION DE DIAGNÓSTICOS

1. **DOLOR AGUDO R/C CON HERIDA QUIRÚRGICA M/P GESTOS**
2. **DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA R/C FATIGA DE MUSCULOS RESPIRATORIOS M/P SaO2 90% Fc:90x min FR:26 X MINUTO. RESPIRACIÓN INTERCOSTAL**
3. **TEMOR R/C CAMBIOS EN SALUD, ROL Y ENTORNO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA M/P "TENGO MIEDO NO PODER CAMINAR**
4. **CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: ENSEÑANZA R/C FALTA DE INFORMACION M/P DUDAS Y PREGUNTAS**
5. **INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES R/C CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA M/P CAMBIOS EN LA PARTICIPACIÓN EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.**
6. **RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/CINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O PÉRDIDAS EXCESIVAS A TRAVÉS DE VÍAS ANORMALES (DRENAJES)**
7. **RIESGO DE LESIÓN, R/C EL ENTORNO POSICION DEL PACIENTE INMOBILIZACION**
8. **RIESGO DE INFECCIÓN R/C ALTERACIÓN DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS POR ROTURA DE LA PIEL, AUMENTO DE LA EXPOSICIÓN AMBIENTAL A AGENTES PATÓGENOS (PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO).**

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>“ Me duele mi pierna izquierda”</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Gestos</p> <p>Eva 5/10</p>	<p><i>DOLOR AGUDO R/C CON HERIDA QUIRÚRGICA M/P POR GESTOS Y EVA 5/10</i></p>	<p>Nivel del dolor (2102)</p> <p>El paciente se mantendrá con dolor mínimo</p>	<p>1400 – MANEJO DEL DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurarse de que paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes - Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor - Ayudar al paciente y familia a obtener apoyo - Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento 	<p>Mantiene analgésicos según horario</p>

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos: “ No puedo respirar bien”</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>SaO2 90%</p> <p>FC: 90 x minuto</p> <p>Respiración intercostal.</p>	<p><i>DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA R/C FATIGA DE MUSCULOS RESPIRATORIOS M/P SaO2 90% Fc:90 X MINUTO RESPIRACIÓN INTERCOSTAL.</i></p>	<p>Estado de los signos vitales (0802).</p> <p>El paciente se mantendrá sin riesgos que le originen asfixia</p>	<p>3350 - MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo Hemodinámico - Se le asegura posición semi fowler 45° - Se le Brinda apoyo oxigenatorio si lo necesita. <p>3200 - PREVENCIÓN ASPIRACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar y mantener una vía aérea adecuada. - Asegurar una correcta oxigenación durante todas las fases de los cuidados - Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia y resucitación. - Valorar los signos vitales. 	<p>Mantiene patrón respiratorio eficaz</p> <p>SaO2 100%</p> <p>FC: 80 x minuto</p> <p>FR : 20 x minuto</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	Resultados NOC	INTERVENCIÓN NIC	EVALUACIÓN
<p>DATOS SUBJETIVOS: Paciente Refiere: “tengo miedo no poder caminar”.</p> <p>DATOS OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalización de temor • Tensión aumentada, aprensión, miedo, susto, terror, pánico, pavor, etc. • Aumento de alerta. • Ojos abiertos. • Comportamiento hostil. • Estimulación simpática. 	<p><i>TEMOR R/C CAMBIOS EN SALUD, ROL Y ENTORNO,</i></p> <p><i>INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA M/P</i></p> <p><i>“TENGO MIEDO NO PODER CAMINAR”.</i></p>	<p>Control del miedo (1404).</p> <p>Superación de problemas (1302).</p> <p>Aceptación del estado de salud (1300).</p> <p>Disminuir los temores.</p>	<p>-</p> <p>5270 -APOYO EMOCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un enfoque sereno que de seguridad y crear un ambiente que inspire confianza. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. <p>5340 - PRESENCIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanecer junto al paciente para fomentar la seguridad y reducir miedos. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la derivación a otro profesional. 	<p>-Alivio de la ansiedad y temor.</p> <p>- Paciente manifiesta sentirse informada.</p>

			4920 - ESCUCHA ACTIVA <ul style="list-style-type: none">- Escuchar con atención y tratar de comprender la perspectiva del paciente- Responder sus dudas de manera clara y sencilla	
--	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	Resultados NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere: no sé qué me operaron, qué enfermedad tengo, me pueden informar”</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Verbalización del problema. – Seguimiento inexacto de la instrucción. – Exposición de concepto erróneo. – Petición de información. 	<p><i>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: ENSEÑANZA R/C PATOLOGÍA, TÉCNICA QUIRÚRGICA, ANESTESIA Y POSIBLES COMPLICACIONES M/P DUDAS Y PREGUNTAS.</i></p>	<p>Conocimiento: régimen terapéutico (1813).</p> <p>Satisfacción del paciente: enseñanza (3012).</p>	<p>5602- ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la paciente a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad. - Preparar a la paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para su procedimiento o tratamiento prescrito 	<p>Paciente conoce los procedimientos que se realizarán. Paciente más seguro optimista</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
	<p><i>INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES R/C CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA M/P CAMBIOS EN LA PARTICIPACIÓN EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.</i></p>	<p>2508 - Bienestar del cuidador Principal.</p> <p>1305- Adaptación psicosocial: cambio de vida.</p> <p>2604- Normalización de la familia.</p>	<p>7100- ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se facilita la participación de la familia en el cuidado emocional y físico de la paciente. - Proporciona información a los familiares sobre el estado de la paciente de acuerdo con los deseos de ésta. 	<p>Paciente receptivo, familiares con conocimientos como para brindar atención en el hogar.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente no refiere</p> <p>Datos objetivos:</p> <p><i>Intervención quirúrgica y/o pérdidas excesivas a través de vías anormales (drenajes).</i></p> <p>Informe de balance hídrico operatorio indicando sangrado.</p>	<p><i>RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O PÉRDIDAS EXCESIVAS A TRAVÉS DE VÍAS ANORMALES (DRENAJES).</i></p>	<p>(0601) Equilibrio hídrico.</p> <p>(0802) Estado de signos vitales.</p> <p>(0401) Estado circulatorio.</p>	<p>6680- MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES.</p> <p>2080- MANEJO DE LÍQUIDO Y ELECTROLITOS.</p> <p>4010- PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las pérdidas hemáticas aceptables y administrar sangre si fuera necesario. - Vigilar signos síntomas de hemorragia / shock - Calcular las necesidades de líquidos adecuados y administrarlos por vía intravenosa. - Vigilará tolerancia oral a líquidos del paciente a las 6 horas post intervención y posteriormente, la tolerancia a sólidos. 	<p>Mantiene normovolemia, evidenciado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se administran 2 unidades de sangre en el intra operatorio. -Presión arterial y pulso dentro de Límites normales. -Niveles de Hb y hct dentro de la normalidad.

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente no refiere</p> <p>Datos objetivos:</p> <p><i>Entorno (traslado , posición del paciente , inmovilización)</i></p>	<p>RIESGO DE LESIÓN, R/C EL ENTORNO POSICION DEL PACIENTE INMOBILIZACION</p>	<p>(1908) Detección de riesgos.</p> <p>(1921) Preparación para el procedimiento.</p> <p>(1101) Integridad tisular (piel y mucosas).</p> <p>(1902) Control de riesgos.</p> <p>El paciente no sufrirá lesión durante la intervención quirúrgica.</p>	<p>2920- PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS</p> <p>0842- CAMBIO DE POSICIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determina el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente. - Se bloquea las ruedas de la cama. - Proteger las vías i.v, los catéteres y los circuitos de respiración. - Comprueba la integridad de la piel. - Colocar material acolchado en las prominencias óseas. 	<p>No se evidencia lesiones.</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <p>No evaluable</p> <p>Datos objetivos:</p> <p><i>Lesión primaria de piel por procedimiento quirúrgico.</i></p>	<p><i>RIESGO DE INFECCIÓN R/C ALTERACIÓN DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS POR ROTURA DE LA PIEL, AUMENTO DE LA EXPOSICIÓN AMBIENTAL A AGENTES PATÓGENOS (PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO).</i></p>	<p>Control del riesgo (1092).</p> <p>Evitar infección en el paciente durante su proceso de intra operatorio y recuperación.</p>	<p>6550 - PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se Verifica que se han administrado los antibióticos profilácticos. - Monitorización de la temperatura del paciente al menos cada turno y avisar al médico si supera 37.5 C. - Mantiene una técnica aséptica para todos los procedimientos (lavado de manos) 	<p>En los días posteriores a la intervención, no se evidencia signos ni síntomas de infección.</p>

EJECUCIÓN

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Temor (000148)

- ✓ Se brinda apoyo emocional.
- ✓ Se permanece junto al paciente.
- ✓ Se escucha de manera activa al paciente.

Dominio 5: Percepción Cognición.

Clase 4: Cognición.

Conocimientos deficientes: enseñanza pre quirúrgica (00126).

- ✓ Se Informa al paciente sobre lo que se encontrará antes, durante y después de la intervención quirúrgica.
- ✓ Se explican los cambios en el estilo de vida para evitar complicaciones, describiendo éstas.
- ✓ Se enseña al paciente y ayudar en su recuperación, dándole tiempo de hacer preguntas y reforzando la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.

Dominio 4: Actividad y reposo.

Clase 2: Actividad / ejercicio.

Deterioro de la movilidad física (00085).

- ✓ Explica al paciente y familiar las razones del reposo en cama.
- ✓ Colocar al paciente con alineación en cama decúbito supino (almohada entre miembros inferiores).
- ✓ Se cursa radiografía de control prescrita.
- ✓ Posteriormente se enseñará al paciente los ejercicios de flexión y extensión del miembro operado y fomentará su realización por parte del paciente.

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

Deterioro de la respiración espontánea (00033)

- Se mantiene un estricto control hemodinámico en el proceso de anestesia.

Dominio 11: Seguridad/Protección.

Clase 1: Infección.

Infección (00004)

- ✓ Se vigiló el proceso de curación del sitio de incisión, inspeccionando la existencia de enrojecimiento, calor y edema, vigilando los signos y síntomas de infección (control de temperatura) a intervalos regulares.
- ✓ Curación de la herida quirúrgica cada 24 horas o cada vez que se estime oportuno si hay abundante exudado.
- ✓ Se realiza todas las técnicas de forma aséptica, utilizando material estéril.
- ✓ Se instruye al paciente y familiares acerca de las técnicas correctas del lavado de manos e higiene en general.
- ✓ Se instruye al paciente y familia sobre los signos y síntomas de la infección y cuando debe informar en caso de que aparezcan.
- ✓ Se manipula de manera aséptica de todas las vías, catéteres, drenajes y sondas, sí como el punto de punción de la vía venosa.

Dominio 2: Nutrición.

Clase 5: Hidratación: Captación y absorción de líquidos y electrolitos.

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025).

- ✓ Se toma y registra las constantes vitales del paciente.
- ✓ Se administra la fluidoterapia según tratamiento prescrito.
- ✓ Se registra la diuresis y pérdidas por drenajes del paciente a su llegada a planta y posteriormente cada 12 horas.

- ✓ Se prueba tolerancia oral a líquidos del paciente a las 6 horas post-intervención y posteriormente la tolerancia a sólidos.

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física Lesión o daño corporal.

- ✓ **Riesgo de lesión perio-peratoria (00087)**
- ✓ Determina el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente.
- ✓ Se bloquea las ruedas de la cama.
- ✓ Proteger las vías i.v, los catéteres y los circuitos de respiración.
- ✓ Comprueba la integridad de la piel.
- ✓ Colocar material acolchado en las prominencias óseas.

Dominio 7: Rol/relaciones.

Clase 2: Relaciones familiares.

Interrupción de los procesos familiares (00060).

- ✓ Se facilitó la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.
- ✓ Se responderá a las preguntas del paciente y cuidador.

EVALUACIÓN.

Se llega a los siguientes resultados después de la atención de enfermería.

- El temor se ha visto reducido gracias a la actuación realizada antes de su ingreso a sala de operaciones, prestando atención al paciente, permaneciendo con él, promoviendo su seguridad, preguntándole y

escuchándole activamente, informándole acerca de los procedimientos que se le van a practicar.

- Paciente conoce los procedimientos que se realizaran.
- Es consciente del riesgo de la cirugía.
- El paciente continúa inmobilizado y se trabaja en el manejo de presiones y precauciones circulatorias.
- Mantiene patrón respiratorio eficaz a lo largo de toda la intervención quirúrgica y en el postoperatorio Inmediato.
- El riesgo de infección ha sido controlado en todo momento al efectuar los diferentes procedimientos con las normas de asepsia adecuadas.
- Paciente mantiene una buena hidratación durante su estancia hospitalaria.
- Vía periférica permeable.
- , la herida quirúrgica no presenta ninguna incidencia.
- Familiares (hija) participan en los cuidados de la persona, brindándole confianza.

CAPITULO III

CONCLUSIONES

1.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- 1.** Es de suma importancia utilizar una teoría de enfermería en nuestra valoración y ejecución de los cuidados ellos asegura si nuestros cuidados son de calidad y así se cumplir las normas y estatutos definidos por el colegio de enfermeros del Perú.
- 2.** Es importante un pensamiento critico en nuestro cuidados de enfermería, los cuidados de enfermería deben basarse en una taxonomía NANDA NIC.NOC con ello podremos hablar de un cuidado de calidad.
- 3.** La importancia que tiene el cuidado enfermero en Adultos Mayores, en intervenciones quirúrgicas es de suma importancia para aplicar intervenciones con un sustento científico bien definido.

RECOMENDACIONES:

1. Los especialistas en centro quirúrgico deben de capacitarse y así poder obtener conocimientos nuevos con enfoques que cambien paradigmas en la especialidad.
2. Crear formatos estandarizados en los servicios y poner en práctica el uso de las taxonomías y diagnósticos de enfermería.
3. Sugerir que todos los profesionales de enfermería especialistas en centro quirúrgicos que realicen protocolos de atención con el uso de valoración con una teoría de enfermería definida, con taxonomía NANDA NIC NOC.

BIBLIOGRAFIA

1. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002975.htm
2. McGraw Hill [editorial]. Manual CTO. Volumen Enfermería Médico quirúrgica, 2006. 4ª Edición.
3. Diccionario Médico Roche. 1ª Ed. Doyma. Soler- Argilaga, C; 1993. Artropatía; p. 157- 158.
4. Centro Médico Teknon. Dr. Llobet Miquel, 2005. Disponible en: www.teknon.es/consultorio/llobet/artrosis_prótesis.htm
5. Blanco Sánchez y col. (2007) Desarrollo Curricular. Definición de Objetivos de Aprendizaje: Perfil, Competencias, Principios y Conceptos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vall D´Hebron. Enferm. Glob. España
6. Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003. pag. 8-9
7. BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería médico quirúrgica. Edición 10ma. Editorial Mc Graw Hill. México DF, 2004
8. Antología Teorías y Modelos de Enfermería, Bases y Teorías para el Cuidado Especializado. División de Estudios de Postgrado, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM, 2006.
9. NANDA - I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2008.
10. OTTER A., Patricia. Fundamentos de enfermería. Edición 6ta. Editorial Harcourt S.A. Madrid-España, 2007.
11. Marjory G. Diagnósticos Enfermeros Proceso y Aplicación. 3ª Edición. Harcourt Brace, Editorial Mosby, 1999.
12. <http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/bloquequirurgico.pdf>
13. http://www.anestesiologiahc.info/areas/monografias/ventilacion_mecanica.shtml
14. http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18131/PLAN+DE+CUIDADOS+PACIENTE+QUIRURGICO_2010.pdf
15. <http://quirofano.wikispaces.com/file/view/Actuacion+de+enfermeria+en+artroplastia+parcial+de+cadera.%E2%80%A6.pdf>

16. <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/782>
17. <https://es.wikipedia.org/wiki/Artrosis>

ANEXOS

Antes



Después



ADAM.

Anatomía normal de la pelvis



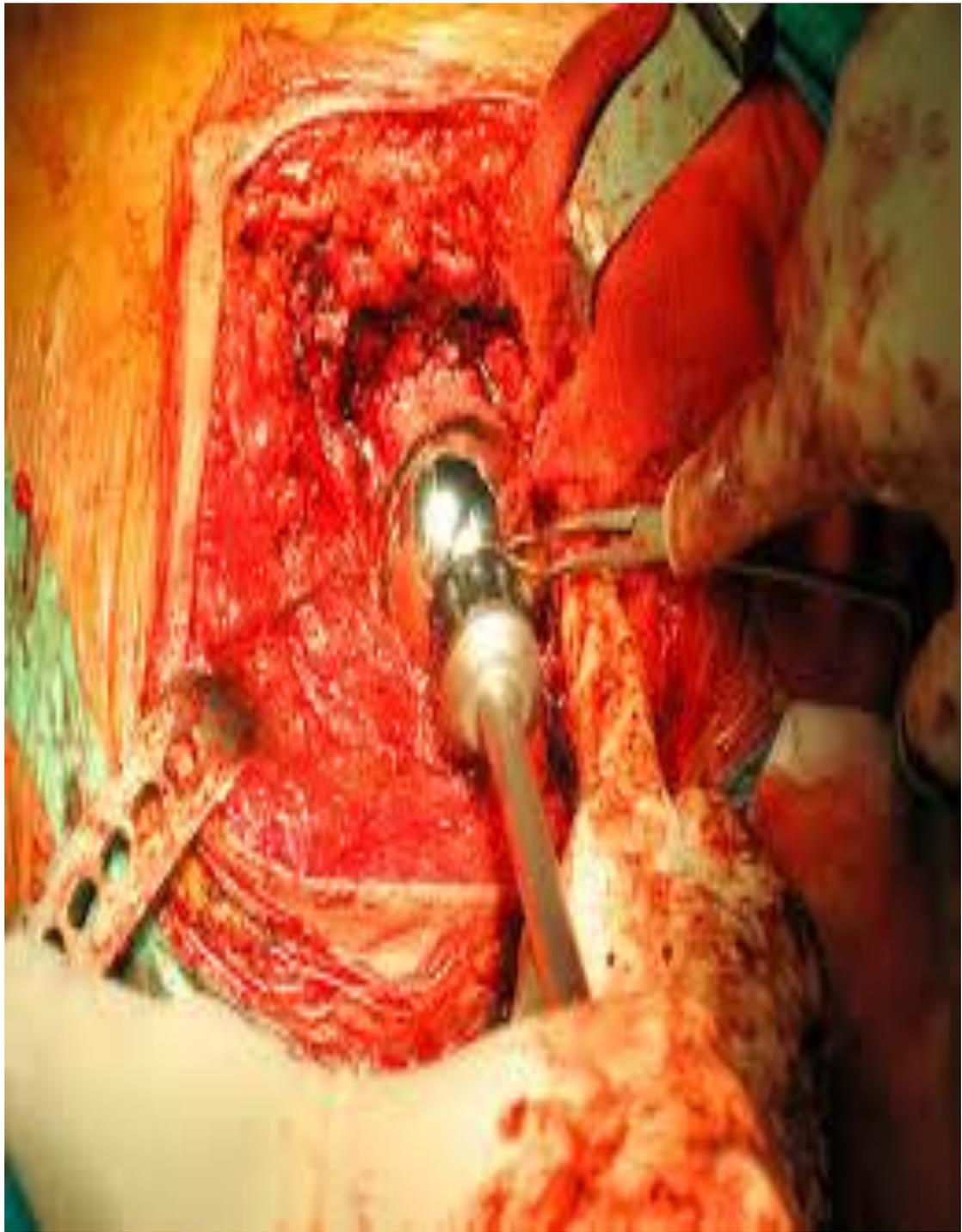
Vista anterior de la pelvis

Condición con cambios por la artritis



Vista de corte transversal de la pelvis











FÉMUR

