

INDICE

ÍNDICE.....Pag. 1

INTRODUCCIÓN.....Pag. 2

OBJETIVOS.....Pag. 3

METODOLOGÍA.....Pag. 4

DESARROLLO.....Pag. 4

CONCLUSIONES.....Pag. 21

BIBLIOGRAFÍA.....Pag. 22

INTRODUCCIÓN.

La ARTROPLASTIA DE CADERA es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en las unidades de Hospitalización Traumatológica. Esta cirugía se lleva a cabo para reemplazar total o parcialmente la articulación de la cadera con una prótesis (1).

La articulación de la cadera es la unión entre el fémur y la pelvis. Su función principal es la de soportar el peso del cuerpo en posturas tanto estáticas como dinámicas.

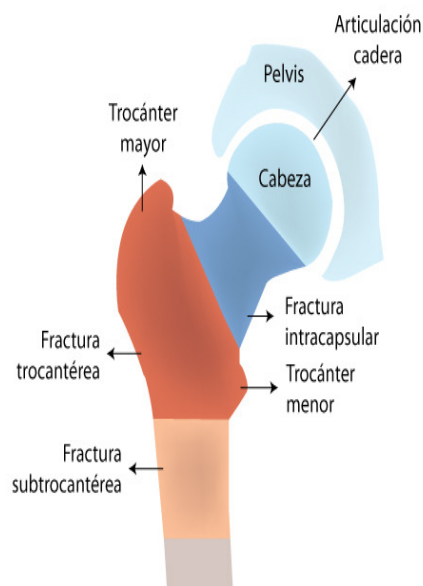
Su gran importancia hace que, cuando el paciente se encuentra discapacitado por el dolor o por la limitación funcional propia de la degeneración o fractura de dicha articulación, se requiera el uso de intervención quirúrgica proporcionándole una mayor independencia en las actividades de la vida diaria y una mejora de su calidad de vida(2).

La indicación más frecuente en Cirugía Ortopédica de la Artroplastia es la Artrosis, definida como enfermedad de las articulaciones en particular no inflamatoria que suele ser degenerativa(3). Ciertas fracturas de cadera y hombro (causadas fundamentalmente por caídas accidentales) también se tratan mediante la implantación de una prótesis. Además, algunos tumores óseos articulares se intervienen quirúrgicamente con dicho implante (4).

La fractura de cadera constituye una afección de rasgos epidémicos, que afecta en especial a mujeres seniles de raza blanca (5). Además añadir que 9 de cada 10 fracturas se producen en personas mayores de 60 años, siendo, el mayor riesgo de fractura, una disminución de la densidad ósea. También se ha comprobado que los individuos obesos sufren este tipo de fracturas con menos frecuencia que los delgados, quizá porque las partes blandas actúan como un mecanismo de amortiguación ante una caída (6).

Desde la disciplina enfermera, los cuidados son esenciales para el paciente intervenido quirúrgicamente de cadera, desde la prevención de la infección, el control del dolor mediante la administración de medicación, etc. Todo un conjunto de actividades destinadas a promover la asistencia de cuidados plenos, eficaces y profesionales. Un Plan de Cuidados, hace que nos encaminemos hacia la orientación adecuada para promover dichos cuidados.

Tipo de fractura	Frecuencia	Complicaciones potenciales
Intracapsular		
Cuello femoral	Ancianos: 45% $\delta:\varphi \rightarrow 1:3$	Necrosis avascular de cabeza femoral, noni3n o malauni3n, cambios degenerativos tard3os
Extracapsular		
Intertrocant3rea	Ancianos: 45% $\delta:\varphi \rightarrow 1:3$	Raramente, noni3n o malauni3n; cambios degenerativos
Subtrocant3rea	10%; distribuci3n bimodal (20-40 a3os y >60 a3os)	Altas tasas de uni3n e implante (clavos o dispositivos intramedulares; fatiga por aumento del estr3s f3sico en la regi3n



OBJETIVOS

El principal objetivo del siguiente trabajo es dar a conocer un plan de cuidados para el paciente intervenido de ARTROPLASTIA DE CADERA. Para ello, se ha elaborado dicho plan, fundamentándose en la evidencia externa y la experiencia profesional factible y adecuada a las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Traumatología del HCUZ.

De esta forma, los profesionales de enfermería tendrán una base sólida para llevar a cabo sus cuidados permitiendo una eficaz prevención de posibles complicaciones y el fomento de la autonomía del paciente, consiguiendo así una recuperación más temprana.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio basado en la revisión sistemática de la bibliografía detallada al final del artículo, cuyos indicadores de búsqueda se basaron en las claves de: Artroplastia de cadera y cuidados entre otras.

La principal herramienta ha sido el uso del programa informático Gacela Care y los datos hallados en los distintos registros enfermeros de pacientes hospitalizados en la planta de Traumatología del HCUZ.

La planificación de los cuidados ha seguido los principios teóricos de Virginia Henderson de supervisión, suplencia y ayuda, con el objetivo de conseguir la máxima autonomía.

La enfermera, mediante una valoración al ingreso en urgencias (basada en la propuesta de valoración del HCUZ) y posteriores valoraciones focalizadas en cada Unidad, detecta las necesidades de cuidados.

DESARROLLO.

La valoración se basará en la establecida por el Hospital según el modelo de Henderson.

Los objetivos son determinar el estado general del paciente, observación en busca de complicaciones y acercamiento al paciente y familia para lograr una buena relación, que permita trabajar con ellos para lograr el objetivo planteado.

Hay necesidades en las que se realizará valoración focalizada:

- Alimentación.
- Movilización.
- Comunicación.

INTERVENCIONES:

7310 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO:

Definición: Facilitar el ingreso del paciente en la planta de hospitalización tras su intervención quirúrgica de artroplastia de cadera.

ACTIVIDADES

- Presentarse a sí mismo.
- Disponer una intimidad adecuada para el paciente / familia.
- Orientar al paciente / familia.
- Cumplimentar documentación de enfermería.
- Realizar la valoración enfermera.
- Poner en práctica precauciones de seguridad, si es el caso.
- Mantener la confidencialidad de los datos del paciente.
- Instauración de métodos diagnósticos y terapéuticos prescritos.
- Facilitar la información pertinente por escrito.
- Establecer los diagnósticos de cuidados de enfermería.

6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES:

Definición: Recogida y registro de los datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

ACTIVIDADES

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.

Tras una valoración exhaustiva, procederemos a elaborar el plan de cuidados del paciente postquirúrgico.

DXE:00146

ANSIEDAD

**R/C CAMBIOS EN SALUD,
ROL Y ENTORNO**

OBJETIVO:

**1402 Control
de la ansiedad**

**140216 Ausencia de
manifestaciones de una
conducta de ansiedad**

Escala: Manifestado:

Nunca

Raramente

En ocasiones

Con frecuencia

Constantemente (m)

Definición: acciones
personales para eliminar o
reducir sentimientos de
aprensión y tensión por una
fuente no identificable.

INTERVENCIONES

**5820 Disminución de la
ansiedad**

ACTIVIDADES:

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

DXE: 00015

**RIESGO DE
ESTREÑIMIENTO**

**R/C INMOVILIDAD,
FALTA DE INTIMIDAD,
POSICIÓN
INADECUADA PARA
DEFECAR**

OBJETIVO:

**0501 Eliminación
intestinal**

Escala:

Comprometida:

Extremadamente
Sustancialmente
Moderadamente
Levemente

No comprometida (a)

Definición: capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva.

INTERVENCIONES:

**0450 Manejo del
estreñimiento /
impactación.**

ACTIVIDADES:

- Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.
- Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.

INTERVENCIONES:

**1804 Ayuda con los
autocuidados: aseo.**

Definición: ayudar a otra persona en las eliminaciones.

ACTIVIDADES:

- Ayudar al paciente en el aseo / cuña / orinal a intervalos especificados.
- Disponer intimidad durante la eliminación.
- Facilitar la higiene de aseo después de la eliminación.

DXE: 00047

**RIESGO DE DETERIORO
DE LA INTEGRIDAD
CUTÁNEA**

**R/C INMOVILIZACIÓN
FÍSICA,
INCONTINENCIA,
DESNUTRICIÓN,
CAMBIOS EN LA
ELASTICIDAD DE LA
PIEL, FACTORES
MECÁNICOS**

OBJETIVO:

**1101 Integridad
tisular: piel y
membranas mucosas**

Escala:

Comprometida:

Extremadamente
Sustancialmente
Moderadamente
Levemente

No comprometida (a)

Definición: indemnidad y
función fisiológica normal
de la piel y de las
membranas mucosas.

INTERVENCIONES:

**3540 Prevención de las
úlceras por presión.**

ACTIVIDADES:

-Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente (escala Norton).

- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.

- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.

- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.

- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.

- Hidratar la piel.

- Evitar el agua caliente y utilizar jabón suave para el baño.

- Uso de dispositivos de alivio de presión en zonas de riesgo.

- Asegurar una nutrición adecuada y de suplementos, si está indicado.

- Informar de los riesgos de inmovilidad y enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede.

DXE: 00102

**DÉFICIT DE
AUTOCUIDADO
ALIMENTACIÓN**

**R/C DISMINUCIÓN DE
LA MOVILIDAD,
MOTIVACIÓN Y
DEBILIDAD.**

OBJETIVO:

- Favorecer una correcta alimentación.

INTERVENCIONES:

**1803 Ayuda con los
autocuidados:
alimentación:**

ACTIVIDADES:

- Identificar la dieta prescrita.
- Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar fruta.
- Colocar al paciente en una posición cómoda.

**1800 Ayuda al
autocuidado:**

Definición: Ayudarle a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.

ACTIVIDADES:

- Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes.
- Alentar la independencia, pero interviniendo si es preciso.

**DXE: 00109 DÉFICIT DE
AUTOCUIDADO,
VESTIDO /
ACICALAMIENTO.**

OBJETIVO:

- Mantener al paciente con ropa seca y limpia.

INTERVENCIONES:

1802 Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal

Definición: Ayudar a un paciente con las ropas.

ACTIVIDADES:

- Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- Facilitar el peinado del cabello del paciente, si es el caso.
- Facilitar que el paciente se afeite él mismo, si procede.

1800 Ayuda al autocuidado:

- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Fomentar la independencia interviniendo si es necesario.

**DXE: 00108 DÉFICIT DE
AUTOCUIDADO, BAÑO /
HIGIENE.**

OBJETIVO:

- Mantener la piel limpia, seca y protegida

INTERVENCIONES:

1801 Ayuda con los autocuidados: baño / higiene

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

ACTIVIDADES:

- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama o en el baño.

1800 Ayuda al autocuidado:

ACTIVIDADES:

- Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes.
- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos para la adaptación para la higiene.
- Alentar la independencia, pero interviniendo si es preciso.
- Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.

CP: DOLOR

SECUNDARIO

A INTERVENCIÓN

QUIRÚRGICA

OBJETIVO:

- Instaurar medidas de detección del dolor.

1605 Control del dolor

Definición: acciones personales para controlar el dolor.

Escala: Manifestada:

Nunca

Raramente

En ocasiones

Con frecuencia

Constantemente (m)

(Adaptar escala de valoración EVA)

INTERVENCIÓN

1400 Manejo del dolor

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

ACTIVIDADES:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en el dolor del paciente.

INTERVENCIÓN

2210 Administración de analgésicos

Definición: Utilización de analgésicos para disminuir o eliminar el dolor.

ACTIVIDADES:

- Comprobar historial de alergias y órdenes médicas y observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

- Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicarle, si procede.

- Evaluar la eficacia del analgésico después de cada administración, especialmente después de dosis iniciales.

**CP: FLEBITIS,
EXTRAVASACIÓN,
DESALOJO,
ACODAMIENTO,
OBSTRUCCIÓN**

**SECUNDARIA A TERAPIA
IV**

OBJETIVO:

- Instaurar medidas de prevención de la flebitis, extravasación, desalojo, acodamiento y obstrucción.

INTERVENCIONES:

2440. Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.

ACTIVIDADES:

- Cambiar los sistemas, según el protocolo del centro.
- Observar si hay signos de oclusión del catéter.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.
- Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.

**CP: RIESGO DE
INFECCIÓN
RESPIRATORIA
SECUNDARIA A
ACUMULACIÓN DE
SECRECIÓN
RESPIRATORIA Y
HOSPITALIZACIÓN**

OBJETIVO:

- Instaurar medidas de prevención y detección temprana de la infección respiratoria.

INTERVENCIONES:

3140 Manejo de las vías aéreas

ACTIVIDADES:

- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos.
- Enseñar a toser de manera efectiva.
- Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación, si procede.

**CP: TROMBOEMBOLISMO
PERIFÉRICO
SECUNDARIO A
INMOVILIDAD.**

OBJETIVO:

- Instaurar las medidas de prevención y/o detección de signos y síntomas de tromboembolismo.

INTERVENCIONES:

4110 Precauciones en el embolismo

Definición: Disminución del riesgo de formación de émbolos en el paciente con trombos o en situación de riesgo de desarrollar trombos.

ACTIVIDADES:

-Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de extremidades).

-Ayudar al paciente con el margen de movimiento activo o pasivo, si procede.

- Administrar medicación anticoagulante profiláctica en bajas dosis y/o heparina.

CP. INFECCIÓN URINARIA, DESALOJO, OBSTRUCCIÓN DEL CATÉTER VESICAL RELACIONADO CON SONDAJE VESICAL.

OBJETIVO:

- Detectar signos y síntomas de infección urinaria, desalojo, obstrucción del catéter vesical.
- Instaurar las medidas de detección de infección urinaria, desalojo, obstrucción del catéter vesical.

INTERVENCIONES:

1876 Cuidados del catéter urinario

- Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Extraer el catéter lo antes posible.

**C/P RIESGO DE
HEMORRAGIA**

**SECUNDARIA A
PROCESOS INVASIVOS
COMO:**

- **INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA**
- **REDONES**

OBJETIVO:

- Instaurar medidas de
detección de
hemorragia.

INTERVENCIONES:

6650 Vigilancia.

ACTIVIDADES:

- Vigilar signos vitales.
- Anotar el tipo y la
cantidad de drenaje de
los tubos y orificios, y
notificar al médico los
cambios importantes.

INTERVENCIONES:

ACTIVIDADES:

**4010 Precauciones con
las hemorragias.**

- Observar si hay signos
y síntomas (sangre
franca u oculta).
- Administrar productos
sanguíneos, si procede.

C/P: INFECCIÓN

O DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

OBJETIVO:

- Instaurar las medidas de prevención y detección de la infección o dehiscencia de la herida quirúrgica.

INTERVENCIONES:

3660 Cuidados de las heridas.

Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

ACTIVIDADES:

- Anotar las características de la herida y de cualquier drenaje producido.

INTERVENCIONES:

3440 Cuidados del sitio de incisión.

- Usar técnica aséptica para la cura.

INTERVENCIONES:

1870 Cuidados del drenaje.

ACTIVIDADES:

- Mantener la permeabilidad.
- Mantener el recipiente al nivel adecuado.
- Fijar el tubo para evitar extracción accidental.
- Registrar periódicamente la cantidad, color y consistencia del contenido.

**CP: DISFUNCIÓN
NEUROMUSCULAR
PERIFÉRICA**

**SECUNDARIA A CIRUGÍA
ORTOPÉDICA E
INMOVILIDAD PARCIAL.**

OBJETIVO:

- Instaurar las medidas de prevención de disfunción neuromuscular.
- Instaurar medidas de detección de signos y síntomas de disfunción neuromuscular.

INTERVENCIÓN

0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular.

Definición: Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

ACTIVIDADES:

- Realizar ejercicios pasivos y asistidos si procede.
- Enseñar al paciente / familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de movimiento pasivos o activos.

INTERVENCIÓN

0221 Terapia de ejercicios: deambulación

Definición: Estímulo y asistencia en la deambulación.

ACTIVIDADES:

- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Animar al paciente a sentarse en la cama o en una silla, según tolerancia.
- Instruir al paciente / cuidador acerca de las técnicas de deambulación seguras.
- Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.

**DXE: 00074 RIESGO
DE AFRONTAMIENTO
FAMILIAR
COMPROMETIDO**

**R/C CONTINUIDAD
DE CUIDADOS EN SU
DOMICILIO**

INTERVENCIONES:

**7040 Apoyo al cuidador
Principal**

Definición: Suministro de información y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

- Determinar el nivel de conocimientos y aceptación de su papel del cuidador.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.

INTERVENCIONES:

**7370 Planificación del
alta**

Definición: Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.

- Ayudar al paciente / familia a preparar el alta.
- Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.

CONCLUSIONES.

La enfermería, durante todo el proceso de hospitalización, detecta necesidades y marca objetivos, pero, debido a múltiples causas, puede ser que no queden registrados, aunque los resultados de las intervenciones de enfermería son los adecuados, por lo que no se puede evaluar y cuantificar la calidad de los cuidados.

Los planes de cuidados estandarizados pueden ser una Guía práctica, fundamentada en la evidencia externa y en la experiencia profesional (evidencia interna), que clarifica la orientación de los cuidados a seguir en una situación previamente delimitada.

La atención enfermera basada en la evidencia nos resulta útil para:

- Poner a nuestro alcance los conocimientos necesarios para proporcionar los mejores cuidados.
- Estimular el aprendizaje permanente imprescindible para mantener un grado adecuado de competencia profesional.
- Fomentar el trabajo multidisciplinar, e identificar áreas que requieren investigación.

Estas guías permiten que todo el trabajo enfermero quede reflejado y pueda identificarse la gestión por procesos, al estar planteados desde las situaciones de cuidados y no solo desde los problemas prevalentes.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Medline Plus. Versión en Español. Servicio de la Biblioteca Nacional de medicina de EEUU y los institutos Nacionales de salud. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002975.htm
2. **McGraw Hill [editorial]**. Manual CTO. Volumen Enfermería Medicoquirúrgica, 2006. 4ª Edición.
3. Diccionario Médico Roche. 1ª Ed. Doyma. Soler- Argilaga, C; 1993. Artropatía; p. 157- 158.
4. Centro Médico Teknon. Dr. Llobet Miquel, 2005. Disponible en: www.teknon.es/consultorio/llobet/artrosis_prótesis.htm
5. **Fernández M, Moragón R, Moratalla E, Ríos A, Sánchez D**. Fractura de Cadera en mujeres mayores de 65 años. Enfer. Univer. Albacete. Sep. 1996.
6. **Munuera L**. Fracturas de la extremidad proximal del fémur. En: Introducción a la Traumatología y Cirugía Ortopédica. Madrid. Mc Graw_Hill. 1996. Pág 297-307.