

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST – OPERADOS DE
ARTROPLASTÍA DE CADERA EN EL SERVICIO 4TO. SUR DE
TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA
DEL PERÚ. LIMA. 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

REBECA MARLENE SUSANIBAR VELASQUEZ

Callao - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO SECRETARIA
- DRA. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 139-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 18 de Setiembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
Capítulo I Descripción de la situación, problemática.....	6
Capítulo II Marco Teórico	
2.1.- Antecedentes	
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	9
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	12
2.2.- Bases teóricas.....	16
2.3.- Bases conceptuales.....	20
Capítulo III PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
I. VALORACIÓN.....	30
II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	41
III. PLANIFICACIÓN.....	45
IV. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	56
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

INTRODUCCIÓN

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. (1)

La fractura de cadera es a solución de continuidad ósea en la región de la cabeza, cuello o a nivel del trocánter mayor y menor de la cabeza del fémur. **Se estima que el 50% de éstas afectan el cuello del fémur, el 80% se dan en Mujeres y éstas ocurren principalmente en Adultos Mayores de 55 años, es importante recalcar qué esta patología tiene un 20-30% de mortalidad dentro del primer año posterior a la lesión y que más del 50% será incapaz de reincorporarse a sus actividades de la vida cotidiana. La mayoría de los pacientes que la padecen presentan una patología sistémica asociada, siendo la más frecuente las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, diabetes Mellitus, déficit sensorial, problemas de movilidad O equilibrio. (2)**

La artroplastia de cadera es llevada a cabo para reemplazar total o parcialmente la articulación de la cadera a través de un dispositivo artificial.

El recambio articular es efectivo y seguro reduciendo el dolor y mejorando la función a los pacientes más gravemente incapacitados.

Por lo tanto, constituye uno de los mayores avances terapéuticos en el campo de la cirugía y ortopedia, la mayoría de los pacientes que se someten a esta cirugía y con un tratamiento postquirúrgico adecuado, obtienen buenos resultados funcionales pudiendo por tanto mejorar su calidad de vida como la capacidad para realizar labores domésticas, vuelta al trabajo, integración social y satisfacción con la vida. (3)

Actualmente el Hospital de la Fuerza Aérea del Perú, se encuentra ubicada en la Av. Aramburú s/n. en el Distrito de Miraflores cuenta con 10 pisos en las diferentes áreas de hospitalización y consultorios, atiende a pacientes Militares y/o familiares del personal FAP.

El Servicio del 4to sur de traumatología está comprendido por las especialidades de cirugía cabeza y cuello, oftalmología, cirugía, plástica traumatología y otorrino-laringología.

Se cuenta con 22 camas de hospitalización y bajo la dirección de la Rama Médica, jefa del Departamento de enfermería, Supervisoras de Sección, Jefa de Servicios y Enfermeras Asistenciales. El Presente Informe de Trabajo Académico titulado “Cuidados de Enfermería en pacientes post operados de Artroplastia de Cadera del Servicio 4to sur traumatología del Hospital Central de la Fuerza Aérea Del Perú-2020”. Tiene como objetivo describir los cuidados de Enfermería en pacientes post operados de artroplastia de cadera con la finalidad de prevenir complicaciones y disminuir la estancia hospitalaria, la Re hospitalización y la Morbilidad de los pacientes y así contribuir con una mejor atención al paciente.

El Presente Informe consta de VI capítulos de estudio los cuales se detallan a continuación:

-Descripción de la Situación Problemática

-Marco Teórico

-Presentación del plan de cuidados de un caso Relevante

-Conclusiones

-Recomendaciones

-Referencias Bibliográficas.

CAPITULO I

DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

La Fractura de Cadera es una lesión grave con complicaciones que pueden poner en peligro la vida. Las personas mayores corren un mayor riesgo de fracturarse la cadera porque los huesos tienden a debilitarse con la edad, a mala visión y los problemas de equilibrio que se estiman entre 4,5 a también hacen que las personas mayores tengan más probabilidades de tropezar y caerse, siendo una de las causas más comunes de la fractura de cadera. (4)

La fractura de cadera representa la más seria complicación de la osteoporosis, la cual está además asociada a una considerable morbilidad y excesiva mortalidad. Se proyecta que la población anciana con fractura de cadera para el 2025 será de 2,6 millones, ascendiendo que para el 2050 a cifras que se estiman entre 4,5 a 6,3 millones. (5)

De hecho, por cada 10 fracturas de cadera aproximadamente nueve ocurren en personas mayores de 60 años, cada un año unas 300,000 personas, La mayoría de ellos mayores de 65 años se fracturan la cadera. Adicionalmente este problema Suele sucederle con mayor frecuencia a las Mujeres que a los hombres, debido a que el sexo femenino tiene más probabilidades de sufrir de osteoporosis. (6)

La artroplastia de cadera ha sido uno de los hitos o avances más importantes de la cirugía ortopédica a lo largo de su historia, el reemplazo de cadera conocido con el término Médico como artroplastia de cadera, consiste en la cirugía que busca reemplazar total o parcial la articulación de la cadera con un implante artificial llamado prótesis.

Años atrás se utilizaba esta cirugía en personas mayores y la patología más frecuente era la fractura. Actualmente con el avance de la Medicina esto ha cambiado, hoy se les puede realizar en pacientes desde los 18 años, lo que aumenta el uso de las mismas. (7)

El número de artroplastias totales de cadera ha ido en incremento durante la última década como demuestra un estudio en Estados Unidos, con casi 800,000 procedimientos en el 2006, este tipo de tratamiento se considera que tiene una sobrevivencia que va de 10 a 23 años en un 75-98% de los procedimientos por lo que se considera un adecuado tratamiento para disminuir el Dolor y promover la funcionalidad de los pacientes. (8)

Las fracturas de cadera en diferentes regiones continentales a las poblaciones proyectadas en 1990 y 2050, se ha estimado que el número de fracturas de cadera aumentará de 1,6 millones por año en 1990, a 6.20 millones por año para el 2050.

Este aumento significativo de la incidencia de fractura de cadera en la población mundial, se verá acompañado de un cambio en la distribución porcentual de fractura de cadera en los diferentes continentes. (9) Actualmente, solo en Estados Unidos se realizaron casi 400.00 intervenciones de prótesis de cadera al año, estimándose que se realizarán alrededor de 653.00 durante el año 2030. A pesar de ser una cirugía Mayor, la tasa de éxito es muy elevada, aunque no carece de complicaciones. (10)

Aproximadamente 50,000 Fracturas de cadera ocurren en España cada año, y cuestan más del 2,5% del gasto total de Salud. (11) En Colombia se ha reportado una cifra anual en mujeres de 8000 a 10,000 Fractura de cadera, siendo la osteoporosis el principal factor de riesgo detectado en el grupo de mujeres mayores de 60 años. En

pacientes mayores de 65 años este tipo de fractura se ha asociado con problemas de movilidad, aumento de la Morbilidad-Mortalidad y pérdida de la independencia. (12) En Chile el 9,5% de mayores de 60 años ha sufrido una fractura de cadera. (13) En el Perú se calcula que el 12-16% de Mujeres Peruanas mayores de 50 años sufrirá una fractura de cadera al año.

Las Estadísticas Poblacionales proyectan que habrá 7,5 millones de mujeres de 50 años o más en el año 2050. Por lo tanto, se estimaría que entre 900,000 y 1,2 millones de mujeres de 50 años o más podrían sufrir una fractura de cadera en el año 2050. (14)

En el Perú las Enfermedades Degenerativas aumentan con el aumento de la expectativa de vida. De estas Enfermedades las que afectan el Aparato Locomotor son las que invalidan al paciente físicamente, convirtiéndolo en alguien dependiente para su Movilización y actividades diarias.

En Lima el Hospital Arzobispo Loayza es el que realiza el mayor número de atenciones Ambulatorias en traumatología y asimismo el que realiza mayor cantidad de cirugías de esta especialidad. Es así que realiza más de 959 cirugías al año de las cuáles el 23% (221 cirugías) corresponden a artroplastia de cadera. Es así hasta fines del mes de septiembre del 2019 se alcanzó hasta 169 pacientes con indicación para realizarse cirugía de colocación de prótesis, de estos pacientes 99 tienen el diagnóstico de artrosis de cadera. (15)

En el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú en el año 2019, la población atendida en el Servicio de Traumatología fue de 400 pacientes post operados de Fractura de Cadera, de los cuales 150 pacientes fueron operados de Artroplastia de Cadera; donde el promedio de edad con mayor ingreso fue de 25-64 (49%)

predominando los hombres, seguido de mayores de 65 años (32%) predominando las Mujeres.

Se atiende a pacientes con fractura de cadera, que son sometidos a cirugía. Son pacientes en su mayoría mayores de 60 años que se les brinda cuidados que van dirigidos a satisfacer necesidades básicas como: Dolor, Movilidad, Seguridad, Alimentación, complicaciones Nosocomiales o incorporación a su entorno familiar, culminando con el Alta. Sin embargo, en el Servicio de Traumatología 4to sur del hospital de la Fuerza Aérea del Perú, no cuenta con protocolos de Atención de Enfermería para el cuidado de pacientes post operadas de Artroplastia de cadera. Por este motivo es de mucha importancia la elaboración de un manual de Protocolo de Atención de enfermería para mejorar la calidad de atención en el servicio, por ser la artroplastia de cadera un procedimiento quirúrgico recuente en el Servicio. Asimismo, ayudara a los Profesionales de Enfermería a brindar una Atención objetiva veraz y oportuna, permitiendo la continuidad del cuidado, para evitar complicaciones de Morbilidad. Además, nos permitirá unificar criterios de esa manera poder trabajar con el mismo objetivo de garantizar una recuperación óptima del paciente Postquirúrgico.

2.1 Antecedentes Internacionales

- POVEDA CALVO, J (2019), en su estudio “Plan de cuidados de enfermería en pacientes con fractura de cadera”. España.

OBJETIVOS:

Sistematizar los cuidados de enfermería que recibe un paciente que precise una intervención quirúrgica para colocación de material de osteosíntesis tras sufrir una fractura de cadera tras sufrir una fractura de cadera, de tal forma que todo profesional de enfermería pueda disponer de un instrumento que optimiza los cuidados y evite cualquier posible complicación.

METODOLOGÍA:

Se ha basado el plan de un paciente sometido a una Intervención Quirúrgica de colocación de material de osteosíntesis, tras una fractura de cadera. Para ello se realizó una valoración integral del paciente, basándose en las 14 necesidades de Virginia Henderson y tras analizarlas una a una, se observó cuáles de ellos estaban alterados. Para la sistematización del plan de cuidados, se hizo una taxonomía NANDA con el fin de poder formular cada uno de los diagnósticos de enfermería, en función de la necesidad alterada.

RESULTADOS:

Logró unificar los criterios de actuación por parte de Enfermería, utilizando un instrumento que optimiza los cuidados y evita cualquier complicación.

CONCLUSIONES:

La realización de una buena valoración integral y la importancia de crear un plan de cuidados de Enfermería estandarizado y protocolizado

para un paciente que va a ser intervenido de fractura de cadera, no solo permite un control exhaustivo en el pre operatorio, sino también en el post operatorio, unificando las intervenciones y cuidados de enfermería en las unidades de ortogeriatría.

Es indispensable una correcta educación sanitaria tanto del paciente como de los cuidados en relación a la importancia de la adherencia terapéutica al alta, la alimentación y la movilización adecuada para disminuir las posibles complicaciones post – quirúrgicas, mejorar el control del dolor y garantizar una mejor autonomía en el domicilio. (16)

- HORMAECHEA BOLADO, L. (2018), en su estudio “Desarrollo e implementación de una guía clínica para el manejo perioperatorio de los pacientes ingresados con Fx. de cadera en un hospital de tercer nivel”. (Madrid – España).

OBJETIVO:

Ha sido desarrollar una guía clínica intrahospitalaria para el manejo de los pacientes que ingresen con fractura de cadera, adaptada a las características de nuestro entorno, en donde se expondrán de manera clara y concisa los cuidados perioperatorios necesarios para que el paciente pueda ser intervenido en las mejores condiciones posibles y tengan una recuperación adecuada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio realizado en 407 pacientes divididos en tres grupos: Grupo control que consistió en un estudio retrospectivo con 88 pacientes para conocer el alcance del problema y las áreas de mejora, El Segundo grupo piloto es un estudio prospectivo de 112 partes realizado tras el desarrollo de una guía de manejo perioperatorio de estas pacientes y El Tercer grupo denominado grupo intervención consta de 207 pacientes

en un estudio prospectivo en donde se valoró la implementación de una guía clínica dentro del hospital y la nueva distribución de los quirófanos asignados al servicio de Traumatología, habilitándose el uso específico para el tratamiento de las fracturas.

RESULTADOS:

Las características de los pacientes para los 3 grupos fueron similares en edad, sexo, grado de riesgo anestésico y comorbilidades asociadas, la proporción de pacientes que estaba en tratamiento crónico con algún fármaco que altera la hemostasia también fue similar en los 3 grupos. La demora quirúrgica pasó de una mediana de 6 días en el grupo control, de 4 días en el grupo piloto y 3 días en el grupo intervención. La tasa de transfusión disminuyó del 68.87% del grupo control al 44.55% del grupo piloto y al 49.51% en el grupo intervención.

La tasa de reingreso osciló desde el 23.17% en el grupo control al 17.59% en el grupo piloto y al 6.70% en el grupo intervención.

CONCLUSIÓN:

La implantación de una guía para el manejo de los pacientes con fractura de cadera donde se unifiquen los criterios relacionados con el tratamiento perioperatorio de los fármacos antiagregantes y anticoagulantes, la anemia y la terapia trans funcional ha logrado mejorar los resultados de este proceso, reduciendo la demora quirúrgica y con ello se ha conseguido una gestión más eficiente reduciendo el consumo de recursos y como consecuencia el gasto sanitario.

- En nuestro Servicio Cuarto Sur de traumatología se está implementando un plan de cuidados estandarizados para los pacientes post operados de Artroplastia de Cadera. (17)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

- CÁRDENAS AGÜERO, E. (2017), en su estudio “Cuidados de enfermería en pacientes de Artroplastia de cadera en sala de operaciones del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú Luis Nicario Sáenz”. Callao – Perú.

OBJETIVO:

Describir los cuidados de enfermería en pacientes de artroplastia de cadera en sala de operaciones del Hospital Nacional, Policía Nacional del Perú Luis Nicario Sáenz en el 2016.

METODOLOGÍA:

La recolección de datos se realizó de las estadísticas del centro quirúrgico del Hospital PNP Luis N. Sáenz y del cuaderno de registros de las intervenciones quirúrgicas.

RESULTADOS:

- Durante el año 2016 se realizaron 123 cirugías de cadera, correspondiendo al 7% del total de cirugías de traumatología.
- De los 123 pacientes operados de artroplastia de cadera, el 74% fueron pacientes de más de 60 años, el 20% fueron pacientes de 50 a 60 años y el 7% fueron menores de 50 años.
- En relación de los pacientes operados de artroplastia de cadera el 69% fueron pacientes mujeres y el 31% fueron pacientes varones.

CONCLUSIONES:

- El mayor porcentaje de cuidados de enfermería corresponden a la recepción del paciente, apoyo emocional, información al paciente, proporcionar un ambiente operatorio adecuado,

proveer del instrumental, dispositivos médicos e insumos para la cirugía y colocación de apósitos en herida operatoria.

- Dada la complejidad de la operación de artroplastia de cadera y la prevalencia de pacientes mayores (el 74% fueron pacientes mayores de 60 años) es indispensable la estandarización de las actividades de enfermería en sala de operaciones.
- En el Servicio Cuarto de Traumatología, se brindó cuidados de Enfermería a pacientes post – operadas de artroplastia solo de sexo femenino (18)
- SAUL LEONARDO, MATEO. (2017) en su estudio: “Proceso de cuidado enfermero en paciente con artroplastia de cadera”. Lima – Perú.

OBJETIVO:

Es sistematizar los cuidados de enfermería a pacientes en el post operatorio de Artroplastia de cadera por fractura, contribuyendo a la recuperación y evitar complicaciones.

METODOLOGÍA:

Se usó el método científico para la identificación de las necesidades. 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, es un método flexible, adaptable y aplicable en todas las situaciones.

RESULTADOS:

La sistematización de un plan de cuidados para los pacientes post operados de artroplastia de cadera es fundamental para unificar criterios, mejorar los registros de Enf., reducir el número de errores en la práctica y favorecer el desarrollo profesional.

CONCLUSIONES:

- Es de suma importancia utilizar una teoría de enfermería en nuestra valorización y ejecución de los cuidados, ello asegura si nuestros cuidados son de calidad y así cumplir las normas y estatutos definidos por el Colegio de Enfermeras del Perú.
 - Los cuidados de Enfermería deben basarse es una taxonomía NANDA NEC. NUO con ello podemos hablar de un cuidado de calidad.
 - 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.
 - Se aplicó los cuidados de Enfermería aplicando la Taxonomía Nanda (NIC – NOC) en las pacientes post operadas de artroplastia de cadera (19)
-
- HERRERA VILLANUEVA, Y. (2018), en su estudio: “Cuidados de enfermería en pacientes post operados inmediato de fractura de cadera en el servicio de recuperación de la clínica Padre Luiz Tezza”, Lima – Perú.

OBJETIVO:

Prevenir complicaciones post operatorias inmediatos y favorecer la recuperación del paciente mediante un cuidado especializado y humanizado.

METODOLOGÍA:

Se practicó 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.

RESULTADO:

Su ejecución permite a la Enfermera Especialista en centro quirúrgico, brindar un cuidado holístico e integral a paciente.

CONCLUSIONES:

- La aplicación del PAE en una paciente post operada de Artroplastía 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, planificando e individualizando.
- En la unidad de recuperación post anestésica, el modelo que más se adecuó a nuestro trabajo fue el modelo de Virginia Henderson, el cual permitió determinar la prioridad de atención en cuanto a la necesidad afectada y plantear objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente post – operado.
- 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. (20)

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 Teoría de Enfermería

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo central para la actuación enfermera. Virginia Henderson considera que el papel fundamental de la Enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlos en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo. De este modo, Enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida.

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 este 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.

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de la Enfermería y permite plantear en el caso del tratamiento quirúrgico, objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. Asimismo, 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 que las intervenciones y las formas de suplencia tengan como centro principal la independencia del paciente ejecutando las XXXXX 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.

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 este en edad adecuada para satisfacerla por sí mismo.

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. Estas son:

- Respirar normalmente
- Alimentarse o 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.

AFIRMACIONES TEÓRICAS DE VIRGINIA HENDERSON

1. 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.

2. 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.

3. La Enfermera como ayudante del paciente:

Durante los períodos de convalecencia la Enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

4. 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 en enfermo. En esta relación en los casos de pacientes muy graves, la enfermera sustituye todo lo que el paciente necesita para sentirse bien, es temporalmente la conciencia del usuario durante las situaciones de convalecencia, además debe 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.

5. La Enfermera como miembro del equipo sanitario:

En esta relación la enfermera colabora con los otros miembros del equipo a llevar un programa completo de cuidados, pero no intercambiar funciones. Las actividades que cada miembro del equipo desarrolla, depende de las necesidades del usuario.

En el desarrollo de estas afirmaciones teóricas, el personal de Enfermería debe crear y aprender a satisfacer las nuevas necesidades que los usuarios demanden en los diferentes servicios de las unidades de salud.

De este modo se identifican aquellos datos de interés para conocer la situación de dependencia que presenta el individuo en relación con las 14 necesidades básicas establecidas por el modelo conceptual, siendo estos los siguientes:

1. VALORACIÓN. - Se realiza una valoración de las necesidades del paciente, implica la recogida de datos y su correspondiente validación.
2. DIAGNÓSTICO. - Fase de interpretación de los resultados obtenidos durante la valoración, se extraen conclusiones en base a los datos recogidos.
3. PLANIFICACIÓN. - Se establece con el paciente los objetivos o metas a alcanzar, se establecen las acciones del cuidador en función de la fuente de dificultad que presente el paciente de este modo la persona cuidadora establecerá ayuda en función del tipo de cuidado a realizar.
4. EJECUCIÓN. - Consiste en ejecutar los cuidados, reevaluar al paciente y comunicar las estrategias de Enfermería.
5. EVALUACIÓN. - Se recogen datos para conocer si se han alcanzado los objetivos. (21)

2.3 BASE CONCEPTUAL

2.3.1 Fractura de cadera

A. Definición:

Se define como una interrupción de la continuidad, o sea que ocurre en el fémur proximal intracapsular (afectando al cuello y cabeza del fémur) o extracapsular, (afectando la región Trocantérica y subcontratérica), siendo la población de edad avanzada la más afectada con una morbilidad y mortalidad significativa.

B. Clínica:

Dolor en la región Inguinal, incapacidad funcional, acortamiento del miembro afectado con flexión de rodilla, rotación externa de la extremidad, crepitación del foco de fractura. En casos excepcionales, el paciente con fractura de cadera puede deambular con normalidad y solo referir un vago dolor en sus nalgas, rodillas, muslo, ingle o espalda. Estos pacientes con frecuencia no refieren el antecedente de traumatismo, sobre todo cuando padecen un grado de deterioro cognitivo. Además, pueden tener lesiones adicionales como laceraciones de piel y cuero cabelludo, esguinces, etc. Que tienden a enmascarar la patología de cadera. (22).

C. Clasificación:

Fracturas de Fémur Proximal:

➤ Fracturas Intracapsulares o del cuello femoral

- a) Subcapitales: muy próximas a la superficie cartilaginosa de la cabeza femoral o incluso afectándola
- b) Transcervicales: dentro de la cápsula pero en el propio cuello.
- c) Base Cervicales: en la base del cuello femoral.

- Fracturas extracapsulares o trocantéricas
- a) Fracturas inter trocantéricas
- b) Fracturas sub trocantéricas

Fracturas de cabeza femoral:

Las fracturas de cabeza femoral son poco frecuentes, se asocian a luxación de cadera, generalmente son secundarias a mecanismos de alta energía y que requieren reducción temprana de la articulación, fueron descritas por Birkett y Pipkin que las clasificaron en cuatro grados:

- Tipo I: luxación posterior de cadera y fractura de cabeza femoral por debajo de la fórea.
- Tipo II: luxación posterior de cadera con fractura de cabeza femoral por sobre la fórea.
- Tipo III: Tipo I o Tipo II con fractura del cuello femoral asociada.
- Tipo IV: Tipo I, Tipo II o III asociada a fractura de acetábulo.

Fracturas de acetábulo:

Son fracturas con poca incidencia y se asocian a mecanismos de alta energía como accidentes de tránsito o caídas de altura. El tratamiento estándar para las fracturas desplazadas del acetábulo es la reducción abierta y la fijación interna.

Fracturas del cuello femoral:

Las fracturas del cuello femoral se clasifican según el sistema Garden que las clasifica en 4 tipos:

- Tipo 1: El cuello se ha impactado dentro de la cabeza femoral en posición de valgo.
- Tipo 2: Es una fractura no desplazada y no impactada.

- Tipo 3: Es una que presenta desplazamiento en menos del 50% del ancho del cuello.
- Tipo 4: Se desplaza más del 50%, en general las causas se deben a caídas en pacientes mayores, una fractura un hueso osteoporótico o fractura en hueso patológico, además otras causas son por impactos de alta frecuencia, las fracturas del cuello femoral son fracturas intracapsulares que comprometen la irrigación de la cabeza femoral y su viabilidad va a depender del grado de desplazamiento de los fragmentos, por lo tanto, mientras más desplazados, mayor riesgo de necrosis.

D. Causas:

Las patologías más frecuentes son Osteoporosis (90%), desnutrición (65%), diabetes mellitus (50%), hipertensión arterial sistémica (48%), Aroc (44.7%), artrosis (43%), anemia (31%) e infección de vías urinarias (27%). La fractura de cadera es 2 a 3 veces más frecuente en la mujer, aunque la tasa de mortalidad en el primer año de la fractura es mayor en el hombre en 26%.

E. Mecanismo:

Los mecanismos más frecuentes son las caídas a nivel de superficie de sustentación (80%), de altura (5%), de transporte público (5%), de la cama (3%), silla (2%) y otras 5%. En pacientes jóvenes generalmente es por accidentes de alta energía.

F. Diagnóstico:

El diagnóstico de la fractura de la cadera suele establecerse con un buen examen físico, la historia del paciente y el examen radiológico. Cerca del 15% de las fracturas de cadera son no desplazadas y en ellas los cambios radiográficos son mínimos. En alrededor del 1% de

los casos la fractura no será visible en la Rx simple, por lo tanto, se requerirá de un estudio adicional, en caso de duda diagnóstica se puede solicitar un estudio radiográfico anteroposterior con la cadera en rotación interna, unos 15 – 20°, con lo que se obtendrá una imagen óptima del cuello femoral. Si el estudio radiográfico no evidencia el riesgo de fractura, pero los hallazgos clínicos apoyan el diagnóstico de fractura de cadera, resulta apropiado un estudio adicional con resonancia magnética.

G. Tratamiento:

- Tratamiento conservador. - tiene resultados muy pobres, provoca persistencia del dolor, es causa de dependencia y requiere una estancia hospitalaria prolongada.

Algunas guías especifican las excepciones, situaciones en las que puede optar por este plan terapéutico:

- ❖ Paciente con esperanza de vida muy corta y que no van a recibir ningún beneficio o el riesgo sea mayor con una intervención quirúrgica, pacientes inmovilizados, pacientes con fracturas de cadera sub agudas que presentan signos de consolidación, pacientes que no quieren ser operados, exista contraindicación médica para la cirugía.
- ❖ Tratamiento quirúrgico. - Todas las guías recomiendan realizar una intervención quirúrgica temprana, algunas en las primeras 24 horas, 24 a 36 horas o 48 horas, los procedimientos son:
 - Fijación interna: consiste en fijar los huesos fracturados con tornillos, varillas o placas quirúrgicas.
 - La artroplastia: consiste en reemplazar parte o toda la articulación con partes protésicas. (23).

2.3.2 Artroplastía De Cadera

A. Definición

Es un procedimiento quirúrgico en el que sustituye total o parcialmente la articulación afectada por una prótesis para un rápido establecimiento de la funcionalidad. Se puede colocar una prótesis total o realizar una homiartroplastía. Elegir una u otra técnica, dependerá del nivel funcional previo del paciente y de su esperanza de vida.

El recambio articular es seguro y efectivo, mejorando la calidad de vida, reduciendo el dolor y mejorando la función en los pacientes más severamente incapacitados.

Si la intervención quirúrgica es una artroplastia total de cadera, se sustituye tanto el componente femoral como el acetabular.

B. Indicaciones para reemplazo total de cadera:

- La indicación principal es la artrosis en etapa avanzada.
- La artrosis post traumática secundaria fracturas y/o luxación del acetábulo y fémur proximal.
- La osteonecrosis con colapso segmentario de la cabeza del fémur.
- Las fracturas desplazadas del cuello del fémur en pacientes mayores de 60 años.
- Indicaciones menos frecuentes: temores primarios o metastásicos de la articulación de la cadera y secuela de artritis post infecciosa.

C. Contraindicaciones:

Intoxicación actual de la cadera, pérdida de musculatura, compromiso neuro muscular, piel insuficiente, maleabilidad del hueso, obesidad mórbida, cáncer metastásico.

D. Tipos de Artroplastía 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 del fémur.

E. Artroplastía parcial:

Estas prótesis sustituyen solo la cabeza del fémur dejándose la cavidad acetabular íntegra. Esta prótesis se suele utilizar solo en casos de fracturas que afecten el cuello del fémur y que no son posibles o recomendables de reconstruir.

F. Complicaciones Post – Operatorias:

- A corto plazo: Se presentan en aproximadamente el 50% de los pacientes dentro de los primeros 30 a 90 días postquirúrgicos, entre ellos tenemos: trombo embolia venosa, delirio, úlceras por presión, infecciones del tracto urinario y del sitio quirúrgico, insuficiencia renal aguda, neumonía, síndrome de distrés respiratorio y eventos cardiovasculares, dolor y anemia, osteomielitis, dislocación de prótesis, hemorragia, aflojamiento de prótesis.
- A largo plazo: Afección del del estado funcional, fracturas secundarias y mortalidad. (24)

2.3.3 Cuidados de Enfermería en Artroplastía de cadera

A. Pre – operatorio: Comprende el tiempo que transcurre desde que se decide practicar una intervención quirúrgica hasta el momento de traslado del paciente al quirófano inicio de la operación.

- Acudir a estadística para que se le entregue la historia clínica completa. Identificar al paciente: Nombre y apellido, historia clínica, edad, sexo, habitación.
- Ingresar al servicio 24 horas antes de la cirugía.
- Ubicar al paciente en la habitación correspondiente.
- Verificar exámenes pre – quirúrgicos o específicos para el paciente, radiografías, electro cardiogramas, Rx, cardiológicos y riesgo neumológico.
- Exámenes de laboratorio: hemograma, velocidad de sedimentación, glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, hemoglobina, tiempo de coagulación y sangría, examen de orina.
- Apoyo de sangre, consentimientos informados para la cirugía.
- Anotaciones de enfermería
- Control de signos vitales, cumplir con órdenes médicas.
- Control de peso
- Solicitar al paciente que se retire prótesis, lentes de contacto, joyas.
- Colocar y/o verificar vía intravenosa

- Baño general
- Ayunas desde la noche anterior
- Enema geriátrico un día anterior a la cirugía por la tarde.
- El día de la cirugía: retiro de prendas de vestir y colocación de ropa de sala de operaciones, vendaje de miembro inferior no afectado, verificar el no uso de esmalte de uñas.
- Administrar pre- modificación si lo tuviera indicado por anestesiología.
- Preparación psicológica por la enfermera, brindar apoyo e información al paciente y familiar.
- Llevar al paciente a sala de operaciones en cama, con Historia Clínica, y/o antibiótico si es indicado por su médico.

B. Post – operatorio: Se clasifica en:

* Post – operatorio inmediato: Se inicia una vez concluida la intervención, abarca las 24 a 48 horas. El paciente es conducido a la sala de recuperación post quirúrgica, donde el equipo especializado controla sus funciones vitales de forma continua donde disponen de un protocolo específico.

* Post – operatorio mediano: Equivale 72 horas y más, hasta el día en que es dado de alta. (25)

- Recepción del paciente (hora que el paciente vuelve a la unidad)
- Valoración y control de signos vitales.
- Valorar el estado neurológico incluyendo el estado de conciencia y los movimientos de las extremidades.
- Valorar la herida, apósitos, por posibles sangrados
- Valorar el color y la apariencia de la piel.
- Valorar el estado urinario.
- Comprobar y mantener miembros inferiores en abducción con el triángulo.
- Comprobar las infusiones, comprobar el tipo de volumen, anotar la cantidad del líquido restante y anotar el ritmo de la infusión.
- Valorar el nivel de dolor y malestar.
- Anotar la última dosis y el tipo de control para el dolor.
- Anotar la intensidad actual del dolor.
- Revisión de indicaciones médicas.
- Aplicación de medicamentos (analgésicos, anticoagulantes y antibióticos)
- Asistir al personal médico en la curación de la herida operatoria o cambios de apósito, observar y registrar características de la misma.
- Examinar extremidad afectada (color, llenado capilar, enemas, pulsos distales)
- Aplicar medidas de prevención de luxaciones.
- Observar y verificar la presencia de procedimientos invasivos como la venopunción por posibles obstrucciones o infiltrados, así como la solución que se administra.
- Valorar la aparición de náuseas y vómitos.
- Proporcionar y enseñar al paciente posturas antiálgicas, para que pueda colaborar en su movilización en cama.
- Realizar cuidados de drenajes: tipos, permeabilidad y fijación de los mismos, así como la cantidad y el aspecto del líquido drenado.

- Valorar y registrar la cantidad y el aspecto drenado de tallas vesicales, sondas rectales y nasogástricas.
- Movilización en bloque las primeras 24 horas.
- Verificar la presencia de ruidos intestinales.
- Iniciar tolerancia de forma progresiva.
- Administrar tratamiento pre – escrito.
- Mantener y fomentar el bienestar y confort.
- Control de funciones vitales.
- Ayudar progresivamente a la incorporación elevando la cabecera a 90 grados hasta que tolere el primer día.
- Sentarlo al borde de la cama al segundo día.
- Levantarlo a la silla el tercer día.
- Brindar apoyo físico.
- Información de posibles complicaciones.
- Trabajo conjunto con terapia física, respiratoria y ortopédica para la atención del paciente. (26)

CAPITULO III

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I VALORACION

1.1 DATOS DE FILIACIÓN:

Paciente:	Rosa Laycunza Bardales
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Casada
Edad:	88 años
Fecha de Nacimiento:	10/05/1931
Fecha de ingreso al servicio:	04/01/2020
Historia Clínica:	1087 662-C

1.2 MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente adulta mayor ingresa el 04/01/2020, tras presentar: Dolor, Impotencia Funcional, Equimosis, Rotación Externa y Acortamiento del Miembro Inferior Izquierdo hace dos días.

1.3 ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente post - operada de artroplastia de cadera izquierda bajo efectos de anestesia Epidural más sedación. Enfermera de sala de operaciones refiere que la paciente recibió un paquete globular durante la cirugía, presentó pérdida sanguínea de aproximadamente 700cc. Al 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, SatO2 1), con oxigenoterapia con bolsa de reservorio a 10 litros, a la

auscultación con presencia de roncales en ambos campos pulmonares, con movimiento torácico activo, piel fría y pálida, llenado capilar >2', mucosa oral semihidratadas, con doble vía periférica en ambos miembros superiores, en miembro superior izquierdo pasando Cloruro de Sodio 9/1000 con 3 ampollas de Ketoprofeno de 100 mg a XV gotas, en miembro superior derecho pasando paquete globular a XX gotas por minuto con temperatura de 38.5 °C. Así mismo se le observa Náuseosa, con dolor en zona operatoria con escala de EVA 8/10.

Presenta Abdomen blando-depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes. Herida Quirúrgica en cadera izquierda cubierta con apósito ligeramente húmeda y hemáticos, incisión a nivel de trocánter con dos drenes (Jackson Pratt) el primero con 20cc y el segundo con 50cc de líquido hemático. Con presencia de sonda Foley N.º 12 permeable con orina colúrica.

1.4 ANTECEDENTES

1.4.1 ANTECEDENTES PERINATALES:

No refiere

1.4.2 ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre: Hipertenso (Fallecido)

Madre: Diabética (Fallecida)

Hijo: Diabetis Mellitus

Hijas: 2 Mujeres aparentemente sanas

1.4.3 ANTECEDENTES PERSONALES:

Paciente Hipertensa hace 15 años, con tratamiento habitual de Irbesartan 300mg vía oral cada 24 horas.

Paciente con Asma Bronquial hace 10 años, usa Bromuro Ipratropio 2 PUFF 2 veces al día.

RAMS: Niega

HABITOS TOXICOS: No consume tabaco

1.4.4 ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES:

- No trabaja.
- Paciente de Religión Católica.

1.5 EXAMEN FISICO:

1.5.1 CONTROL DE SIGNOS VITALES:

- Presión Arterial 140/80 mmg. Hg
- Frecuencia Cardiaca 84 por minuto
- Frecuencia Respiratoria 22 por minuto
- Temperatura 38. 5° C
- Sat.O2 92%

1.5.2 EXPLORACION CEFALO—CAUDAL:

- Cabeza: No se palpa ganglios ni masas.
- Orejas: Simétricas con Hipoacusia bilateral.
- Nariz: Alineada y simétrica, sin lesiones.
- Boca: Mucosa hidratada.
- Cuello: Simétrico y móvil.
- Tórax: Simétrico, presencia de roncales en ambos campos pulmonares, presenta Taquicardia (por fiebre).

- Mamas: Simétricas, sin lesiones ni secuelas.
- Abdomen: Blando-depresible a la palpación.
- Genito Urinario: Normal, con presencia de Catéter Urinario.
- Columna Vertebral: Normal.
- Extremidades: Rotación externa y acortamiento del miembro inferior izquierdo por fractura de cadera. Presenta piel seca y descamada con presencia de equimosis en rodilla y cadera izquierda por caída que tuvo en su casa.
- Fuerza Muscular: Disminuida.

1.6 INDICACIONES MEDICAS

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

DROGA	DOSIS	VIA
OMEPRAZOL	40 MG. C/24HORAS	ENDOVENOSA
CEFAZOLINA	1 GR. C/ 8 HORAS	ENDOVENOSA
METAMIZOL	1GR. PRN T° ≥ 38.5	ENDOVENOSA
TRAMAL	100 MG. PRN DOLOR	SUBCUTANEA
COLORURO DE SODIO 9/1000 +3 KETOPROFENO	100 MG. C/U EN INFUSION CONTINUA	ENDOVENOSA
IRBESARTAN	300 MG. C/ 24 HORAS	VIA ORAL
CAPTOPRIL 2	25 MG. PRN A PA 160/90	VIA SUB-LINGUAL
METOCLOPRAMIDA	10 MG. C/ 8 HORAS	ENDOVENOSA

NEBULIZACIONES	S.F. 5CC+FENOTEROL 3 GOTAS C/ 8 HORAS	_____
CLEXANE	40MG. C/ 24 HORAS	SUBCUTANEA

1.7 EXAMENES AUXILIARES

HEMOGRAMA

RESULTADOS

Leucocitos	14,400 cel./uL.
Hemoglobina	10gr/dL
Hematocrito	43.29 %
Linfocitos	1.2
Tiempo de Protombina	13 segundos
I.N.R	1.20
Hematíes	2.400,000 cel/uL.

BIO QUIMICA

RESULTADOS

Glucosa	80mg/dL
Urea	20mg/dL
Creatinina	0.73mg/dL
Sodio	130 m.m./L
Potasio	3.4 mEq/L
Clono	101

ORINA	RESULTADOS
Color	Amarillo
Aspecto	Oscuro
Densidad	1010
PH	7.00
SEROLOGICAS	
VIH	No Reactivo
V.D.R.L	No Reactivo

1.8 VALORACION SEGÚN MODELOS DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES.

DOMINIOS Y CLASES:

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud:

Clase 1. Toma de conciencia de la Salud, insuficiente conocimiento del diagnóstico que tenía.

Clase 2. Gestión de Salud.

DOMINIO II. Nutrición:

Clase 1. Ingestión – La paciente tiene una dieta sin sal por vía oral.

Clase 2. Digestión – No hay presencia de residuos gástricos, presenta prótesis dental.

Clase 3. Absorción – Absorbe adecuadamente sus alimentos.

Clase 4. Metabolismo – Ruidos Hidroaéreos presentes.

Clase 5. Hidratación – Piel seca y escamosa, herida quirúrgica en la cadera izquierda con 18 grapas, 2 drenajes en cadera izquierda, cuyos puntos de inserción no presentan enrojecimiento y 2 vías periféricas en mano derecha y/o izquierda.

DOMINIO III. Eliminación:

Clase 1. Función Urinaria – Preparación de sonda Foley N°12 (Orina Colúrica).

Clase 2. Función Gastrointestinal – No realiza deposiciones diarias, realiza una vez cada 3 días de consistencia dura y en pequeñas cantidades.

Clase 3. Función Tegumentaria – No tiene Úlceras por presión.

Clase 4. Función Respiratoria – Ventila con bolsa de reservorio Sat: 91%

DOMINIO IV. Actividad y Reposo:

Clase 1. Reposo/Sueño – Reposo forzado, no puede dormir, se encuentra preocupada por su estado actual de salud.

Clase 2. Actividad/Ejercicio – Su actividad está limitada y su movilidad disminuida debido a la intervención quirúrgica y el dolor.

Clase 3. Equilibrio/Energía – El paciente se encuentra postrada en cama, por ser post operada inmediata, siendo dependiente para todos los autocuidados de la vida diaria y se le realiza cambios posturales.

Clase 4. Respuesta Cardiovascular/Pulmonar – La Auscultación cardíaca es rítmica sin soplos a la Auscultación pulmonar, presenta roncales y sibilantes en ambos campos pulmonares, tiene H.T.A controlada con medicación, 130/70 mmHg, F.C. 98 por minuto por tener temperaturas de 38. 5° C, F.R 30-32 con uso de bolsa reservorio.

Clase 5. Autocuidado – No puede realizarse sola el aseo matinal, es dependiente.

DOMINIO V. Percepción/Cognición:

Clase 1. Atención – Responde a interrogatorio.

Clase 2. Orientación – Es orientada, participa activamente en la entrevista.

Clase 3. Sensación/Percepción – Sensación de evacuación disminuida.

Clase 4. Cognición – No alterado.

Clase 5. Comunicación – Por momentos se muestra irritable por presentar dolor en la zona de intervención quirúrgica.

DOMINIO VI. Autopercepción:

Clase 1. Autoconcepción – No se ve muy bien a sí misma y se siente cada vez más inútil debido al paso de los años.

Clase 2. Autoestima – Refiere que ha sufrido un cambio muy importante en su cuerpo al tener la fractura de cadera y que va a necesitar ayuda para la realización de todos sus autocuidados.

DOMINIO VII. Rol/Relaciones:

Clase 1. Rol de Cuidador – Riesgo de cansancio de su hija que la visita siempre.

Clase 2. Relaciones Familiares – Hija trae pañales y compra medicamentos.

Clase 3. Desempeño de Rol – Buenas relaciones familiares.

DOMINIO VIII. Sexualidad:

Clase 1. Identidad Sexual – Paciente reconoce su sexo.

Clase 2. Función Sexual – No se refiere.

Clase 3. Reproducción – Tiene un hijo varón y dos hijas.

DOMINIO IX. Afrontamiento:

Clase 1. Respuesta post traumática – Refiere que nunca pensó pasar por esta situación de salud, tener que operarse, que le bañen, que le realicen curación de su herida operatoria.

Clase 2. Respuesta de Afrontamiento – Se siente preocupada, triste y desea salir rápido del hospital.

Clase 3. Estrés neuro comportamental – Riesgo de disreflexia autónoma.

DOMINIO X. Principios Vitales:

Clase 1. Valores – Por momentos, trata mal al personal de salud.

Clase 2. Creencia – Refiere tener religión católica.

Clase 3. Congruencia (Valores, Creencias, Acciones) – Tiene sufrimiento espiritual y moral.

DOMINIO XI. Seguridad y Protección:

Clase 1. Infección – Febril Leucocitosis, procedimientos invasivos: Catéter venoso y Catéter urinario.

Clase 2. Lesión Física – Equimosis en rodilla izquierda, pierna izquierda y laceraciones por caída en su casa.

Clase 3. Violencia – Paciente acepta los procedimientos que se le realiza.

Clase 4. Peligros del Entorno – Riesgo de contaminación de los Catéteres venoso, urinario, ya que el paciente lo manipula con las manos.

Clase 5. Procesos Defensivos – No se evidencia irritación en piel.

Clase 6. Termorregulación – Alza térmica 38. 5° C.

DOMINIO XII. Confort:

Clase 1. Confort Físico – Con Fascies de malestar por alza térmica y dolor en herida operatoria.

Clase 2. Confort del Entorno – Cubierto con sabanas, frazada y bata hospitalaria.

DOMINIO XIII. Crecimiento y Desarrollo:

Clase 1. Crecimiento – Tiene un crecimiento desproporcional (talla baja).

Clase 2. Desarrollo – Aparenta más edad.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

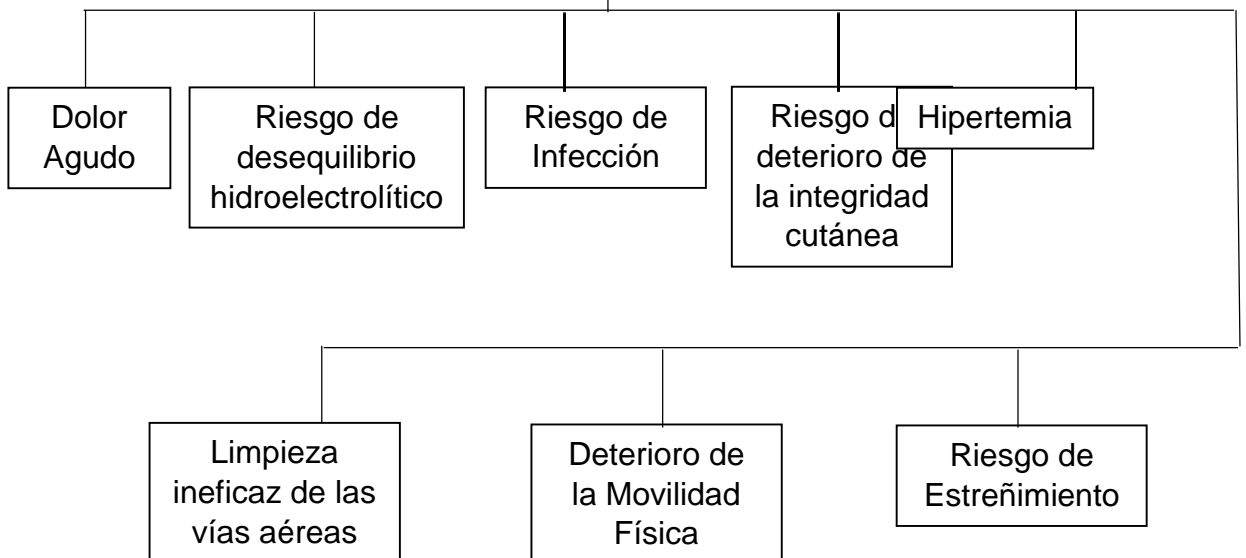
- PIEL: Presencia de procedimientos invasivos, lesiones por venopunción, Catéter urinario.
- HIDRATACION: Edema de miembro Inferior izquierdo, balance hídrico negativo.
- NUTRICION: Dieta blanda vía oral.
- LEUCOSITOSIS: Hipertermia, dolor crónico.

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

COORDINAR CON:

- Laboratorio: (Bioquímica, hemograma, hemocultivo).
- Imágenes: (Rx.)
- Médico Cirujano, Infectólogo.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA



II DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:

- Presencia de procedimientos invasivo.
- Hipertermia.
- Ansiedad.
- Dolor agudo.

2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATO SIGNIFICATIVO:

- Dolor agudo.
- Deterioro de la integridad cutánea
- Hipertermia
- Riesgo de desequilibrio Hidroelectrolítico
- Riesgo de infección
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Deterioro de la movilidad física.
- Riesgo de estreñimiento.

2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Ansiedad	Cambios en el estado de salud	La expresión de su preocupación: Voz temblorosa y angustia	Ansiedad relacionada con Cambios en el Estado de salud
Dolor Agudo	Agente lesivo-físico	Conducta expresiva agitación, gemidos	Dolor agudo relacionado agente lesivo- físico
Riesgo de Desequilibrio Hidroelectrolítico	Perdida activa de volumen de líquidos	Niveles de líquidos y/o Electrolitos alterados	Riesgo de desequilibrio Hidroelectrolítico Relacionado con Perdida activa de Volumen de líquidos
Riesgo de Infección	Procedimientos invasivos: Herida Quirúrgica, drenaje y Vía venosa periférica	Inflamación Enrojecimiento en la zona de incisión o la zona de drenaje.	Riesgo de infección relacionado con procedimientos Invasivos
Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea	Inmovilidad Física	Alteración en la epidermis y/o dermis que puede comprometer la salud	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado inmovilidad física
Hipertermia	Aumento de la tasa metabólica	Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal	Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Retención de secreciones, mucosidad excesiva	Cambios en el ritmo y frecuencia respiratoria, excesiva cantidad de esputo. Ruidos roncantes en ambos campos	Limpieza de las vías aéreas relacionada con retención de secreciones, mucosidad excesiva.

pulmonares			
Deterioro de la Movilidad física en la cama	Perdida de la integridad de las estructuras óseas y disminución de la fuerza	Limitación de la amplitud de movimiento imposibilidad de cambiar la posición en la cama en forma independiente	Deterioro de la movilidad física relacionado a la perdida de la integridad de las estructuras óseas
Riesgo de Estreñimiento	Inmovilización y actividad física insuficiente	Disminución en la frecuencia de defecación y cambios en el abdominal	Riesgo de estreñimiento relacionado inmovilización y actividad física insuficiente

III. PLANIFICACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS: NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA: NIC	EVALUACION
<p>Codigo:00146</p> <p>1- Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud E/V preocupación, voz temblorosa.</p> <p>DOMINIO: 9 Afrontamiento y tolerancia al estrés. Clase: 2 Respuestas de afrontamiento.</p>	<p>Código: 1211 Nivel de ansiedad.</p>	<p>Código: 5820</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la ansiedad. - Valorar los niveles de ansiedad en el paciente. - Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. - Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritas. - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. - Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente disminuye su ansiedad. - Presenta ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.

		la familia que estarán implicados en el cuidado.	
--	--	--	--

DIANOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS: NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA: NIC	EVALUACION
<p>Código: 00025</p> <p>2- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos y equilibrio electrolítico relacionado con pérdida de sangre durante la intervención y el postoperatorio inmediato.</p> <p>Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación</p>	<p>Código: 0601 Equilibrio hídrico</p> <p>Código: 0401 Estado circulatorio</p>	<p>Código: 2080 Manejo de líquidos y electrolitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados. - Controlar y registrar diuresis, drenajes del paciente cada 8 horas. <p>Código: 2314: Administración de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparación y administración de medicamentos vía intravenosa. <p>Código: 4130: Monitorización de líquidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar tolerancia oral a líquidos a las 4 horas por intervención y posterior a la toleración de sólidos. <p>Código: 6080: Monitorización de signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones. - Controlar y registrar las funciones vitales cada 6 horas. - Valorar el estado de piel y mucosas para valorar el estado de hidratación. - Comprobar el estado de líquidos incluyendo ingresos y egresos. - Mantener una vía periférica permeable. - Valorar el estado de curación para descartar posible hemorragia por herida quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente mantiene el equilibrio de líquidos y electrolitos, piel y mucosas hidratadas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS: NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA: NIC	EVALUACION
---------------------------	----------------	---------------------------------	------------

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS: NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA: NIC	EVALUACION
<p>Código: 00031</p> <p>6- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con retención de secreciones bronquiales m/p roncales, sibilantes disnea y ruidos respiratorios.</p> <p>Dominio: 11 Seguridad – protección Clase 2: Lesión física</p>	<p>Código: 0410</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado respiratorio - Permeabilidad de las vías respiratorias. - Paciente presentará vía aérea permeable libre de secreciones. - Paciente eliminará las secreciones bronquiales manteniendo la frecuencia respiratoria menor a 20x' y la SatO2: 96%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se coloca al paciente en posición semifowler. - Se administra oxígeno por bolsa de reservorio a 10 litros. - Se monitoriza SatO2, características de la frecuencia respiratoria como frecuencia, ritmo y amplitud. - Se realiza a la paciente según prescripción médica: suero fisiológico (5cc) + Fenoterol 3 gotas cada 6 horas. - Se administra líquidos según indicación médica Dext. 5+1000 1 aup(H) + 1 aup (k). a 30 gotas. <p>3160: Aspiraciones de las vías aéreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la necesidad de aspiración. - Aumentar sonidos respiratorios antes y después de cada aspiración. - Auscultar sonidos respiratorios antes y después de cada aspiración. - Realizar aspiración a libre demanda. - Observar el color, cantidad y consistencia de secreciones. - Monitorizar el estado de oxigenación de paciente: niveles de saturación de O2, estado neurológico, estado hemodinámico antes y después de cada aspiración. <p>6680: Monitorización de signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control periódico de frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura SatO2 y disnea. <p>1918: Control de aspiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la permeabilidad de la vía aérea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente tiene un buen reflejo tusígeno. - No se observa dificultad respiratoria en el paciente.

<p>Código: 00132 3- Dolor agudo relacionado con inflamación de la incisión quirúrgica m/p. Facies de dolor (inquietud/llanto).</p> <p>DOMINIO: 12 Confort. Clase: 1 Confort físico.</p>	<p>Código: 1602 Control de dolor. Código: 2100 Nivel de comodidad.</p>	<p>Código: 2440: Manejo de dolor: Alivio del Dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el dolor del paciente aplicando la escala de Eva; incluyendo localización, aparición, duración y frecuencia. <p>Código: 2210: Administración de analgésicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración de analgésicos y evaluar medidas antialérgicas: Tramal 100mg sc. - Control de funciones vitales antes y después de la administración de analgésicos. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente y/o efectos adversos derivados de los mismos. - Comenzar la infusión continua del agente analgésico y controlar el flujo para asegurar el aporte de la dosis prescrita de la medicación: cloruro de sodio 9/1000: Profenid 100mg (3) XX Gtx. <p>Código: 6482: Manejo ambiental, confort.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente y familiares de las posturas antiálgicas (decúbito supino y miembro apoyado en abducción). - Informar que debe avisar en el momento en que empiece a tener dolor para la inmediata administración de analgésicos de rescate y evitar así el aumento del dolor. - Proporcionan un ambiente tranquilo y relajado, para facilitar una comodidad optima. - Vigilar la pérdida de líquidos (vómitos, hemorragia, diarrea, transpiración y taquipnea). - Fomentar la ingestión oral de líquidos. - Administración de líquidos intravenosos Dext. 5% 1000cc. 1aup (12) +1 aup (12) a 40 Gtxs. - Vigilar el estado de hidratación: membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática; según sea el caso. - Control de los niveles de hemoglobina y hematocrito. - Transfusión de una unidad de paquete globular. - Contabilizar el volumen drenado de dren (Jackson Pratt). - Balance hídrico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente expresa el dolor en escala de Eva 3/10. - Presenta valores normales de signos vitales. - Paciente mantiene el equilibrio de líquidos. - Paciente presenta piel y mucosas hidratadas. - Los apósitos de la herida operatoria se encuentran limpios y secos.
---	--	--	---

		- Se realiza registro de enfermería.	
--	--	--------------------------------------	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS: NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Código: 00047</p> <p>4- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con inmovilidad prolongada m/p piel seca y áspera.</p> <p>Dominio 11: Seguridad – protección Clase 2: Lesión física.</p>	<p>Código: 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas. Código: 1902 Control de riesgo.</p>	<p>(3590): Vigilancia de la piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el riesgo de deterioro de la integridad de la piel con la escala de Norton. - Observar características de la piel: Color tumefacción, pulsos, textura, ulceraciones y zonas de fricción. - Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. - Hidratar la piel: Cremas hidratantes. - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. - Uso de dispositivos de alivio de presión en zonas de riesgo. - Inspección de la piel, de las prominencias óseas y demás puntos de presión. <p>(3540): Prevención de Ulceras de presión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar zonas de apoyo, aparición de enrojecimiento. - Proteger talones y zonas sacra. - Cambio de posición cada 2 horas. - Aplicar protectores para los codos y talones. - Colocar al paciente en posición, ayudándose con almohadas para 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente mantiene piel íntegra y conservada.

		elevant los puntos de presión encima del colchón.	
		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar fisioterapia respiratoria: respiraciones profundas, vibraciones manuales para movilizar secreciones así mismo realizar drenaje postural. - Estimular la ingesta de líquidos tibios para facilitar la expulsión de secreciones. - Se administra medicación: terapia, inhalación según prescripción médica. - Registro en las notas de enfermería. 	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS: NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA: NIC	EVALUACION
<p>Código: 00031</p> <p>7- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con retención de secreciones bronquiales m/p roncales, sibilantes disnea y ruidos respiratorios.</p> <p>Dominio: 11 Seguridad – protección Clase 2: Lesión física</p>	<p>Código: 0410</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado respiratorio - Permeabilidad de las vías respiratorias. - Paciente presentará vía aérea permeable libre de secreciones. - Paciente eliminará las secreciones bronquiales manteniendo la frecuencia respiratoria menor a 20x' y la SatO2: 96%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se coloca al paciente en posición semifowler. - Se administra oxígeno por bolsa de reservorio a 10 litros. - Se monitoriza SatO2, características de la frecuencia respiratoria como frecuencia, ritmo y amplitud. - Se realiza a la paciente según prescripción médica: suero fisiológico (5cc) + Fenoterol 3 gotas cada 6 horas. - Se administra líquidos según indicación médica Dext. 5+1000 1 aup(H) + 1 aup (k). a 30 gotas. <p>3160: Aspiraciones de las vías aéreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la necesidad de aspiración. - Aumentar sonidos respiratorios antes y después de cada aspiración. - Auscultar sonidos respiratorios antes y después de cada aspiración. - Realizar aspiración a libre demanda. - Observar el color, cantidad y consistencia de secreciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente tiene un buen reflejo tusígeno. - No se observa dificultad respiratoria en el paciente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS: NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA: NIC	EVALUACION
<p>Código: 00004</p> <p>5- Riesgo de infección de procedimientos invasivos: (herida quirúrgica, drenajes y vía venosa periférica).</p> <p>Dominio 11: Seguridad – protección Clase 1: Infección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (1902) Control de riesgo. • (1102) Evitar infección • Curación de la zona de inserción. 	<p>(36.60) Cuidados de las heridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar las características de la herida incluyendo: drenaje, color y tamaño. - Limpiar con solución salina normal, manteniendo una técnica aséptica, comenzando desde la zona más limpia a la zona menos limpia. - Cambiar el apósito según la cantidad del exudado. - Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje. - Registrar cualquier cambio producido en la herida: tamaño, localización y apariencia. - Enseñar al paciente y la familia los signos y síntomas de infección. <p>(65.50) Protección contra infecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar signos y síntomas de infección de la piel. - Valorar vulnerabilidades del paciente e infecciones. - Garantizar una manipulación aséptica en todas las líneas intravenosas. - Administrar terapia de antibióticos. - Instruir al paciente y la familia acerca de los signos y síntomas de infección. - Curación de la herida quirúrgica manteniendo una técnica aséptica. - Lavado de manos antes y después de cada procedimiento. <p>(24.40) Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el sitio de la punción, la existencia de enrojecimiento, calor y vigilar los signos y síntomas de infección, presencia de Flebitis. - Cambio de catéter venoso según protocolo cada 3 días. <p>(35.90) Vigilancia de la piel:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente presenta herida quirúrgica limpia sin signos de infección. - Paciente libre de infecciones agregadas.

		<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el ritmo de la incisión, enrojecimiento, calor y edema. - Vigilar signos y síntomas de infección. - Mantener piel limpia y seca. 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar el estado de oxigenación de paciente: niveles de saturación de O₂, estado neurológico, estado hemodinámico antes y después de cada aspiración. <p>6680: Monitorización de signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control periódico de frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura SatO₂ y disnea. <p>1918: Control de aspiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la permeabilidad de la vía aérea. - Realizar fisioterapia respiratoria: respiraciones profundas, vibraciones manuales para movilizar secreciones así mismo realizar drenaje postural. - Estimular la ingesta de líquidos tibios para facilitar la expulsión de secreciones. - Se administra medicación: terapia, inhalación según prescripción médica. - Registro en las notas de enfermería. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS: NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA: NIC	EVALUACION
<p>Código: 00015</p> <p>8- Riesgo de estreñimiento r/e actividad física insuficiente, m/p imposibilidad de hacer deposición hace 3 días.</p> <p>Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase 2: Función gastrointestinal.</p>	<p>Código: 0501</p> <p>Eliminación intestinal.</p>	<p>0450: Manejo de estreñimiento – impactación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro de fecha de la última eliminación intestinal. - Vigilar la aparición de signos y síntomas del estreñimiento. - Identificar factores que puedan causarle: medicamentos, reposo en cama, dieta. - Fomentar el aumento de ingesta de líquidos. - Verificar la ingesta de alimentos ricos en fibras. - Administración de laxantes o enemas prescritos. - Registrar el volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente no presenta estreñimiento. - Paciente mejoró su capacidad de trato-intestinal para evacuar heces de forma efectiva.

<p>Código: 00007</p> <p>9- Hipertermia r/e aumento de la tasa metabólica m/p piel enrojecida y aumento de la temperatura por encima del límite normal, calor al tacto.</p> <p>Dominio: 11 Seguridad y protección Clase: 6 Termorregulación</p>	<p>Código: 0800</p> <p>Termorregulación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura corporal dentro de los límites normales. - Ausencia de cefalea. - Ausencia de dolor muscular. - Ausencia de cambios de coloración cutánea. - Hidratación adecuada. 	<p>6680: Monitorización de signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control continuo de la temperatura. - Observar si hay signos y síntomas de hipertermia. - Observar el color, la temperatura y humedad de la piel. - Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de conciencia. <p>3900: Regulación de la temperatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control de la temperatura cada 2 horas. - Vigilar la temperatura hasta que se estabilice. - Administrar medicamentos antipiréticos. - Eliminar el exceso de ropa o mantas. - Aplicar baño o compresas frías en ingle, axilas y cuello. - Mantener la hidratación adecuada. - Vigilar la presencia de signos y síntomas de convulsión. - Explicar al paciente el procedimiento de aplicación de calor o frío como parte del tratamiento para disminuir la fiebre. - Se realiza registro de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente mantiene temperatura menor de 36. 5º C. - Paciente con mejor estado de ánimo.
--	---	--	---

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA:

I.

S: "Tengo mucho calor, destápame un poco y mójame la cabeza".

O: Paciente con temperatura de 38. 5° C diaforético, subiendo, piel caliente y enrojecida.

A: Hipertermia relacionado aumento de la tasa metabólica m/p piel enrojecida y aumento de la temperatura por encima del límite normal.

P: Disminución de la temperatura corporal.

- I:
- Control de la temperatura cada media hora.
 - Aplicación de medios físicos.
 - Administración de antipiréticos prescritos.
 - Fomentar el incremento de líquidos por vía oral.
 - Aligerar cobertores (mantas, frazadas).

E: Se logró disminuir la temperatura del paciente a 36. 6° C.

II.

S: "Tengo dolor en mi pierna izquierda".

O: Paciente post - operada de artroplastia de cadera izquierda, presenta inquietud, llanto y diaforesis con escala de dolor de 8/10 pn= 101 x' Pn= 160/90 mmHg.

A: Dolor agudo relacionado con la intervención quirúrgica m/p, gestos de dolor.

P: Disminuir el dolor del paciente.

- I:
- Control de funciones vitales.

- Valoración de dolor: localización, características, frecuencia y duración.
- Valoración de la intensidad del dolor.
- Administración de analgésicos.
- Evaluación de la eficacia de los analgésicos después de cada administración y los efectos adversos del mismo.
- Enseñar mecanismos de relajación.

E: Paciente manifiesta disminución del dolor en escala de Eva de 4/10.

III.

S: Paciente refiere "Me ronca el pecho, tengo mucha tos y no puedo respirar bien, me falta aire".

O: Paciente adulto mayor con tos seca, dificultad respiratoria al esfuerzo y en reposo. SatO₂: 90%.

A: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con retención de secreciones bronquiales m/p, disnea y producción de esputo excesiva.

P: Mantener el estado respiratorio y la ventilación adecuada.

- I:
- Colocar en posición semifowler.
 - Colocación de bolsa de reservorio a X litros.
 - Monitorización de SatO₂ y frecuencia respiratoria.
 - Nebulización del paciente según prescripción médica cada 6 horas.
 - Aspiración de secreciones a demanda.
 - Administración de líquidos según indicación médica.
 - Realizar fisioterapia respiratoria.

E: Paciente tranquila, mantiene vías aéreas permeables SatO₂: 97% y puede eliminar secreciones bronquiales.

IV.

S: Paciente refiere: "Dolor a nivel de miembro inferior izquierdo luego de caída en el piso de su casa y no puedo moverme".

O: Paciente con limitación de la amplitud del movimiento (post - operada inmediata).

A: Deterioro de la movilidad física relacionada con disminución de la fuerza muscular m/p dificultad para realizar actividades de autocuidado.

P: Mantener el nivel de movilidad de la paciente post - operada inmediata.

- I:
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición.
 - Movilización cada 2 horas.
 - Enseñar ejercicios de flexión, extensión de miembro inferior operado y fomentar a su realización.
 - Colocar en posición de alineación correcta.
 - Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.

E: Paciente presenta una mejoría notable en su nivel de movilidad.

V.

S: Paciente refiere: " Mi herida operatoria esta enrojecida y las gasas mojadas de sangre".

O: Paciente post - operada de artroplastia de cadera izquierda con dren Jackson Pratt, con vía periférica en ambos antebrazos con sonda Foley permeable, con gasas manchadas de secreción seno hemática.

A: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos: (drenes, sonda Foley y vía periférica).

P: Paciente se mantendrá sin signos de infección durante su estancia hospitalaria.

I:

- Vigilar signos y síntomas de infección local: dolor, calor, rubor, inflamación de la herida operatoria.
- Brindar cuidados a la paciente teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad en todo momento.
- Monitorización de temperatura cada 20.
- Administrar antibióticos según prescripción médica.
- Mantener la vía periférica permeable, limpia, sin signos de flogosis.

- Observar constantemente la permeabilidad de los drenes de la herida operatoria.
- Verificar la permeabilidad de la sonda Foley.
- Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga para prevenir infección por reflujo.
- Aplicar protocolo de curación de herida quirúrgica.
- Realizar registro de enfermería.

E: Paciente presenta herida quirúrgica limpia y seca sin signos de infección.

CONCLUSIONES

- 1- Los Cuidados que el Profesional de Enfermería brinda al paciente después de las Intervenciones Quirúrgicas son muy importantes, ya que permiten disminuir el riesgo a complicaciones, logrando una evolución favorable para el paciente, basándose en el método científico.
- 2- El cuidado estandarizado de Enfermería permite trabajar de un modo uniforme organizado, cumpliendo con la taxonomía NANDA y garantizando la seguridad del paciente post – operado.
- 3- El Profesional de Enfermería brindará una atención objetiva, veraz y oportuna, permitiendo la continuidad del cuidado individualizado para garantizar y evitar complicaciones de morbilidad. Trabjará con el mismo objetivo de garantizar la recuperación optima del paciente post – quirúrgico.

RECOMENDACIONES

- 1- Se recomienda incidir en capacitaciones periódicas para reforzar el cuidado de los pacientes post – operados de Artroplastia de Cadera, para brindar una atención de calidad.
- 2- Se recomienda al Departamento de Enfermería, asegurar la cantidad de personal que corresponda al flujo de pacientes para aplicar un proceso adecuado de Enfermería.
- 3- Implementar un Programa Educativo de Enfermería para los pacientes post – operados de Artroplastia de Cadera en el servicio Cuarto Sur de Traumatología.
- 4- Se recomienda impulsar más trabajos de Investigación para mejorar los procesos de atención de Enfermería en pacientes post – operados de Artroplastia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PALOMINO L, RAMIREZ R, VEJARANO J, TICSE R. Fractura de cadera en el Adulto Mayor: La Epidemia ignorada en el Perú. Acta Médica Perú – 2016, 33 (1): 15 – 20.
2. ECHEGARAY P, GONZALES J, LAURCANI A, MARTINEZ R. (2019). Fractura de Cadera un reto multidisciplinario. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 62, n.4
3. Revista Electrónica de Portales Médicos. Com. Artroplastia de Cadera, riesgos y beneficios. 5 de septiembre 2017 Pág. 1
www.Revista-portalesmedicos.com./revista-medica/artroplastia-de-cadera-riesgos.
4. MAYO CLINIC. CARE NETWORK.
FracturadeCadera.nov.2018.middlesexhealth.org/learning-center/español/enfermedadesyafecciones/fractura-de-cadera.
5. HERNANDEZ, J, HERNANDEZ C, FERNANDEZ A, BELTRAN M, LOBERA L, (2017). Factores Asociadas a la Fractura de Cadera en el Hospital Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende”. Revista Cubana de Salud Pública, 43 (2): 151. La Habana Cuba.
6. CLÍNICA INTERNACIONAL (2020). Cuáles son los Síntomas y tratamiento para una Fractura de Cadera en el Adulto Mayor. Lima – Perú.
7. AGUSTIN, D. y GARCIA, H. (2018). Artroplastia total de cadera: Gestión y Auditoria Medica.
8. CANDIJAS, R. CONTRERAS, E. MONDRAGON, J. VENEGAS, E. LIZA LITURRE, V. (2017). Incidencia de Infecciones protésicas de cadera y rodilla en Centro de la Ciudad de Medico. Artículo General: Cirugía y Cirujanos Vol. 85, Pág. 485 – 492.

9. PAZMIÑO, C. SUAREZ, P. UYUGUARI. E. (2019). Cirugía de la Cadera y sus métodos de rehabilitación. Recimundo: Artículos de Revisión: Revista Científica Vol. 3. Núm. 1.
10. MENDEZ, R. (2019). Prótesis de Cadera antes de cumplir los 40: Los motivos de la nueva Epidemia Mundial. El español: Cirugía Ortopédica y Traumatología.
11. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGÍA (2019). Premio del Registro Nacional de Fractura de Cadera. Noticia Seg. 6. La Paz - Madrid.
12. CUJILEMA, C. VILLEGAS, P. VELEZ, E. VALDERRAMA, C. (2019). Resultados Funcionales de hemi - artroplastia bipolar en pacientes mayores de 65 años con fractura intra – capsulares de cadera. Acta Ortopédica Mexicana 33 (4). Jul. Ago. 241 – 246. Centro Médico Imbanaco. Cali – Colombia.
13. REVISTA MEDICA DE CHILE. (2019). Controversias en el manejo de la Fractura de Cadera en el Adulto Mayor. Scielo. Artículo de Investigación Vol. 147 n°2. Santiago. Departamento de Ortopedia y Traumatología.
14. PERÚ – GENERALIDADES (2015). Epidemiología – Fractura de Cadera. Los Datos de ESSALUD.
15. MINISTERIO DE SALUD: Hospital Nacional Arzobispo Loayza NAL/ DG – 2019. Intervenciones “MAS SALUD” en pacientes que siguieron Prótesis en Traumatología. Periodo: Nov. a Dic. 2019, Enero – Febrero. 2020. Lima – Perú.
16. POVEDA, J. (2019). “Plan de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Cadera. Universidad de Salamanca Campus de Excelencia Internacional. [Http://hdl.handle.net/10366/139552](http://hdl.handle.net/10366/139552).
17. BOLADO, H. (2018). Desarrollo e implementación de una guía clínica para el manejo perioperatorio de los pacientes ingresados

con Fractura de Cadera en un Hospital de 3er nivel. Universidad Autónoma de Madrid: Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía.

18. AGÜERO, C. (2017). “Cuidados de Enfermería en pacientes de Artroplastia de Cadera en Sala de Operaciones del Hospital Nacional de Policía del Perú. Luis Nicario Sáenz 2016. Lima – Perú.

19. CORONEL, S. (2017). Proceso de Cuidado Enfermero en paciente con Artroplastia de Cadera. Tesis de Grado.
<http://repositorio.uigu.edu.pe/handle/20.500.11818/1479>. Lima – Perú.

20. VILLANUEVA, H. (2018). Cuidados de Enfermería en Paciente post – operado inmediato de Fractura de Cadera en el Servicio de Recuperación de la Clínica del Padre Luis Tezza 2017. Lima – Perú.
<http://repositorioivgu.edu.pe/handle/20.500/11818/2090>.

21. CATORCE NECESIDADES FUNDAMENTALES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON. Abril 21, 2017.
http://es.wikipedia.org/wiki/catorce_necesidades_fundamentales_según_Herderson.

22. CLINICA MEDS. (2019) Fractura de Cadera.
www.meds.cl/Fractura_de_cadera.

23. SOLIS, M. (2017). Fractura del Extremo Proximal del Fémur. Revista Médica Sinergia Vol. 2. N° 3. pp: 8 - 11. Univ. Autónoma del Centro América (UACA) San José – Costa Rica.

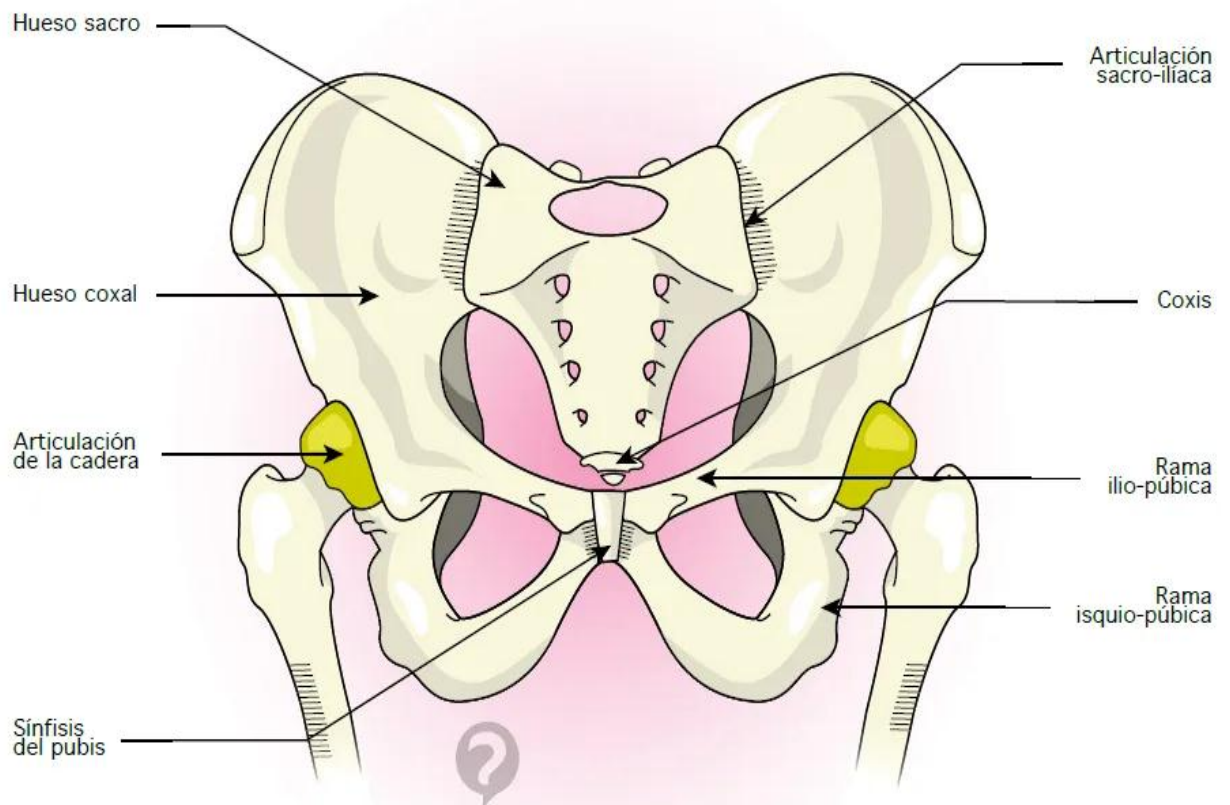
24. ARTICULO DE ELABORACION PROPIA BAJO LA SUPERVISION DE NUESTRA DIRECCION MEDICA. “Artroplastia de Cadera, tipos y operación”. España: Febrero, 2015

25. MALLITASIG, E. (2016). “Prevención de Complicaciones en Cirugía de Cadera en los Pacientes del Hospital Provincial General de Latacunga”. Proyecto de Investigación Previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería. Ambato – Ecuador.

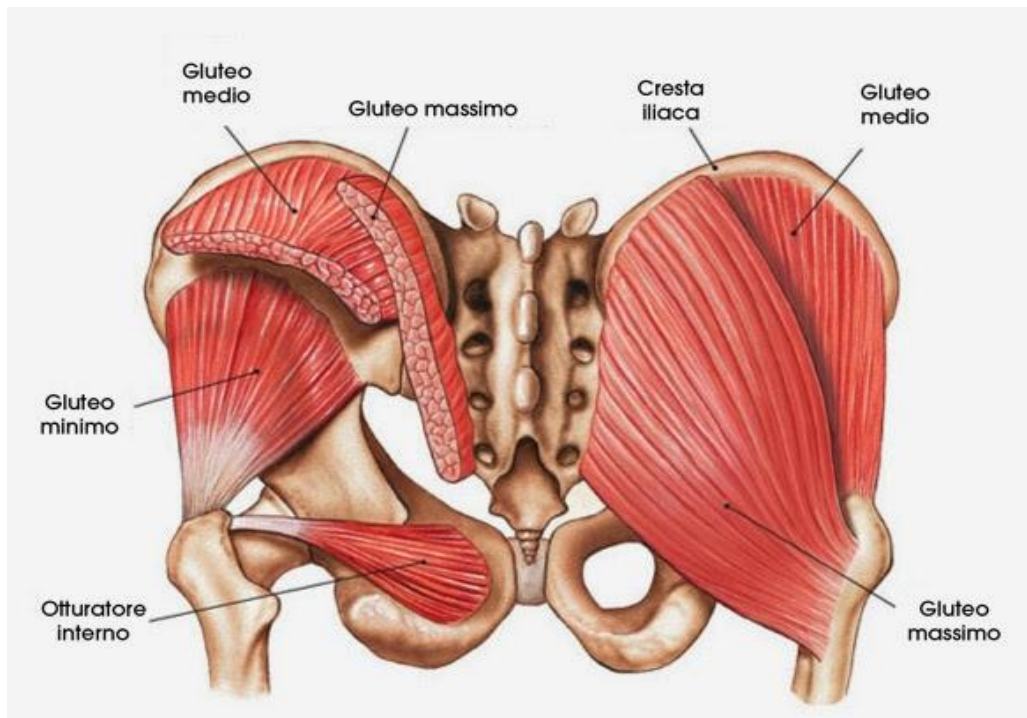
26. SANCHEZ ROMERO, C. (2019). "Atención de Enfermería al paciente intervenido de Artroplastia de Cadera". Diplomado en Enfermería. UCLM. Facultad de Enfermería de Cuenca.

ANEXOS

ANATOMÍA DE LA CADERA



MÚSCULOS FLEXORES DE LA CADERA



TIPOS DE FRACTURA DE CADERA

CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS DE CADERA

FRACTURAS EXTRACAPSULARES

<i>Fractura Intertrocantérea</i>	<i>Fractura Subtrocantérea</i>	<i>Fractura del Trocánter Mayor</i>	<i>Fractura del Trocánter Menor</i>

FRACTURAS INTRACAPSULARES

<i>Fractura Capital</i>	<i>Fractura Subcapital del cuello femoral</i>	<i>Fractura Transcervical del cuello femoral</i>	<i>Fractura Basicervical del cuello femoral</i>

@ChuletasMedicas @DoctoraFortuny www.chuletasmedicas.com

ARTROPLASTIA DE CADERA

Antes



Después



 ADAM.

PACIENTE POST – OPERADO DE ARTROPLASTIA DE CADERA

