

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POST OPERADO
INMEDIATO DE FRACTURA DE CADERA EN EL SERVICIO DE
RECUPERACIÓN DE LA CLÍNICA PADRE LUIS TEZZA-2017.**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

LIC. YANET YESSI HERRERA VILLANUEVA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
CENTRO QUIRÚRGICO**

ASESOR:

MG. LAURA PATRICIA ROA CAMPOS

Lima, Perú

2018

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I: MARCO TEORICO	6
1.1. ANATOMÍA DE LA CADERA.	6
1.1.1. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES DE LA CADERA.	8
1.2. FRACTURA DE CADERA.	9
1.2.1. CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE FRACTURA DE CADERA.	11
1.2.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.	14
1.2.3. TRATAMIENTO FRACTURAS DE CADERA	17
1.3. LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA.	18
1.3.1. MATERIALES PROTÉSICOS EN LA ARTROPLASTIA DE CADERA:	19
1.3.2. TIPOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA.	20
1.3.3. PROCESO QUIRÚRGICO.	21
1.3.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTE DE FRACTURA DE CADERA CON PRÓTESIS TOTAL.	22
1.4. TEORIA DE ENFERMERÍA: VIRGINIA HENDERSON.	23
CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE – EBE	28
2.1. VALORACION DE ENFERMERÍA	28
2.1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA	29
2.1.2. VALORACIÓN SEGÚN TIPO DE DATOS Y DOMINIOS ALTERADOS.	31
2.1.3. PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.	35
2.1.4. ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA Y EBE.	36
CAPITULO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	46
3.1. CONCLUSIONES.	46
3.2. RECOMENDACIONES.	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	48
ANEXOS	51

RESUMEN

El presente trabajo académico es el caso clínico de una paciente adulta mayor de sexo femenino de 65 años de edad, post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada, que se encuentra en la unidad de recuperación postanestésica de la clínica Padre Luis Tezza. Este trabajo se realizó con el objetivo de prevenir complicaciones postoperatorias inmediatas y favorecer la recuperación del paciente mediante un cuidado especializado y humanizado.

Para el desarrollo del presente caso clínico se aplicó el proceso de atención de enfermería, que es un método científico y organizado, con un enfoque internacional integrado por 5 etapas, dichas etapas son sucesivas y se relacionan entre sí, su ejecución permite a la enfermera especialista en centro quirúrgico brindar un cuidado holístico e integral al paciente.

El trabajo fue desarrollado en 3 capítulos: el capítulo I corresponde al marco teórico, el capítulo II trata sobre la aplicación del proceso de atención de enfermería, finalmente el capítulo III contiene las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos haciendo uso de Taxonomía NANDA-NIC-NOC, fundamentado en la Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

PALABRAS CLAVE: Cuidados, postoperatorio, fractura, artroplastia

ABSTRACT

The present academic essay is the clinical case of an elderly female patient of 65 years, in an immediate postoperative condition, because of a fracture of her right hip, with a cementless total prosthesis, and who remains in the post-anesthesia care unit of the Tezza Clinic. The essay was made with the objective to prevent immediate postoperative complications and stimulate the recovery of the patient through a specialized and humanized care.

For the development of the present clinical case, it was applied the process of attention of nursing, which is an organized scientific method, with an international focus integrated by five stages, these stages are successive and interrelated. The execution of these stages allows the nurse specialist in surgical center to provide a holistic and integrated care for the patient.

The present paper is based on the Theory of the 14 necessities of Virginia Henderson, applying the Taxonomy NANDA-NIC-NOC, and it was developed in three chapters: the chapter I corresponds to the theoretical framework, chapter II is about the application of the nursing process, and finally, chapter III contains the conclusions, recommendations, bibliographic references, and annexes.

KEYWORDS: Care, postoperative, fracture, arthroplasty.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante de salud de nuestra población, ya que es una patología frecuente en aquellas personas mayores de 65 años, siendo su mayor incidencia en mujeres. Los principales factores de riesgo que producen la fractura de cadera, son las caídas y la osteoporosis.

La cirugía, hoy en día, es el mejor tratamiento para la fractura de cadera del adulto mayor. Una de las indicaciones más habituales de cirugía es la artroplastia, que es un procedimiento quirúrgico dónde se sustituye total o parcialmente parte de la articulación afectada o enferma, por una artificial. La principal indicación de la artroplastia de cadera es el dolor crónico de articulación o fractura de cuello de fémur.

En este sentido, el proceso de atención de enfermería es una herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente y la familia; a la vez que permite la interacción enfermera - paciente, pues mediante ello se identifican los patrones afectados reales y potenciales a los cuales debe darse mayor atención; a partir de ahí se elaboraran intervenciones y actividades idóneas para la recuperación del paciente, obteniendo así resultados satisfactorios. La enfermera especialista en centro quirúrgico tiene una labor de suma importancia en el periodo postoperatorio inmediato del paciente quirúrgico, puesto que brinda un cuidado especializado y humanizado, logrando así prevenir e identificar posibles complicaciones y favoreciendo la recuperación del paciente para su reincorporación a la sociedad.

Con el presente trabajo académico se pretende incentivar al profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico, a utilizar como herramienta de labor diaria, el proceso de atención de enfermería, logrando un cuidado holístico y planificado, del paciente post-operado.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1. ANATOMÍA DE LA CADERA.

La articulación de la cadera está constituida fundamentalmente por el cótilo, acetábulo o coxo y la cabeza del fémur. El cótilo se encuentra en la unión del iliaco con las ramas ilio e isquio pubiana, forma una cavidad circular, que está en ante versión entre 15° y 30° y una inclinación caudal de 45°; revestida por el cartílago articular, presenta una herradura en su fondo donde se inserta el ligamento redondo, que en su extremo opuesto está insertado en la cabeza del fémur, seguido por la zona cervical y trocantérica, donde se inserta la sinovial y la cápsula. Sobre estas estructuras están los ligamentos (1).

La cadera es una de las articulaciones más grandes del cuerpo, es una articulación esférica (de cabeza y cavidad), las superficies óseas de la cabeza y la cavidad están cubiertas con cartílago articular, un tejido suave que reviste y amortigua los extremos de los huesos y les permite moverse fácilmente. El tercio proximal del fémur está formado por una cabeza esférica que se une mediante un cuello de aproximadamente 5 cm de longitud, al macizo trocantéreo, formado a su vez por dos prominencias óseas, trocánter mayor (externo y superior), y trocánter menor (interno e inferior) a los que se fijan potentes grupos musculares responsables de la movilidad y estabilidad de esta articulación. El fémur proximal es el componente distal de la articulación de la cadera o articulación coxofemoral, y junto a la cavidad acetabular del ilíaco forman una articulación sinovial, extremadamente congruente y móvil en todos los planos, una enartrosis. La articulación se encuentra protegida por una cápsula articular más resistente en su cara anterior, donde destaca el ligamento iliofemoral, originado en el borde acetabular e insertado en la línea intertrocantérea (4,5).

Biomecánica de la articulación de la cadera: Para practicar la mayoría de las actividades de la vida diaria, nos bastamos con 120° de flexión, 28° de abducción y 33° de rotación externa, para caminar, 40° de flexión, 5° de extensión, y 10° de movimiento tanto en el plano frontal como en el transversal (2).

Función de la cadera: La función primordial de la cadera es la locomoción y, en primer término, la marcha. Se puede distinguir una fase en carga y otra en descarga, separadas por los períodos de doble apoyo. La presión de la fase en carga es muy elevada, ya que la cadera soporta el peso del cuerpo y la tensión de los músculos estabilizadores para mantener el movimiento de extensión. Una pendiente o una escalera aumentan las fuerzas, la acción articular y las presiones. El uso de un bastón contralateral disminuye la carga vinculada a las fuerzas de estabilización más que la del peso del cuerpo. No es posible disociar la articulación de la cadera de la región anatómica que la rodea y que participa en primer término en su función (3).

Medios de unión de la cadera.

Superficies articulares: Está formada por una superficie cóncava que es el acetábulo y otra convexa, la cabeza femoral, por ello la articulación tiene una gran movilidad.

Cápsula articular: La cápsula articular es un manguito cilíndrico de tipo fibroso que rodea las superficies articulares, se inserta en el hueso coxal y en la cabeza del fémur. Contribuye a darle solidez y estabilidad a la articulación.

Ligamentos: La cadera está dotada de 4 ligamentos principales que son fuertes bandas fibrosas que unen diferentes partes del hueso coxal con el fémur. Sirven para reforzar la articulación y evitar que se produzcan movimientos de excesiva amplitud.

- Ligamento redondo
- Ligamento iliofemoral.

- Ligamento isquiofemoral.
- Ligamento pubofemoral.

Músculos: Los potentes músculos que rodean la cadera permiten que ésta puede realizar distintos tipos de movimientos.

- Extensión: glúteo mayor e isquiotibiales (bíceps crural, semitendinoso y semimembranoso).
- Flexión: Recto anterior del cuádriceps, psoas ilíaco, sartorio y tensor de la fascia lata.
- Abducción: glúteo mayor, glúteo medio, glúteo menor, tensor de la fascia lata.
- Aducción: músculo aductor mayor del muslo, músculo aductor largo del muslo, músculo aductor corto del muslo, músculo recto interno del muslo y pectíneo.
- Rotación externa: Gémino superior, gémino inferior, obturador interno, obturador externo, piramidal de la pelvis y cuadrado crural.
- Rotación interna: tensor de la fascia lata, glúteo menor y glúteo medio.

Irrigación e inervación de la cadera.

La articulación de la cadera recibe sangre de ramas circunflejas de la arteria femoral, recibe también contribución de pequeñas arterias a la cabeza del fémur provenientes de la arteria obturatriz, esta última es importante para prevenir isquemia de la cabeza del fémur en ciertos casos cuando el flujo sanguíneo de parte de la arteria femoral se interrumpe, como en el caso de una fractura de la cabeza del fémur. La inervación de la articulación coxofemoral la suple varios nervios, incluyendo el nervio femoral y el nervio obturador, entre otros (2,4).

1.1.1. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES DE LA CADERA.

Las principales enfermedades que afectan a la articulación coxofemoral o cadera son las siguientes:

- Artrosis de cadera o coxartrosis: Esta causada por deterioro del cartílago que recubre las superficies de los dos huesos que forman la articulación.
- Artritis de cadera: La artritis es un proceso inflamatorio que afecta a una articulación.
- Fractura de cadera: La mayor parte de las fracturas de cadera, son en realidad fracturas de fémur que afectan a la extremidad superior de este hueso y no tocan la articulación, sin embargo, se les llama comúnmente fractura de cadera en lugar de fractura de fémur que sería su denominación correcta.
- Trocanteritis o bursitis trocantérea: Es un proceso benigno causado por inflamación de las bolsas serosas que se encuentran próximas a la cadera, en una protuberancia del fémur que se llama trocánter mayor. Provoca dolor en la región superior y externa del muslo.
- Displasia congénita de cadera: Es una enfermedad infantil que está ya presente en el momento del nacimiento, la cabeza del fémur está situada fuera de la cavidad cotiloidea, la cápsula articular está distendida.
- Epifisiolisis de la cabeza femoral: Consiste en el desplazamiento entre el extremo superior del fémur (epífisis) y el cuello femoral (6).

1.2. FRACTURA DE CADERA.

El término de fractura de cadera hace referencia a aquellas fracturas que se producen en el extremo proximal del fémur.

Las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante a tener en cuenta debido al envejecimiento de la población, ya que es una patología frecuente en el paciente mayor y constituye una de las indicaciones más habituales de cirugía en el anciano. Este tipo de fractura es la lesión discapacitante más común y la causa de muerte accidental más frecuente en los adultos mayores (7).

La fractura de cadera es un problema que afecta principalmente a la población anciana, convirtiéndose en un gran problema social que seguirá aumentando a lo largo del tiempo, debido al envejecimiento de la población. Su mayor incidencia se presenta en mujeres. Los principales factores de riesgo que producen la fractura de cadera, son las caídas y la osteoporosis, cuya prevención es esencial por parte de la enfermería para que no se instaure el problema o sus consecuencias no sean tan graves (8).

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. Las fracturas más comunes son las de cuello femoral y los pertrocantéreas, que representan sobre el 90% del total de fracturas de cadera. El 74% de las fracturas de cadera se producen en las mujeres, este mayor porcentaje frente a los varones se debe a que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, la pelvis es más ancha con una tendencia a desarrollar coxa vara, sufren cambios hormonales después de la menopausia, que se acompañan a menudo con una mayor incidencia de osteoporosis (9).

Los pacientes que sufren de esta patología, pueden padecer una diversidad de complicaciones, que van desde distintos grados de discapacidad, hasta una pérdida completa de su independencia. Un alto porcentaje de pacientes que antes eran independientes, serán incapaces de recuperar su estilo de vida previo; y otro porcentaje será incapaz de regresar a su residencia habitual, la fractura de cadera en el paciente adulto mayor es una eventualidad que resulta devastadora en la mayoría de los casos. Afecta profundamente el equilibrio físico, mental, funcional y social que antes prevalecía, más allá de la lesión ortopédica, resume el proceso de envejecimiento y sus consecuencias extremas (10).

Según Es Salud (el prestador de seguro nacional de salud para los trabajadores) citado por Morales Covarrubias P, (2016), sostiene que se calcula que el 12-16% de las mujeres peruanas mayores de 50 años sufrirá una fractura de cadera al año. En base a la población actual de 2,7 millones de mujeres peruanas de 50 años o más, esto significaría entre 324.000 y 432.000 fracturas por año en este segmento poblacional. Las estadísticas poblacionales proyectan que habrá 7,5 millones de mujeres de 50 años o más en el año 2050. Por lo tanto, podemos extrapolar estos datos para estimar que entre 900.000 y 1,2 millón de mujeres de 50 años o más podrían sufrir una fractura en el año 2050 (11).

Según el acta medica peruana (2016), la fractura de cadera, o también llamada fractura de fémur proximal, sigue en aumento debido a que la población de adultos mayores ha ido creciendo en las últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que para el año 2050 un total de 6 millones de fractura de cadera ocurrirán en el mundo entero por año, teniendo como consecuencia mayor demanda hospitalaria. El Perú, gran parte de los adultos mayores que presentan una fractura de cadera son atendidos en hospitales del Ministerio de Salud (MINSA). Actualmente el tratamiento óptimo para la fractura de cadera es quirúrgico, debido a que el manejo conservador conlleva mayor estancia hospitalaria y menor retorno de los pacientes al nivel funcional previo. Según lo recomendado por las Guías de Práctica Clínica (GPC), para que los resultados sean óptimos el tratamiento quirúrgico debe aplicarse lo más pronto posible, idealmente dentro de las de las 36 a 48 horas del evento (12).

1.2.1. CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE FRACTURA DE CADERA.

Las fracturas se subdividen básicamente en dos grandes grupos, según la localización del trazo respecto a la cápsula articular.

Se puede clasificar las fracturas de fémur proximal en dos grandes grupos:

- **intracapsulares o fracturas del cuello femoral.**

- **Extracapsulares o fracturas trocantéreas.**

Las fracturas intracapsulares: A su vez pueden ser: subcapitales, muy próximas a la superficie cartilaginosa de la cabeza femoral y transcervicales, dentro de la capsula, pero en el propio cuello. Estas fracturas tienen una propensión a dañar el suministro de sangre a la cabeza femoral, potencialmente causando necrosis a vascular. Este tipo de fracturas se da en dos grupos poblacionales distintos. Un grupo pequeño, inferior al 5%, representado por pacientes sometidos a traumatismos de gran energía como resultado de accidentes de tráfico y caídas de altura. El resto ocurre en la población mayor como consecuencia de una simple caída desde la altura propia. Se considera a la osteoporosis como primera causa de esta fractura pues los pacientes que la sufren suelen mostrar niveles de masa ósea descendidas con respecto a pacientes control de la misma edad. Las fracturas del cuello femoral degradan y cortan la perfusión femoral de distintas maneras. Las no desplazadas suelen mantener en mayor o menor medida la vascularización, por lo que es de esperar en la mayor parte de los casos la consolidación de la fractura. Sin embargo, las desplazadas rompen arteriolas que a modo de arcadas atraviesan el cuello femoral desde su base para irrigar la cabeza femoral. De esta manera, la vascularización de la cabeza femoral queda a exclusivamente a expensas de la arteria del ligamento redondo, cuyo flujo en el adulto resulta insuficiente. Todas las fracturas del cuello sangran hacia el interior de la cápsula y, dependiendo de su integridad, elasticidad y del volumen del sangrado, pueden crear un efecto taponador, limitando aún más la perfusión de la cabeza.

La clasificación de las fracturas intracapsulares, es la sistematización desarrollada por Garden en 1961, una clasificación esquemática basada en una radiografía AP (en las vistas anteroposteriores) que reconoce cuatro tipos de fractura de cuello femoral. Éstos distintos tipos de fractura son considerados simplemente distintos grados de desplazamiento que responden al mismo mecanismo.

El estadio I se corresponde con una fractura alineada en valgo con impactación de la carilla lateral del cuello en la cabeza. En el estadio II la fractura es completa pero no desplazada, sin impactación o cambio en el ángulo trabecular. El estadio III se corresponde con una fractura de cuello femoral desplazada, con alguna continuidad entre los dos fragmentos y el ángulo trabecular disminuido. En el tipo IV, la disociación de la cabeza y el cuello es completa. La cabeza tiende a alinearse con el acetábulo y la disposición trabecular a ambos lados de la articulación es paralela en la proyección anteroposterior, simulando una correcta alineación, aunque el cuello está acortado.

Las fracturas extracapsulares o trocantéreas: Engloban fracturas que afectan la región trocantérea, se producen sobre hueso bien vascularizado, por lo tanto, la pseudoartrosis y necrosis no serán frecuentes (13).

Diagnóstico.

- **Examen físico:** se efectúa maniobras exploratorias buscando signos que orienten hacia datos de fractura de fémur proximal intracapsular, dolor a la movilización activa y pasiva (en la región inguinocrural), imposibilidad para elevar el talón, limitación para la marcha, rotación externa de la extremidad y acortamiento.
- **Radiografía:** permite evaluar las distintas estructuras óseas y sus lesiones, espacio articular y la alineación de las superficies articulares. En caso de fractura de cadera se debe obtener una radiografía anteroposterior (AP) de la pelvis, con la pierna en rotación interna para comparar ambas caderas. Otra lateral mostrará la cabeza y el cuello femoral, su angulación y desplazamiento, así como el grado de conminución de la parte posterior del cuello
- **Resonancia magnética:** Es un examen imagenológico en el que se utiliza una máquina con imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes de la zona entre los huesos de la cadera.

- **Tomografía computarizada:** Mayor resolución especial para la valoración de los huesos, fragmentos óseos o cuerpos libres intraarticulares, luxación (14).

1.2.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Las fracturas de cuello femoral desplazadas originan desde el primer momento dolor e incapacidad para la deambulaci3n. Las no desplazadas o impactadas causan tambi3n dolor significativo, y en ocasiones no impiden la deambulaci3n.

Las fracturas desplazadas son m3s sintom3ticas. Estos pacientes no son siquiera capaces de mantenerse de pie mientras que aquellos con fracturas no desplazadas o impactadas pueden andar y manifestar m3nimo dolor. Las no desplazadas pueden presentarse sin deformidad cl3nica mientras que las desplazadas muestran el cl3sico acortamiento y rotaci3n externa de la extremidad con movilidad de la misma dolorosa.

- Dolor en la cadera, as3 como en las regiones del f3mur y las pelvis cercanas a la cadera, las cuales dependen de ella para moverse.
- Movilidad limitada y dolorosa de la articulaci3n de la cadera.
- Incapacidad para moverse inmediatamente despu3s de una ca3da
- Incapacidad para cargar peso sobre la pierna del lado de la cadera lesionada.
- Rigidez, hematomas e hinchaz3n en la zona de la cadera y alrededor de ella.
- La pierna afectada se acorta, de manera que las piernas son de una longitud distinta.
- Rotaci3n externa de la extremidad afectada (giro hacia afuera de la pierna del lado de la cadera lesionada).

Factores de riesgo.

- Edad: son m3s frecuentes en personas de edad avanzada. Su incidencia tiene un incremento exponencial a partir de los 50 a3os.

- Sexo: mayor incidencia de fracturas de cadera en mujeres que en hombres
- Raza: mayor incidencia en raza blanca.
- Historia de fractura de cadera materna
- Glucocorticoides
- Artritis reumatoide
- Exceso de consumo alcohol y tabaco.
- Uso de psicotrópicos
- Inactividad física.
- Bajo peso corporal.
- Exceso consumo de cafeína.
- Fractura de cadera previa.
- Discapacidad visual.
- Malnutrición.
- Demencia senil.

Complicaciones frecuentes en fracturas de cadera.

Existen diferentes tipos de complicaciones comunes que suelen ocurrir dependiendo del tipo de fractura que se sufre, dentro de las complicaciones asociadas a las fracturas intracapsulares, se encuentra el corte de flujo sanguíneo a la cabeza femoral a causa de la misma presión ejercida por los huesos, lo que comúnmente da lugar a una necrosis a vascular. Con las fracturas extracapsulares: Este tipo de fracturas se asocia más a rasguños internos y/o hematomas, que podrían abrir cabida a complicaciones de tipo infecciosas. El retraso de la atención médica al paciente, es unas de las complicaciones más riesgosas, ya que da lugar a muchas otras más, incluyendo la trombosis venosa profunda, complicaciones pulmonares, infecciones urinarias y alteraciones en piel.

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes.

- Dislocación de la prótesis.
- Fallo de osteosíntesis.

- Luxación de artroplastia.
- Fractura peri implante.
- Síndrome confusional o delirium.
- Retención y / o infección urinaria.
- Alteraciones electrolíticas.
- Úlceras por presión.
- Insuficiencia cardíaca.
- Neumonía (15).

Medidas Preventivas.

Los estilos de vida saludables al comienzo de la adultez permiten desarrollar una masa ósea máxima más elevada y reducir el riesgo de osteoporosis en el futuro. Las mismas medidas pueden disminuir el riesgo de caídas y mejorar tu salud general si las adoptas a cualquier edad.

- Consumir suficiente calcio y vitamina D.
- Realizar ejercicio para fortalecer los huesos y mejorar el equilibrio.
- Evitar, fumar o beber en exceso, el consumo de tabaco y alcohol reduce la densidad ósea.
- Consumir una dieta rica en calcio
- Mantener los objetos alejados de las escaleras y del piso, por ejemplo, los cables, para prevenir las caídas.
- Utilizar alfombrillas antideslizantes en el baño y fijar barras de sostén en la bañera.
- Ubicar luces de noche desde el dormitorio hasta el baño.
- Usar una base antideslizante para mantener las alfombrillas en su lugar.
- No pararse sobre muebles o escaleras que no se encuentren en una posición firme.
- Visitar al oftalmólogo todos los años para hacerse una revisión anual y tratar la pérdida de la visión (16).

1.2.3. TRATAMIENTO FRACTURAS DE CADERA

De forma general, el tratamiento busca devolver la funcionalidad al paciente por lo menos al punto antes de la fractura. La cirugía en estos casos es la mejor solución y es por esto que se asume que la intervención realizada sobre el paciente es una cirugía. Luego de realizada la cirugía, es muy importante la movilización precoz, la cual evita las complicaciones relacionadas al sedentarismo extendido causado por la misma condición. Existen dos tipos de tratamientos, ortopédico y el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento ortopédico.

Tratamiento muy poco utilizado y relegado para casos específicos, tales como pacientes institucionalizados, con marcada demencia y que experimentan un discomfort, mínimo dentro de los primeros días desde ocurrida la fractura. En este caso lograr la funcionalidad previa a la fractura de la persona, es viable y accesible a través de este tratamiento.

Un tratamiento común para una fractura intracapsular no desplazada, es a través de analgesia y unos pocos días de reposo, para luego realizar una movilización controlada y atendida, resultado de esto es una funcionalidad disminuida que además genera dolor. Esto también aumenta el riesgo de un desplazamiento subsecuente de la fractura. Por la naturaleza de las fracturas extracapsulares, estas pueden ser tratadas utilizando tracción sostenida, lo cual implica el uso de inmovilizadores por un período de tiempo significativo, lo cual puede ser altamente perjudicial para la mayoría de los pacientes, que están por encima de los 65 años de edad. Esto conlleva al paciente a perder su movilidad e independencia motriz.

Tratamiento quirúrgico.

Se deben realizar todas las evaluaciones médicas para poder evitar cualquier posible complicación, ciertos aspectos, tales como los desequilibrios hidroelectrolíticos y los problemas cardiopulmonares, deben corregirse previamente a realizar la cirugía. La intervención quirúrgica debe

realizarse lo antes posible, para evitar todas las complicaciones que puedan surgir. El tratamiento quirúrgico se puede realizar a través de.

Osteosíntesis: Tornillos canulados, clavo endomedular, etc.

Artroplastia: Total o hemiartroplastía (uni o bipolar) (13,17).

1.3. LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA.

La Artroplastia total de cadera es un procedimiento ortopédico que implica la extirpación quirúrgica de la cabeza, el cuello proximal del fémur, la eliminación del cartílago acetabular y el hueso subcondral, se prepara el canal femoral donde se colocará el implante, luego de preparar el fémur se procede a preparar el acetábulo del hueso pélvico, se prepara la cavidad acetabular retirando el cartílago y dándole la esfericidad requerida para que aloje la copa, esta corresponde al implante donde va a moverse la cabeza femoral. La técnica varía según la posición de colocar el paciente, ya sea en posición decúbito dorsal, o lateral, y el abordaje quirúrgico que puede ser anterolateral o posterolateral. La artroplastia total de cadera es una intervención donde las superficies articulares afectadas son reemplazadas con materiales sintéticos, es una intervención electiva que debería ser considerada como una opción entre otras alternativas, la decisión para realizarla debe tomarse teniendo en consideración tanto los riesgos, como los beneficios potenciales. En el paciente adecuado la artroplastia total de cadera puede ser una intervención que cambia su vida al mejorar el dolor, la función y la calidad de vida. La artroplastia total de cadera es uno de los procedimientos ortopédicos más exitosos que se realizan hoy en día y es una intervención para disminuir el dolor, mejorar la función y sobre todo la calidad de vida de los pacientes con patología degenerativa o inflamatoria de la cadera (18).

Indicaciones.

La artroplastia de cadera se hace principalmente en personas mayores de 60 años. Por lo general, no se recomienda para personas más jóvenes,

debido a la tensión que pueden ejercer sobre la cadera artificial, haciendo que ésta falle prematuramente.

Entre las razones para reemplazar la articulación de la cadera están:

- Fracturas del cuello femoral.
- Articulación dolorosa.
- Artrosis severa en la articulación de la cadera.
- Artritis reumática.
- Necrosis a vascular de cabeza o cuello femoral.
- Fracaso de cirugía anterior.
- Displasia congénita.
- Complicaciones secundarias a osteoartritis de cadera. (17).

Contraindicaciones.

- Infección actual de la cadera.
- Perdida de musculatura, compromiso neuromuscular, deficiencia vascular, piel insuficiente.
- Mala calidad de hueso (osteoporosis).
- Obesidad mórbida.
- Pacientes con desordenes neurológicas.
- Personas con cobertura cutánea deficiente alrededor de la cadera.
- Enfermedad física grave (enfermedad terminal, como cáncer metastásico)
- Pacientes con disfunción mental gravemente limitante (18).

1.3.1. MATERIALES PROTÉSICOS EN LA ARTROPLASTIA DE CADERA.

Las partes que constituyen las prótesis totales son fundamentalmente tres:

Vástago femoral: Cuña alargada que va alojada en el canal femoral, fabricados en titanio (a veces recubierto de alúmina para facilitar la adherencia al hueso y evitar metalosis, desprendimiento de iones

metálicos), aleaciones de cromo níquel-molibdeno con bajo porcentaje de carbono; recubiertas de hidroxiapatita para mejorar la fijación.

Cabeza femoral: Va alojada en el cuello del vástago, con una forma generalmente esférica que permite el juego entre el vástago y el cotilo. La longitud del cuello es variable en los distintos modelos. Los materiales empleados en su fabricación son muy variados, entre otra cerámica (alúmina, zirconita), cromo/cobalto con o sin recubrimiento, acero inoxidable.

Cotilo o acetábulo: Es la parte que se acopla en la pelvis, pueden ser metálicos (polimetilmetacrilato) o de polietileno (17).

1.3.2. TIPOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA.

- No Cementada: el implante se adhiere directamente al hueso.
- Cementada: se fijan los componentes con un tipo especial de cemento quirúrgico llamado (metil metacrilato).
- Híbrida: solo se coloca cemento a uno de los dos componentes, generalmente al fémur.

Artroplastia de cadera No Cementada.

Los también conocidos como implantes de cadera porosos están diseñados, para ser insertados dentro del canal femoral previamente preparado sin necesitar metilmetacrilato, Inicialmente el canal femoral se prepara para que el implante encaje íntimamente dentro de él. La superficie porosa en el implante de cadera está diseñada para interaccionar con el hueso y permitir que el hueso crezca dentro de la superficie porosa. En general, estos diseños son más grandes y más largos que los que se utilizan con el cemento.

La mayoría son de textura porosa o tiene una capa superficial en gran parte del implante de modo que el hueso nuevo en realidad crece en la superficie

del implante, Tomando en cuenta que dependen del crecimiento de hueso nuevo para la estabilidad, los implantes sin cemento requieren un tiempo de curación más prolongado que los reemplazos de cadera cementados.

Objetivos de artroplastia total de cadera.

El objetivo de la artroplastia de cadera, es reemplazar los componentes enfermos de la articulación de la cadera, es decir el acetábulo, el trocánter, y la cabeza del fémur.

- Mejorar la movilidad de la articulación.
- Minimizar el dolor.
- Recuperación de la función articular para permitir una marcha adecuada (17,18).

1.3.3. PROCESO QUIRÚRGICO.

Abordaje posterolateral o de Gibson: va por el borde anterior del glúteo mayor.

- Asepsia y antisepsia del campo operatorio.
- Se realiza Incisión piel, tejido subcutáneo con hoja de bisturí N° 20 sobre trocánter mayor por detrás del tensor fascia lata.
- Se secciona los músculos: Rotadores externos, Géminos, piramidal, Cuadrado drural, obturadores interno y externo.
- Se observa el nervio ciático y se retrae.
- Se realiza separación del campo operatorio.
- Se seccionan los tendones rotadores externos y la capsula.
- Se da rotación interna para exponer y luxar la cabeza femoral.
- Se hace medición del fémur y se realiza osteotomía del cuello femoral.
- Se ubica el canal medular y se prepara el canal con curetas largas.
- Se prepara el trocánter mayor con cincel-gubia, centrado sobre el canal medular respetando los grados de 10- 15° con relación a los cóndilos.
- Se realiza fresado del canal medular.
- Se calibra el canal medular con los raspadores femorales.

- Se realiza fresado del acetábulo y se mide la prótesis de prueba.
- Se retira la prótesis de prueba y se coloca la prótesis verdadera.
- Se evalúa la movilidad.
- Se realiza cierre por planos.

Complicaciones Postquirúrgicas de artroplastia de cadera.

- Dislocación de la prótesis.
- Aflojamiento de prótesis.
- Infección de la incisión.
- Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.
- Hemorragia.
- Osteomielitis.
- Dolor post-operatorio (17,19).

1.3.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTE DE FRACTURA DE CADERA CON PRÓTESIS TOTAL.

El postoperatorio inmediato se inicia una vez concluida la intervención: abarca las primeras 24 horas. El paciente es conducido a la sala de recuperación postquirúrgica estos cuidados incluyen:

- Recepción e identificación del paciente.
- Comprobación gráfica de anestesia y hoja quirúrgica (tipo de cirugía, tipo de anestesia e incidentes).
- Valoración neurológica, signos de despertar, nivel de sedación, agitación.
- Monitorización funciones cardiológicas y hemodinámicas PA, FC, FR, SatO₂, ECG.
- Administrar oxígeno según requerimientos.
- Control y regulación de la temperatura (con manta térmica).
- Valoración del dolor, administración de la analgesia.

- Acomodar al paciente, manteniendo la postura correcta, evitando la rotación interna + aducción de la cadera.
- Mantener la articulación afectada en postura prescrita y cuerpo alineado.
- Comprobar sensibilidad, pulso, temperatura y movilidad de ambos pies.
- Control y revisión de drenajes y apósitos quirúrgicos.
- Vigilar sangrado en la herida quirúrgica, tanto en el aspecto del apósito como en el contenido del drenaje.
- Administración de la medicación, sueroterapia, y hemoderivados según prescripción.
- Control diuresis y balance de líquidos.
- Apoyo emocional a paciente informándole de donde está, acciones que le vamos a realizar y tiempo de estancia aproximado en la unidad.
- Valoración y control reversión de la anestesia loco-regional.
- En situaciones de emergencia vital, aplicar las reglas básicas de reanimación cardiopulmonar, así como mantener y reponer carro de parada cardiorrespiratoria y carro para manejo de vía aérea difícil (20,21).

1.4. TEORIA DE ENFERMERÍA: VIRGINIA HENDERSON.

A través de su modelo de las 14 necesidades básicas establece un proceso interactivo entre la persona que cuida y la que tiene la necesidad de ayuda, siendo éste considerado como un ser bio-psico-social. El proceso que se establece da la oportunidad a los profesionales de identificar sus valores para la práctica y el rol que deben asumir para realizar el cuidado según las necesidades del otro, es decir, personalizado y humanizado. Este modelo es de gran utilidad en las unidades donde el paciente se encuentra en un estado crítico, ya que, mediante una valoración integral, tomando como

referencia su entorno, la enfermera es capaz de establecer su rol que va desde la ayuda a la suplencia (22).

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería y permite plantear, en el caso de tratamiento quirúrgico, objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. La valoración de enfermería con el enfoque de las catorce necesidades aplicadas a pacientes sometidos a este tipo de tratamiento permite determinar la prioridad de atención en cuanto a la necesidad afectada y a definir las fuentes de dificultad en la dependencia del paciente, para promover que las intervenciones y las formas de suplencia tengan como centro principal la independencia del paciente completando o ejecutando las acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades. Las actividades que el personal de enfermería realiza encaminadas a cubrir las necesidades del paciente, son denominadas por Virginia Henderson como cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos de enfermería se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente, sin embargo, dichas necesidades se modifican en función de dos tipos de factores:

Factores permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, o capacidad física.

Factores variables. Que son estados patológicos como: falta aguda de oxígeno, estados de inconsciencia, lesión local, etc.

Dentro de su teoría Virginia Henderson maneja preceptos básicos.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de acciones que realiza por sí mismo.

Dependencia: Cuando un ser humano es incapaz de satisfacer sus propias necesidades y requiere de la ayuda de los demás estando éste en edad adecuada para satisfacerlas por sí mismo.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente. De estas definiciones se derivaron las 14 necesidades básicas.

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Estos Son:

- Respirar normalmente.
- Alimentarse e hidratarse.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener la higiene y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
- Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
- Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal (23).

Afirmaciones Teóricas de Virginia Henderson.

La relación enfermera-paciente

En esta relación se puede identificar tres niveles de relaciones entre la enfermera y el usuario, que pueden ir de una dependencia mayor a una menor o independiente:

- **La enfermera como sustituta del paciente:** se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **La enfermera como ayudante del paciente:** durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- **La enfermera como compañera del paciente:** fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando al paciente para que él realice su autocuidado, siempre tomando en cuenta la terapéutica que llevará el enfermo.

En esta relación según Henderson en los casos de pacientes muy graves la enfermera sustituye todo lo que paciente necesita para sentirse bien, es temporalmente la conciencia del usuario durante las situaciones de convalecencia, además debe de promover con el usuario su independencia o recuperarla a través de un plan de cuidados según la patología y las características como la edad, carácter, estado anímico, la clase social, nivel cultural y las capacidades físicas e intelectuales que las modifican.

La enfermera como miembro del equipo sanitario. En esta relación la enfermera colabora con los otros miembros de equipo a llevar un programa completo de cuidados, pero no intercambiar funciones, el equipo sanitario completo incluye al usuario y la familia. Las actividades que cada miembro del equipo desarrolla, depende de las necesidades del usuario y varían a medida que el usuario va progresando hacia su independencia, el objetivo es que el usuario realice la mayor cantidad de actividades. En el desarrollo de estas afirmaciones teóricas el personal de enfermería debe crecer y aprender a satisfacer las nuevas necesidades que los usuarios demanden en los diferentes servicios de las unidades de salud.

La relación enfermera- médico.

Virginia Henderson insiste que el trabajo de la enfermera es único y diferente al del médico, para lo cual debe elaborar el plan de cuidados conjuntamente con el usuario, además debe asegurarse que se consiga un plan terapéutico prescrito por el médico.

Henderson hace énfasis en que las enfermeras no deben seguir las órdenes del médico, pues la enfermera cuestiona una filosofía que le permite al médico a dar órdenes al usuario y a otros profesionales. En esta relación la enfermera ayuda al usuario en los problemas de salud cuando los médicos no pueden hacerlo o no están disponibles (24,25).

CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE – EBE

2.1. VALORACION DE ENFERMERÍA

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre	:	T.C.M.
Edad	:	65 años
Sexo	:	Femenino
Religión	:	católico
Estado civil	:	Viuda
Número de hijos	:	3
Grado de Instrucción	:	Profesora
Nacionalidad	:	Peruana
Lugar de nacimiento	:	Arequipa.
Procedencia	:	Arequipa
Con quien vive	:	Con su hija
Fecha de ingreso	:	20/10/2017
Motivo de Hospitalización	:	Por fractura de cadera derecha
Fecha de la intervención	:	21/10/2017
Fecha de valoración	:	21/10/2017}

Motivo de ingreso a sala de operaciones.

Intervención quirúrgica programada para artroplastia total de cadera derecha.

Antecedentes personales.

RAMS: Niega

Hábitos tóxicos: No consume tabaco, alcohol esporádicamente

Medicación habitual: Irbesartan 150mg al día y bromuro de ipratropio 20mg. (2 paf al día).

Antecedentes Patológicos.

Hipertensión Arterial hace 4 años.

Asma bronquial hace 10 años.

2.1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA

Paciente adulta mayor 65 años de edad de sexo femenino; post operada inmediata de 5 minutos, con diagnóstico postoperatorio fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada, bajo los efectos de anestesia epidural más sedación. Enfermera de SOP refiere que paciente recibió 1 paquete globular, durante la cirugía presentó pérdida sanguínea de aproximadamente 700cc. A la entrevista a los familiares: los hijos de la paciente manifiestan “estamos preocupadas por la salud de mi madre, queremos saber cómo respondió a la Cirugía, si la prótesis va quedar bien o no” ya que ella es una persona que siempre le gusta estar en actividad, desean estar con ella.

Paciente se le observa despierta al llamado, con pupilas 2/2, isocóricas, foto reactivas, escala de ALDRETE 5 puntos (actividad motora 1, respiración 1, circulación 1, conciencia 1, SatO₂ 1), con oxigenoterapia en máscara con bolsa de reservorio a 10 litros x', a la auscultación presencia de roncales en ambos campos pulmonares, con movimiento torácico activo, piel fría y pálida, llenado capilar de >2", mucosa oral semihidratadas, con doble vía periférica en ambos miembros superiores (antebrazos) en MSI pasando cloruro de sodio 9°/°° 40 gts x' 500cc por pasar , MSD pasando paquete globular 50cc por pasar (primer paquete globular), así mismo se le observa nauseosa, con facie de dolor, refiere dolor en zona operatoria con escala de Eva 8/10, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidroaereos presente, presencia herida quirúrgica en cadera derecha cubierto con apósito ligeramente húmedos y hemáticos, incisión a nivel de trocánter mayor, con dos drenes Jackson Prat el primero con 30cc y el segundo con 50cc de líquido hemático, presencia de sonda Foley n°12 permeable con orina clara 60 cc/hr.

Funciones vitales: FC: 107 x', FR: 25 x', T°: 36 °C, PA: 150/98mmhg, SatO₂: 92%

Peso: 66 kg, Talla. 1.66.

EXÁMEN DE LABORATORIO

Preoperatorio: (Fecha: 20/10/ 2017)

		Valores normales
• Hemoglobina	:10 gr/dl	:11-14 gr/dl
• Hematocrito	:43.29%	:36-50%
• Plaquetas	:156.000 mm ³	:150000-400 000mcL
• Creatinina	:0.73mg/dl	:0.720 a 1.80 mg/dl
• Glucosa	:100 mg/dl	:70 a 110 mg/dl
• Sodio	:142 mmol/L	:135 - 145 mEq/lt
• Potasio	:3.8 mmol/ L	:3,5-5 mEq/l
• Urea	:20 mg/dl	:10 a 50 mg/dl

Coagulación y sangría.

- Tiempo de sangría :2.30 (0.00:5.00) min seg.
- Tiempo de coagulación :7.00 (0.00:10.00) min seg.
- Grupo sanguíneo : O+.

Perfil Preoperatorio.

- Antígeno Australiano (HBSAG) : No reactivo.
- Investigación de VIH : No reactivo.
- V.D.R. L : No reactivo.

REPORTE OPERATORIO.

- Diagnostico preoperatorio: Fractura de cuello femoral derecho estadio III.
- Diagnostico post-operatorio: Confirmado.
- Operación programada: Artroplastia total de cadera derecha.
- Operación realizada: Artroplastia total de cadera derecha
- Técnica operatoria: Incisión cutánea en el borde posterior del trocánter mayor, disección por planos, extirpación de cartílago dañado, remoción de acetábulo cabeza cuello femoral y se reemplaza por el implante artificial, hemostasia, cierre por planos.

- Tipo de anestesia: Anestesia epidural más sedación.
- Sangrado intraoperatorio: 700CC.
- Tiempo operatorio: Tres horas.
- Conteo de gasas y compresas: Si
- Conteo de instrumental: Si.
- Incidentes intraoperatorias: Ninguno.

TRATAMIENTO POST OPERATORIO (Fecha: 21/10/ 2017).

- NPO
- Dextrosa 5% 1000cc +1amp(H) + 1amp(K) I-II Fco, 40 gts x'
- Ranitidina 50 mg ev c/8h
- Cefalotina 1 g ev c/6h
- Profenid 100mg ev c/8h
- Tramal 100mg condicional al dolor por vía subcutánea.
- Metoclopramida 10mrg ev c/8h
- Captopril 10mg por Vía Sublingual Condicional PA: 150/90
- Administración de oxígeno a 10 litros por minuto en máscara de reservorio.
- Transfusión de segundo paquete globular (300ml)
- Bromuro de ipratropio 2paf c/6
- Nebulizaciones con suero fisiológico (5cc) + fenoterol 3gts c/6h
- Control de sangrado de herida operatoria.
- Sonda Foley permeable.

2.1.2. VALORACIÓN SEGÚN TIPO DE DATOS Y DOMINIOS ALTERADOS.

TIPOS DE DATOS	DOMINIOS ALTERADOS
Datos subjetivos.	Dominio 2: Nutrición. Clase 5. Hidratación.

<p>Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En SOP presento perdida sanguínea de aproximadamente 700cc. • Dren Jackson Prat. • FC: 107 x'. • Mucosa oral semihidratadas. • Apósitos ligeramente húmedos hemáticos. 	<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos y equilibrio electrolítico.</p>
<p>Datos subjetivos.</p> <p>Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reposo absoluto. • Paciente en cama. 	<p>Dominio 3: Eliminación.</p> <p>Clase 2. Función gastrointestinal.</p> <p>Riesgo de estreñimiento</p>
<p>Datos subjetivos.</p> <p>Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Prótesis de cadera derecha. • Por indicación médica paciente en posición dorsal, miembro afectado con rodilla flexionada. 	<p>Dominio 4: Nutrición.</p> <p>Clase 2. Actividad /ejercicio.</p> <p>Deterioro de la movilidad física.</p>
<p>Datos subjetivos.</p> <p>Los hijos de la paciente manifiestan “estamos preocupadas por la salud de mi madre, queremos saber cómo respondió a la cirugía, si la prótesis va quedar bien o no, cuánto tiempo se quedara hospitalizado” ya que ella es una persona que</p>	<p>Dominio 7: Rol / Relaciones.</p> <p>Clase 2. Relaciones familiares.</p>

<p>siempre le gusta estar en actividad, desean estar con ella.</p> <p>Datos objetivos.</p> <p>Familiares expresan en el rostro: tristeza, preocupación, ansiedad.</p>	<p>Interrupción de procesos familiares.</p>
<p>Datos subjetivos.</p> <p>Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herida quirúrgica. • Hb: 10gr/dl. • Dren Jackson Prat (2drenes). • Paciente con sonda Foley # 12. • Vía periférica en ambos antebrazos (abocat # 18). 	<p>Dominio11: Seguridad /Protección.</p> <p>Clase 1. Infección.</p> <p>Riesgo de infección.</p>
<p>Datos subjetivos.</p> <p>Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A la auscultación ruidos roncales en APC. • FC=25 x'. • FC: 107 x'. • SatO2: 92% con ayuda de oxigenoterapia en mascara con bolsa de reservorio 10 Lx' 	<p>Dominio 11: Seguridad /Protección.</p> <p>Clase 2. lesión física.</p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas.</p>
<p>Datos subjetivos.</p> <p>Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <p>Incisión quirúrgica.</p> <p>Drenajes Jackson Prat (2 drenes).</p>	<p>Dominio 11: Seguridad /Protección.</p> <p>Clase 2. Lesión física o daño corporal.</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea.</p>

<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo operatorio:3 horas. • T° de sala de operaciones 24° • T°: 36 °C. • Piel fría. • HB:10 gr/dl 	<p>Dominio 11: Seguridad /Protección.</p> <p>Clase 6. termorregulación. Riesgo de Hipotermia.</p>
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada. Refiere dolor en zona operatoria.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facie de dolor. • Escala de Eva 8/10. • FC: 107 x' • PA: 150/98mmhg 	<p>Dominio 12: Confort.</p> <p>Clase 1: Confort Físico. Dolor agudo.</p>
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensación nauseosa. • Salivación. • Anestesia postquirúrgica. 	<p>Dominio 12: Confort.</p> <p>Clase 1. Confort Físico. Nauseas.</p>

2.1.3. PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

- Dolor agudo R/C traumatismo de los tejidos secundario a intervención quirúrgica E/P por facie de dolor, cambios en presión arterial PA: 150/98mmhg, FC: 107 x', escala de Eva 8/10.
- Nauseas R/C anestesia postquirúrgica M/P sensación nauseosa, Salivación.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones E/V por ruidos roncales en ambos campos pulmonares, FR: 25 x', FC:107 x', SatO2: 92%.
- Deterioro de la integridad cutánea R/C incisión quirúrgica y puntos de drenajes E/V por destrucción de las capas de la piel (presencia de herida quirúrgica).
- Interrupción de los procesos familiares R/C cambio en el estado de salud de un miembro de la familia M/P Manifestación verbal de los familiares (estamos preocupadas por la salud de mi madre).
- Riesgo de hipotermia R/C exposición prolongada al ambiente quirúrgico frío (Tiempo operatorio:3 horas, T° de sala de operaciones 24°), piel fría, T°: 36° C.
- Riesgo de sangrado R/C traumatismo de los tejidos (intervención quirúrgica).
- Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (drenes, sonda Foley, vía periférica).
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos y equilibrio electrolítico R/C pérdida activa de volumen de líquidos (perdida sanguínea de aproximadamente 700cc en SOP + drenes).

2.1.4. ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA Y EBE.

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facie de dolor • Escala de Eva 8/10. • FC: 107 x' • PA: 150/98mmhg. 	<p>Dolor agudo R/C traumatismo de los tejidos secundario a intervención quirúrgica E/P por facie de dolor, cambios en presión arterial PA:150/98mmhg, FC: 107 x', escala de Eva 8/10.</p>	<p>Objetivo general Paciente disminuirá el dolor progresivamente en una hora con la ayuda del equipo de salud.</p> <p>Objetivo específico. Paciente manifestará disminución de signos de dolor, en escala de EVA $\leq 4/10$.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se controla las funciones viales, PA, FC, FR, SatO2. • Se realiza valoración del dolor donde incluye: localización, características, intensidad, frecuencia y duración. • Se valora la intensidad del dolor mediante Escala de EVA. • Se proporciona información acerca del dolor: causas, tiempo que durará, recursos para aliviarlo. • Se Comprueba las indicaciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Se administra analgésicos: Tramal 100mg por vía subcutánea, teniendo en cuenta los 10 correctos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente expresa alivio del dolor en escala de Eva 5/10. • presenta valores normales de signos vitales. • PA: 127/93mmhg • FC: 60-83x' • FR: 12-14x'.

			<ul style="list-style-type: none">• Se administra Profenid 100mg en 100cc de CINA 0,9% c/8h, teniendo en cuenta los 10 correctos.• Se evalúa la eficacia de los analgésicos (Escala EVA) después de cada administración.• Se evalúa respuesta a analgésico y cualquier efecto adverso.• Se brinda un ambiente de confianza a la paciente.• Se brinda confort y comodidad.• Se coloca a la paciente en posición antálgica.• Se realiza registro de enfermería.	
--	--	--	---	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos.</p> <p>Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensación nauseosa • Salivación. • Anestesia postquirúrgica. 	<p>Nauseas R/C anestesia postquirúrgica, M/P sensación nauseosa, Salivación.</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Paciente expresará disminución de sensación nauseosa tras la aplicación de las medidas de apoyo en un lapso de 30 minutos, con ayuda del equipo de salud durante el turno.</p> <p>Objetivo específico.</p> <p>paciente manifestara alivio de las sensaciones nauseosas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se Coloca a la paciente en posición semi fowler. • Se realiza valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la intensidad. • Se Identifican factores que pueden causar o contribuir a las náuseas. • Se le induce a la paciente a oler alcohol en torunda de algodón. • Se administra antiemético según indicación médica, 30 minutos antes de los antibióticos: metoclopramida 10 mg ev c/8h lento y diluido, teniendo en cuenta los 10 correctos. • Se brinda un ambiente de confianza a la paciente. • Se realiza registro de enfermería. 	<p>Paciente refiere alivio de sensación nauseosa, y disminución de salivación.</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A la auscultación ruidos roncantes en APC. • FR: 25 x'. • FC:107 x'. • SatO2: 92% con ayuda de oxigenoterapia en mascara con bolsa de reservorio 10 Lx'. 	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones E/V por ruidos roncantes en ambos campos pulmonares, FR: 25 x',FC:107x', SatO2: 92%.</p>	<p>Objetivo general paciente presentará vía aérea permeable y libre de secreciones.</p> <p>Objetivo específico. Paciente eliminara las secreciones bronquiales manteniendo FR menor a 20 x', SatO2: >=95%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se Coloca a la paciente en posición semi fowler. • Se administra oxígeno en mascara con bolsa reservorio 10 L x'. • Se monitoriza SatO2, características de la FR como frecuencia, ritmo y amplitud. • Se nebuliza a la paciente según prescripción médica: con suero fisiológico (5cc) + fenoterol 3gts c/6h. • Se realiza fisioterapia con vibraciones manuales para ayudar a desprender las secreciones adheridas. • Se administra líquidos según indicación médica. Dextrosa 5% 1000cc +1amp(H) + 1amp(K) 40 gts x'. • Se mantiene preparado el equipo de aspiración en caso fuera necesario. • Se realiza registro de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente elimina secreciones. • A la auscultación murmullo vesicular en APC. • FR: 18x' • SatO2:96% • FC: 80 x'.

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos.</p> <p>Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herida quirúrgica. • Dren Jackson Prat (dos drenes). 	<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C incisión quirúrgica y puntos de drenajes E/V por destrucción de las capas de la piel (presencia de herida quirúrgica).</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Paciente mantendrá herida quirúrgica en evolución favorable con ayuda del equipo de salud durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Objetivo específico.</p> <p>Mantener herida quirúrgica limpia, con apósitos secos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se inspecciona el estado de la incisión quirúrgica. • Se controla y se anota las características de la herida: drenaje, color, tamaño, temperatura. • Se observa apósitos húmedos, se comunica al médico cirujano quien realiza cambio de apósito con estricta medida de bioseguridad. • Se evita fuentes de presión y fricción en la herida. • Se mantiene la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. • Se valora puntos de incisión de drenajes y aspecto de volumen de drenado. • Se realiza registro de enfermería. 	<p>Paciente en continua observación de la herida quirúrgica.</p>

VALORACION	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos.</p> <p>Los hijos de la paciente manifiestan “estamos preocupadas por la salud de mi madre, queremos saber cómo respondió a la Cirugía, si la prótesis va quedar bien o no, cuanto tiempo se quedara hospitalizado” ya que ella es una persona que siempre le gusta estar en actividad y desean estar con ella.</p> <p>Datos objetivos.</p> <p>Familiares expresan en el rostro: tristeza, preocupación, ansiedad.</p>	<p>Interrupción de los procesos familiares R/C cambio en el estado de salud de un miembro de la familia M/P</p> <p>Manifestación verbal de los familiares (estamos preocupadas por la salud de mi madre).</p>	<p>Objetivo general</p> <p>La familia se adaptará y aceptará los cambios del estado de salud de la paciente.</p> <p>Objetivo específico.</p> <p>Familiares manifestaran tranquilidad y colaboraran en el proceso de recuperación de la paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se favorece una relación de confianza con la familia. • Se escucha las inquietudes, sentimientos, dudas y temores de la familia. • Se brinda apoyo emocional a la familia. • Se responde a todas las preguntas de la familia y se les ayuda a obtener respuestas. • Se coordina con el médico tratante para que pueda informar a los familiares respecto a la salud de la paciente. • Se les comunica que la paciente permanecerá aproximadamente 2 horas en la unidad de recuperación. • Se orienta a la familia los cuidados que se le va brindar a la paciente durante su permanencia en URPA. • Se realiza registro de enfermería. 	<p>Familiares refieren haber recibido el informe correspondiente de la paciente y se siente más tranquilos.</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo operatorio:3 horas. • T° de sala de operaciones 24°C. • Piel fría. • T°corporal: 36°C. 	<p>Riesgo de hipotermia R/C exposición prolongada al ambiente quirúrgico frío (Tiempo operatorio:3 horas, T° de sala de operaciones 24°), piel fría, T°:36 ° C.</p>	<p>Objetivo general paciente mantendrá la temperatura corporal dentro de los valores normales con la ayuda del equipo de salud durante el turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se controla la temperatura corporal cada 15 minutos. • Se observe color, humedad y temperatura de la piel. • Se administra oxígeno a alto flujo humidificado y tibio. • Se abriga a la paciente con mantas y cobertores. • Se proporciona Calefacción con estufas. • Se mantiene la temperatura de los dispositivos de calefacción (estufas). • Se administra las soluciones de irrigación IV, con calentador de fluidos. • Se realiza registro de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mantiene temperatura corporal, dentro de los parámetros normales T° =36.8 ° C.

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En SOP presento perdida sanguínea de aproximadamente 700cc. • mucosa oral semihidratadas. • Apósitos ligeramente húmedos hemáticos. • Dren Jackson Prat. 	<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos y equilibrio electrolítico R/C pérdida activa de volumen de líquidos (perdida sanguínea de aproximadamente 700cc en SOP + drenes).</p>	<p>Objetivo general . Paciente mantendrá el equilibrio de líquidos y electrolitos con la ayuda del equipo de salud durante el turno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se monitoriza funciones vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria. • Se valora el estado de hidratación (piel y mucosas). • Se observa características de piel de la paciente: como frialdad, palidez. • Se administra líquidos y electrolitos prescritos. Dextrosa 5% 1000cc +1amp(H) + 1amp(K) 40 gts x'. • Se transfunde una unidad de paquete globular. • Se observa constantemente los apósitos de herida operatoria en busca de sangrado. • Se contabiliza el volumen drenado de dren Jackson Prat. • Se inicia balance hídrico. • Se realiza registro de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mantiene el equilibrio de líquidos. • PA= 120/70, FC=80 x' FR=14 x'. • PAM: 82 mmHg • Piel y mucosas hidratadas. • Los apósitos de herida operatoria se encuentran limpios y secos. • Diuresis: 60 cc/h.

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PALNIFICACIÓN	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos subjetivos. Paciente post operada inmediata de fractura de cadera derecha con prótesis total no cementada.</p> <p>Datos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hb: 10gr/dl. • Dren Jackson Prat. • Paciente con sonda Foley • Vía periférica en ambos antebrazos. 	<p>Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (drenes, sonda foley, vía periférica).</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Paciente se mantendrá sin signos de infección durante su estancia hospitalaria en URPA, con temperatura corporal de 36.5° a 37°.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda cuidados a la paciente, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad en todo momento (lavado de manos, barreras protectoras como mascarilla, mandilón, gorro, guantes). • Se Controla temperatura corporal cada 15 minutos. • Se administra antibióticos según prescripción médica: cefalotina 1gr EV c/6h lento y diluido teniendo en cuenta los 10 correctos. • Se observa la aparición de efectos adversos de los medicamentos. • Se observa apósitos húmedos, se llama al médico cirujano quien realiza cambio de apósito, observando la aparición de enrojecimiento, inflamación, calor y dolor. • Se cambia de TEGADERM en el punto de inserción de vía periférica. • Se mantiene vía periférica permeable, limpia sin signos de flogosis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente Mantiene temperatura 36.8°. • Presenta herida quirúrgica limpia, sin signos de infección.

			<ul style="list-style-type: none">• Se observa constantemente la permeabilidad del dren, y se registra la cantidad y el color de líquido drenado.• Se verifica la permeabilidad de la sonda foley• Se realiza la correcta fijación de la sonda foley evitando la tracción de la misma.• Se mantiene la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.• Se realiza registro de enfermería.	
--	--	--	--	--

CAPITULO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

3.1. CONCLUSIONES.

- La aplicación del PAE en una paciente post operada de artroplastia de cadera, se observa la importancia de una adecuada y correcta elaboración de cada etapa del PAE, por ello el PAE es una herramienta primordial en nuestra labor diaria como profesional, ya que ayuda a la enfermera a elaborar un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, planificado e individualizado.
- En la unidad de recuperación postanestésica, el modelo que más se adecuó a nuestro trabajo fue el modelo de Virginia Henderson, el cual permitió determinar la prioridad de atención en cuanto a la necesidad afectada y plantear objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente postoperado.
- El presente trabajo académico nos permite reconocer el importante papel que cumple el profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico, porque brinda un cuidado especializado demostrando habilidades y destrezas en el manejo de los diferentes procedimientos quirúrgicos, de acuerdo a protocolos establecidos y aplicando principios éticos.

3.2. RECOMENDACIONES.

- La enfermera debe utilizar en su labor diaria, el proceso de atención de enfermería por ser nuestra herramienta científica, para lograr un cuidado eficaz y humanizado en el paciente post-operado de fractura de cadera con artroplastia.
- Elaborar protocolos y formatos, en la unidad de recuperación postanestésica que ayuden a la enfermera a valorar al paciente, basándose en el modelo de Virginia Henderson.
- Se recomienda que en la unidad de recuperación postanestésica laboren enfermeras especialistas en centro quirúrgico, y que se encuentren en continua actualización del cuidado del paciente post operado inmediato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

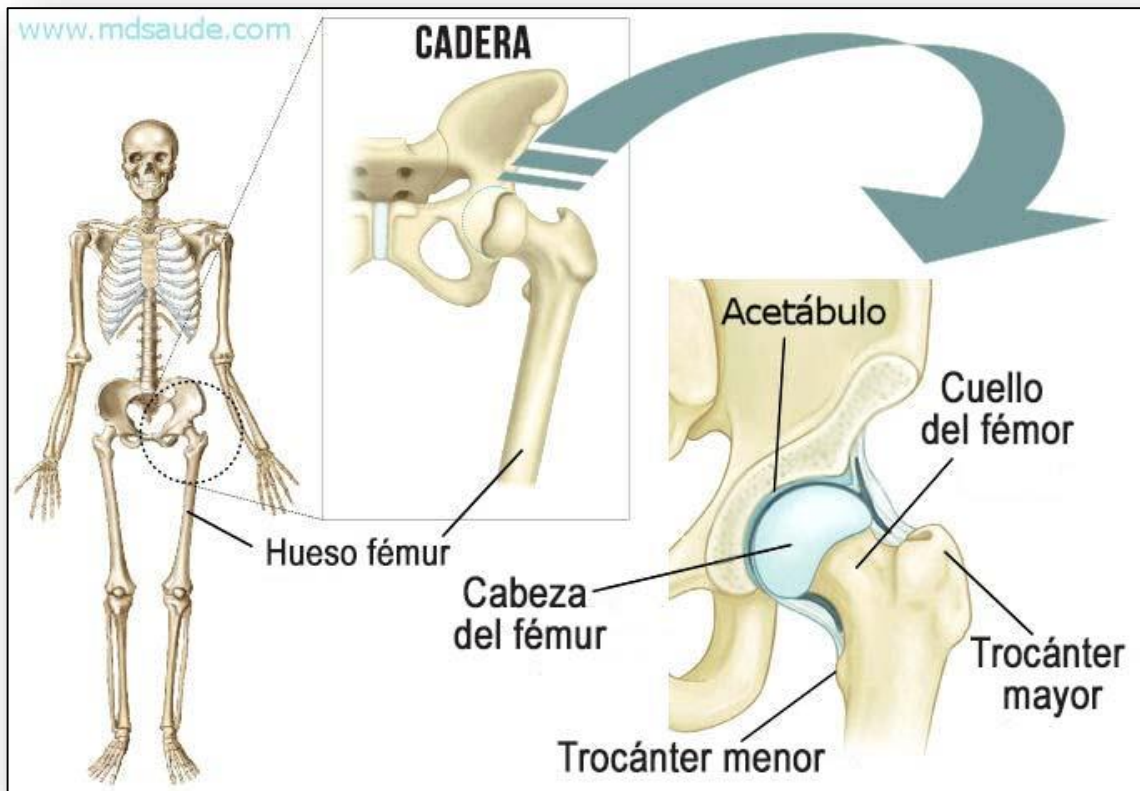
1. Igarashi U, Cirugía: II Cirugía Ortopédica Y Traumatología [en línea]. Lima -Perú: SISBIB;2008. [citado: 14 diciembre 2017]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/>
2. Biomecánica De La Cadera [internet]. biocalistenia [citado 8 diciembre 2017]. Disponible en: <http://biocalistenia.com/biomecanica-de-la-cadera/>
3. Darnault A, Nizard R, Guillemain L. Rehabilitación de la cadera operada [internet]. Elsevier; 2005. [citado 14 diciembre 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/61656563/Rehabilitacion-de-La-Cadera-Operada>
4. Keith L, Arthur F. Anatomía con orientación clínica. 5ª Edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2008 [Citado 26 diciembre 2017]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=9687988894>
5. Anatomía abierta y artroscópica de la cadera [internet]. [citado 28 de noviembre 2017]. Disponible en: <http://amolca.com.co/catalogo/lista-completa/ortopedia-y-traumatolog%C3%ADa>
6. Lesiones De Cadera [internet]. columna y traumatología 2015 [citado 8 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.columnaytraumatologia.com/>
7. Mariblanca S. Plan de cuidados de fractura de cadera. España: Universidad Complutense de Madrid; 2012. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/908/922>
8. Jara P. Fractura de cadera en el paciente mayor y la importancia del papel de la enfermera en la rehabilitación precoz. España: 2014. [Sitio en internet]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/browse>
9. Sánchez M. Caracterización de pacientes con fractura de cadera. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2015. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/03/Sanchez-Stefany.pdf>
10. Muños G.et al. fractura de cadera. Chile: Universidad Austral de Chile; 2017. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art11.pdf>
11. Morales C. Prevalencia de fractura de cadera en adultos mayores hospitalizados en el servicio de traumatología y ortopedia del hospital

- nacional Daniel Alcides Carrión. Lima, Callao: 2014. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/563>
12. Palomino L, Ramírez R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. Acta Médica Peruana, Lima, Perú: 2016. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a04v33n1.pdf>
 13. De La Torre G. Estudio del impacto económico, social y familiar de las fracturas de cadera en nuestro medio. Gran Canaria, España: 2010. [Sitio en internet]. Disponible en: https://acceda.ulpgc.es:8443/bitstream/10553/4538/2/0613062_000000000.pdf
 14. Diagnóstico y tratamiento de fracturas extracapsulares del extremo proximal del fémur. Guía de práctica clínica. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>
 15. Lara D, Traverso C. Estudio descriptivo de la calidad de vida y funcionalidad en Pacientes operados de fractura extracapsular de cadera con DHS en el hospital clínico de la universidad de Chile: 2005. [Sitio en internet]. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/lara_c/sources/lara_c.pdf
 16. Jara p. La fractura de cadera en paciente mayor, la importancia del papel de la enfermera en la rehabilitación precoz. Santgander, España: 2014. [Sitio en internet]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/>
 17. Kotcher Fuller. Instrumentación quirúrgica -principios y práctica. 5ª edición. España: pagina; 834.835, 839.840.841.
 18. Orozco A. Artroplastia Total De Cadera. Guatemala: 2015. [Sitio en internet]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9707.pdf
 19. Hernández A, Murillo M. Reemplazo total de cadera. Bucaramanga. Colombia: 2013. [Sitio en internet]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/salomemartinez/reemplazo-total-de-cadera1>
 20. Dávila G, pastrana A. Cuidado de enfermería en el pre-trans y post operatorio. [Sitio en internet]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/>
 21. Miranda M. Satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de enfermería durante el postoperatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestesia-Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna. Perú: 2014. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/>

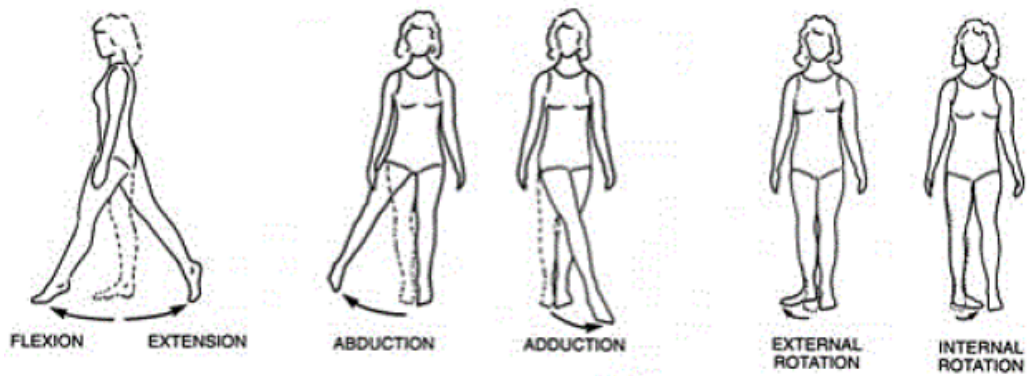
22. Valenzuela A. Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias. Alicante-España: 2015. [sitio en internet]. Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50212/1/tesis_martina_valenzuela_anguita.pdf
23. Ortega v. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. México: 2001. [sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4d.pdf>
24. Valdez R. cuidado de enfermería basado en la teoría de Virginia Henderson sobre las 14 necesidades básicas del usuario. Guatemala:2011. [sitio en internet]. Disponible en:
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/09/02/Valdez-Gabriela.pdf>
25. Hernández M, Frutos M. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. España: Universidad de Valladolid; 2015. [sitio en internet]. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/tfg-h439.pdf>
26. Herdman, Th; Kamitsuru, S. NANDA Internacional, 2015-2017 Diagnósticos Enfermeros, Definición y Clasificación España: Barcelona: El SERVIER; 2015.
27. Gloria M, Howard K, Joanne M, Chryl M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) sexta edición. El SERVIER; 2015.
28. Sue M, Marion J, Meridean L, Elizabeth S. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) quinta edición. El SERVIER.
29. Jescenia T. planes de cuidados de enfermería por patologías médicas. Primera edición. Lima Perú 2013.
30. Mery Bravo Peña-Guía Metodológica de Proceso de Atención de enfermería-Año 2005
31. L.J Carpenito-manual de diagnósticos de enfermería año-2000.

ANEXOS

ANATOMIA DE CADERA.

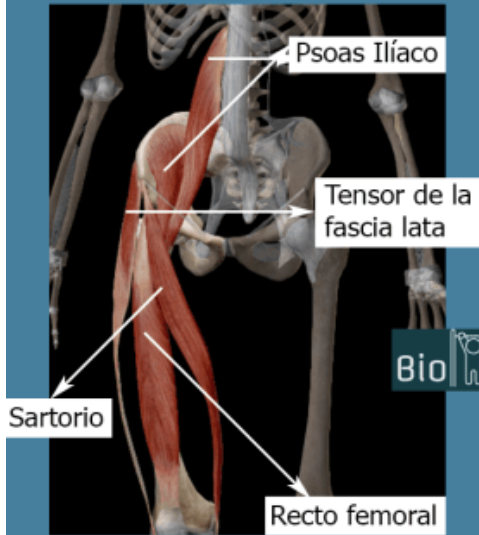


Movimeintos de la articulación Coxofemoral



MÚSCULOS FLEXORES DE CADERA

Músculos Agonistas

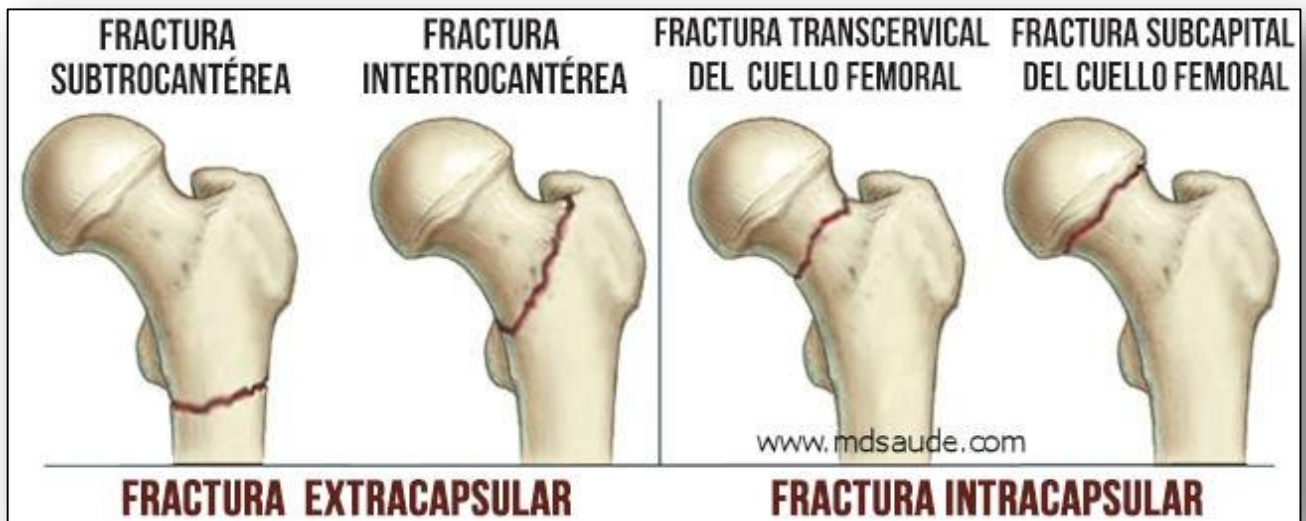


Músculos Sinergistas



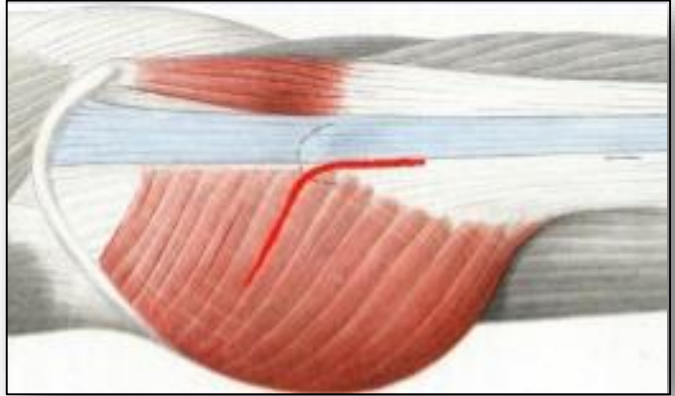
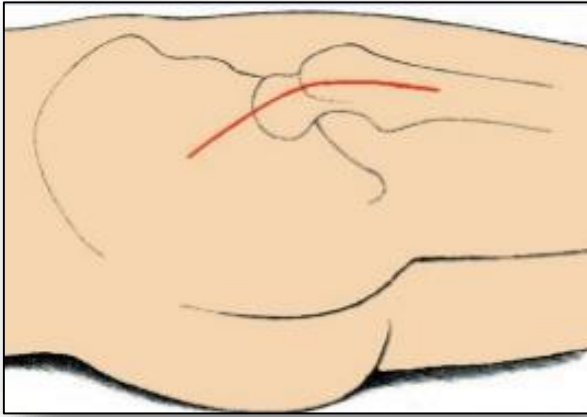
Bio Calistenia

TIPOS DE FRACTUYRA DE CADERA.



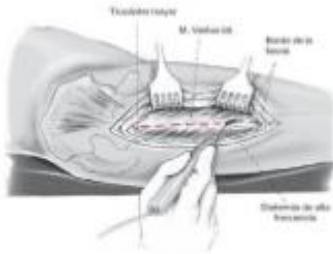
ABORDAJE QUIRÚRGICO.

Abordaje postero-lateral o de Gibson: va por el borde anterior del glúteo mayor



Pasos de la Cirugía de Cadera.

1. Se realiza incisión con bisturí, se separa tejido para extraer la cabeza del fémur.

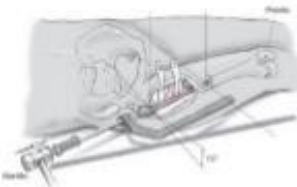


2. Se limpia la cavidad de la cadera llamado acetábulo.

3. Se inserta el componente acetabular.



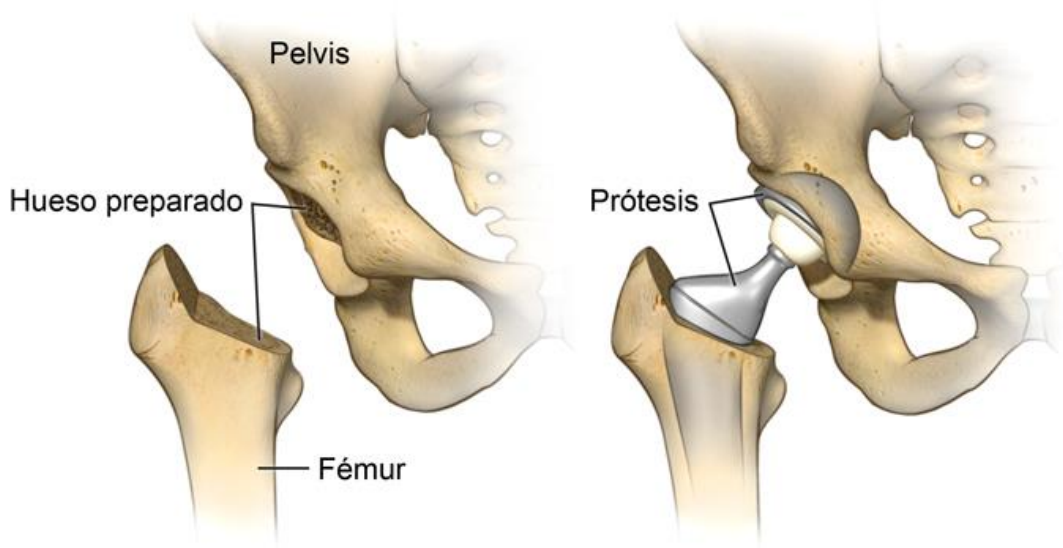
4. Se coloca un soporte en el fémur denominado vástago femoral.



5. Se coloca una cavidad plástica en el componente acetabular y la cabeza en el soporte del fémur.



Reemplazo total de cadera



Descripción.

La articulación artificial de la cadera tiene 4 partes:



- **Una copa.**
- **El inserto.**
- **Una esfera de metal o cerámica.**
- **Un vástago de metal.**