

Plan de cuidados de fractura de cadera

Cristina Mariblanca Sevilla

Universidad Complutense de Madrid. E.U. Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina,
Pabellón II. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
crisms87@hotmail.com

Tutor

Alfonso Meneses Monroy

Universidad Complutense de Madrid. E.U. Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina,
Pabellón II. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
ameneses@enf.ucm.es

Resumen: La fractura de cadera es la lesión discapacitante más común y la causa de muerte accidental más frecuente en los ancianos. Por lo tanto, se está convirtiendo en un problema importante a tener en cuenta debido al envejecimiento de la población. Se presenta el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería de una mujer de 80 años con una fractura pertrocantérea de fémur izquierdo, al ser ésta la edad, el sexo y el tipo más común dentro de las fracturas de cadera. Tras la valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon en su segundo día postoperatorio, se determina que los diagnósticos de enfermería prioritarios son: deterioro de la movilidad en la cama, riesgo de sangrado, déficit autocuidado: baño, déficit autocuidado: uso del inodoro, déficit autocuidado: vestido, baja autoestima situacional, riesgo de infección y dolor agudo.

Palabras claves: Cadera-Fracturas-Cuidados.

Abstract: Hip fracture is the most common disabling injury and cause of accidental death more frequent in the elderly. It is therefore becoming an important issue to be considered owing to the aging of the population. We report the development of a nursing care plan of a woman 80 years, with a left femur intertrochanteric fracture, as this is the most common age, sex and type in hip fractures. After the nursing assessment according to Marjory Gordon's functional patterns in the second postoperative day, it is determined that the priority nursing diagnoses for this patient are: impaired bed mobility; risk of bleeding; self-care deficit: bathing; self care deficit: toilet; self-care deficit: dress; situational low self-esteem, infection risk and severe pain.

Keywords: Hip fracture-Care plan.

INTRODUCCIÓN

El término de fractura de cadera hace referencia a aquellas fracturas que se producen en el extremo proximal del fémur⁽¹⁾.

Las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante a tener en cuenta debido al envejecimiento de la población⁽²⁾, ya que es una patología frecuente en el paciente mayor⁽¹⁾ y constituye una de las indicaciones más habituales de cirugía en el anciano⁽³⁾. Este tipo de fractura es la lesión discapacitante más común y la causa de muerte accidental más frecuente en los ancianos⁽⁴⁾.

Es el motivo más común de hospitalización en los servicios de urgencia ortopédicos. Esta patología acarrea problemas que van más allá del daño ortopédico, afectando a diversas áreas como medicina interna, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social y en la economía de la atención sanitaria⁽⁵⁾.

En el año 2008 el coste global de los casos de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud, como consecuencia de una fractura de cadera fue de 395,7 millones de euros. Los costes medios por paciente en el 2008 fueron de 8.365,25 euros⁽⁶⁾.

Epidemiología

En España en el año 2008 se produjeron cerca de 36.000 casos de fractura de cadera, aunque este dato varía según la fuente consultada; de los cuales cerca del 90% ocurrieron en mayores de 65 años, siendo la edad media de aparición 80 años. Esta tasa bruta de incidencia está en aumento principalmente por el envejecimiento de la población y se estima que se duplicará para el año 2040⁽¹⁾.

En Estados Unidos, en el año 2008, se produjeron más de 340.000 fracturas de cadera en personas mayores de 65 años⁽⁷⁾. A nivel mundial se estima que las cifras de fractura de cadera estén en torno a 6 millones, un gran incremento comparado con el 1.7 millones de 1990⁽⁸⁾.

Mortalidad y complicaciones

La tasa de mortalidad por fractura de cadera en la fase hospitalaria varía alrededor del 5 y 10%^(1,5), en el primer mes de un 5 y un 10%⁽⁴⁾ y durante el primer año varía entre 15 y 20%^(1,4,5). Sin embargo, una vez pasado el primer año desde ocurrida la fractura la tasa de mortalidad se iguala a las personas de su misma edad y género que no han sufrido fractura de cadera⁽⁵⁾.

La calidad de la atención sanitaria perioperatoria es uno de los principales factores relacionados con la morbi-mortalidad⁽²⁾. También son factores de riesgo de la

mortalidad: la edad avanzada, el sexo masculino, la raza negra, el deterioro funcional e institucionalización previos, la comorbilidad y las complicaciones postoperatorias^(7,9).

Las fracturas de cadera son importantes además de por su alta incidencia, también por el elevado número de posibles complicaciones que pueden aparecer. Las más comunes son^(1,10):

- Trombosis venosa profunda: debido a la inmovilidad, por lo que está indicado el uso de heparinas de bajo peso molecular para prevenirlas.
- Embolismo pulmonar: en torno al 10-15% de los pacientes que presentan TVP.
- Distintos grados de discapacidad hasta la completa pérdida de su independencia⁽⁵⁾.
- Infección de la herida operatoria: se previene mediante profilaxis antibiótica, generalmente cefalosporinas de primera generación, durante las primeras 48 horas del postoperatorio.
- Trastornos hidroelectrolíticos.
- Úlceras por decúbito: es una complicación muy frecuente y normalmente suelen aparecer en aquellas zonas donde existen prominencias óseas.
- Infección urinaria: generalmente relacionada con el uso de sondas, por lo que es conveniente retirarlas entre 24-48 horas después de la intervención.
- Neumonías: ya que con la inmovilización de los pacientes no se facilita la eliminación de secreciones, al mismo tiempo que se produce una reducción de la capacidad pulmonar funcional.
- Síndrome confusional agudo: muy frecuente en los pacientes con deterioro cognitivo previo y que empeora el pronóstico rehabilitador posterior.

Etiología

La mayoría de las fracturas de cadera son resultado de tropiezos o caídas⁽⁴⁾ que generalmente suponen un traumatismo de baja energía⁽¹¹⁾. Las lesiones tienen un origen múltiple y reflejan el aumento de la tendencia a la caída, pérdida de reflejos de protección y mayor fragilidad ósea⁽⁴⁾.

Generalmente las caídas tienen lugar en el hogar durante las rutinas normales⁽¹²⁾ y un alto porcentaje cuando la persona mayor se dirige al cuarto de baño debido a la urgencia para orinar propia de los ancianos⁽¹³⁾.

Sin embargo, cerca del 5% no tiene el antecedente de traumatismo⁽⁵⁾. En pacientes ancianos y/o osteoporóticos la fractura puede preceder a la caída por suceder de forma espontánea, siendo ésta la causa y no la consecuencia⁽¹⁴⁾.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo de padecer una fractura de cadera son (tabla 1)⁽⁵⁾:

1. No modificables:

- Edad: a partir de los 65 años el riesgo de sufrir una fractura de cadera se duplica por cada incremento de 5 años de edad⁽¹⁾.
- Sexo: el 74% de las fracturas de cadera se producen en las mujeres⁽¹⁾, principalmente en las seniles de raza blanca⁽¹⁵⁾. Este mayor porcentaje frente a los varones se debe a que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida⁽¹⁾, la pelvis es más ancha con una tendencia a desarrollar coxa vara, sufren cambios hormonales después de la menopausia que se acompañan a menudo con una mayor incidencia de osteoporosis⁽¹⁶⁾.
- Raza: la incidencia de fractura de cadera predomina en la raza blanca, en la zona nórdica y es más baja en las razas asiáticas o negras⁽¹¹⁾.
- Historia de fractura de cadera materna:

Modificables o potencialmente modificables:

- ✓ Osteoporosis: ya que disminuye la resistencia del esqueleto y por lo tanto facilita que ocurra una fractura.
- ✓ Demencia: aproximadamente el 25% de los paciente con fractura de cadera tienen un elevado porcentaje de demencia⁽¹⁷⁾.
- ✓ Enfermedades neurológicas: alzheimer, parkinson y ACV⁽¹⁰⁾; también múltiples enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y cardiopatía⁽¹⁷⁾.
- ✓ Discapacidad visual.
- ✓ Fractura de cadera previa.
- ✓ Caídas de repetición⁽¹⁰⁾.
- ✓ Uso de gran cantidad de fármacos⁽¹⁷⁾: especialmente psicotrópicos.

- ✓ Exceso de consumo de alcohol, cafeína y tabaco⁽¹⁰⁾.
- ✓ Inactividad física.
- ✓ Bajo peso corporal: se ha comprobado que los individuos obesos sufren este tipo de fractura con menos frecuencia que los delgados⁽¹⁵⁾, ya que las personas obesas tienen una mayor masa ósea y los tejidos grasos ofrecen protección en la caída⁽¹⁶⁾.
- ✓ Institucionalización y entorno urbano⁽¹⁰⁾: en los pacientes institucionalizados la incidencia es tres veces mayor que aquellos que viven en la comunidad.

NO MODIFICABLES	MODIFICABLES O POTENCIALMENTE MODIFICABLES
Edad	Osteoporosis
Sexo	Demencia
Raza	Enfermedades neurológicas y crónicas
Fractura de cadera materna	Discapacidad visual
	Fractura de cadera previa
	Caídas de repetición
	Uso de gran cantidad de fármacos
	Exceso de consumo de alcohol, cafeína y tabaco
	Inactividad física
	Bajo peso corporal
	Institucionalización y entorno urbano

Tabla 1. Factores de riesgo de padecer fractura de cadera. Elaboración propia.

Clasificación

Según la localización de la línea de fractura se clasifican en dos grandes grupos (Figura 1)⁽¹⁸⁾:

- Intracapsulares: que incluyen las fracturas de la cabeza femoral, subcapitales, transcervicales y basicervicales⁽⁵⁾. El principal problema de estas fracturas es que pueden comprometer la vascularización de la cabeza femoral, dando lugar a una ausencia de consolidación e incluso a una necrosis avascular postraumática de la cabeza y el consiguiente colapso de la articulación⁽¹⁾.
- Extracapsulares: que incluyen las pertrocanteréas y subtrocantéreas⁽⁵⁾. Estas fracturas dan lugar a una pérdida de sangre a partir de superficies óseas

esponjosas vasculares, aunque en raras ocasiones producen necrosis avascular.
(12).

Las más frecuentes son las pertrocanteréas (50%) seguidas de las subcapitales.
(40%)(1).

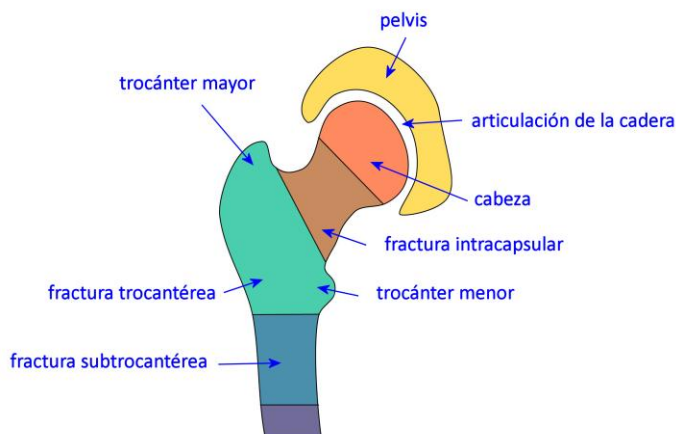


Figura 1. Clasificación de fracturas de cadera. Modificado de: <http://www.noscuidamos.com/salud/a-fondo/fracturas-de-la-cadera>.

Diagnóstico

Se debe de realizar una correcta anamnesis, preguntando sobre el antecedente del traumatismo, profundizando sobre la causa de la caída como en el mecanismo de la lesión.

En la exploración clínica suele aparecer un dolor intenso al intentar la movilización pasiva de la extremidad afectada, impotencia funcional, un acortamiento y rotación externa de la extremidad afectada(11). También pueden ir acompañadas de espasmo muscular, hematoma o equimosis a nivel de la cadera afectada(14).

Para confirmar el diagnóstico es preciso realizar un estudio radiológico con proyecciones anteroposterior y axial de la cadera. Si a pesar de todo el diagnóstico es dudoso y la sospecha de fractura es elevada, se pueden realizar otras exploraciones complementarias, como TAC, RM o gammagrafía ósea(11).

Tratamiento

Hay dos tipos de tratamiento:

1. En la mayoría de los casos será quirúrgico con anestesia raquídea principalmente por menores complicaciones que la anestesia general(5).

- Fracturas intracapsulares: En los adultos o pacientes geriátricos el tratamiento consistirá en la sustitución del cabeza femoral por una prótesis, dado que es muy peligroso conservarla. La artroplastia puede ser parcial si sólo se sustituye la cabeza femoral, o total si se sustituyen la cabeza y el acetábulo⁽¹⁾. En las personas jóvenes sin embargo se puede realizar osteosíntesis con tornillos canulados⁽⁵⁾.
- Fracturas extracapsulares: El tratamiento quirúrgico consiste en realizar osteosíntesis o fijación interna⁽¹⁾. Puede usarse clavos Gamma, placas DHS, Cavos Ender y otros tipos de clavos intramedulares⁽⁵⁾.

2. Pero en algunas circunstancias excepcionales, el tratamiento conservador será de elección. Está indicado en pacientes con estado general comprometido, no ambulatorio y con dolor limitado. La fractura pasa a un segundo plano, siendo conveniente realizar tempranamente una movilización asistida controlada para evitar las complicaciones de la larga permanencia en cama. Es más aplicable en las fracturas intertrocantericas que en las del cuello femoral⁽¹⁾.

Los aspectos claves para el tratamiento hospitalario de la fractura de cadera son⁽¹⁾:

- La intervención debe realizarse en las primeras 24 horas si estabilidad clínica.
- Se debe de realizar profilaxis de enfermedad tromboembólica.
- Se debe utilizar profilaxis antibiótica perioperatoria.
- La sonda vesical debe ser retirada en las primeras 24-48 horas.
- Hay que asegurar una buena analgesia.
- Comenzar con la movilización y rehabilitación tras valoración de la placa de control.
- La colaboración de un equipo multidisciplinar con intervención geriátrica disminuye la incidencia de complicaciones.

La movilización tras la intervención debe realizarse de forma precoz. En la mayoría de los pacientes se debe intentar la transferencia de la cama a la silla al día siguiente de la cirugía y comenzar progresivamente la carga tras realizar una radiografía de control y comprobar la estabilidad de la corrección quirúrgica. La rehabilitación básicamente consiste en ejercicios de potenciación muscular y movilidad articular progresiva para conseguir en primer lugar mantener la bipedestación, posteriormente la recuperación de la marcha y finalmente conseguir recuperar la capacidad de subir escaleras. El objetivo fundamental de la rehabilitación será

conseguir el mismo grado de capacidad funcional y de independencia para la marcha que el paciente tenía antes de la fractura⁽¹⁾.

Un elevado porcentaje (80%) de los ancianos que sufren fractura de cadera caminaban por sus propios medios antes de la fractura⁽¹⁷⁾. Sin embargo, sólo alrededor del 50% de los pacientes recuperan su nivel previo de deambulación^(3,5,17), el 10-15% no recupera la capacidad para caminar fuera del hogar y cerca del 20% pierde la capacidad de deambular fuera y dentro del hogar⁽⁵⁾. En anexos se muestra un pronóstico estimado de la fractura de cadera. (Figura 2).

Entre el 40-50% recuperan la independencia para las actividades de la vida diaria y sólo entre el 25-30% recuperan la independencia para las instrumentales⁽¹⁷⁾. Más de un 10% de los que sobreviven no estará en condiciones de retornar a su domicilio⁽⁴⁾.

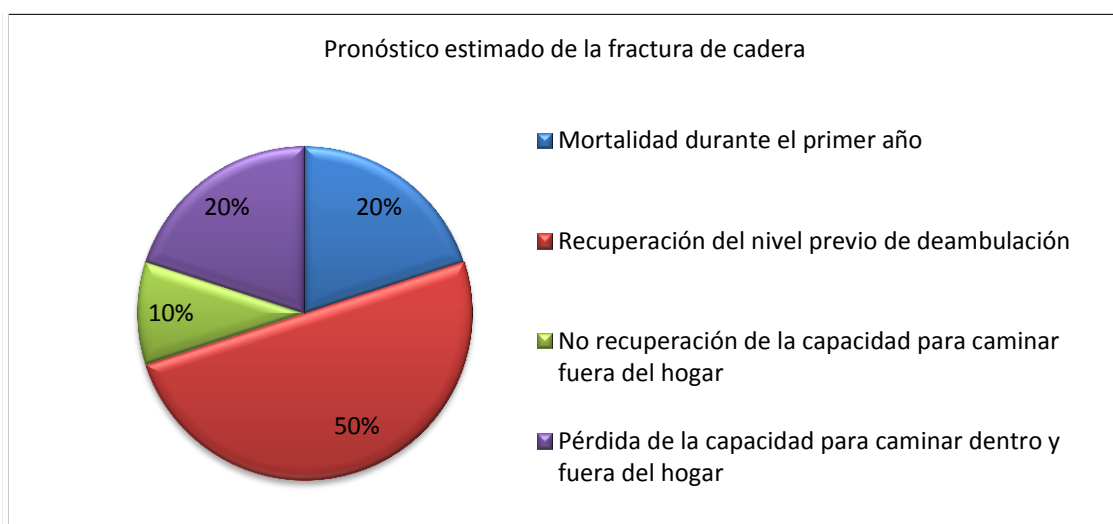


Figura 2. Pronóstico estimado de la fractura de cadera. Elaboración propia.

Prevención

Las principales medidas de prevención de la fractura de cadera son:

- Prevención de la osteoporosis: medidas no farmacológicas como fomentar tomar una dosis apropiada de calcio, moderar el consumo de alcohol⁽⁵⁾, abandono del tabaco, estimulación del ejercicio y medidas nutricionales para mantener un índice de masa corporal adecuado. Valorar el tratamiento farmacológico: suplementos de calcio y vitamina D, junto con asegurar una exposición solar adecuada o bien uso de bifosfonatos⁽¹⁾.
- Identificar y corregir los factores de riesgo de caídas: mejorar el equilibrio, la manera de caminar, la movilidad y la independencia funcional, reducir los factores ambientales que contribuyen al riesgo de caída⁽¹²⁾, tratamiento eficaz de los problemas sensoriales: visuales y auditivos, diagnóstico y tratamiento precoz del deterioro cognitivo y practicar dietas completas y equilibradas⁽²⁾.
- Protectores de caída: Son dispositivos externos que se colocan a nivel del trocánter mayor⁽¹⁾.

El desarrollo del tema consiste en un plan de cuidados de una paciente con fractura de cadera pertrocantérea, ingresada en un hospital público de la Comunidad de Madrid.

La paciente se encuentra en el segundo día postoperatorio, en el cual se centran la valoración de enfermería, los diagnósticos enfermeros y la planificación de los cuidados.

DESARROLLO DEL TEMA

Se desarrolla un plan de cuidados de una mujer de 80 años de edad, viuda, de nacionalidad española; que ingresa en el servicio de traumatología, procedente de urgencias para realizar intervención quirúrgica de fractura pertrocantérea de fémur izquierdo.

Se elige dicha paciente debido a que presenta el sexo, la edad y el tipo más predominante en la fractura de cadera.

- El 74% de las fracturas de cadera se producen en las mujeres⁽¹⁾, principalmente en las seniles de raza blanca⁽¹⁵⁾.
- La edad media de aparición es de 80 años⁽¹⁾.

- Las más frecuentes son las fracturas peritrocantéreas (50%)⁽¹⁾.

He elegido un plan de cuidados individualizado ya que cada paciente requiere unos cuidados de enfermería específicos y personalizados para satisfacer las necesidades que presenta en cada momento, en definitiva, cada persona somos únicos.

El proceso de atención de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. El proceso de enfermería es cíclico, es decir, sus componentes siguen una secuencia lógica, pero pueden intervenir más de un componente a la vez. Consta de las siguientes fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación⁽¹⁹⁾.

Valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon

La valoración de enfermería constituye la primera fase dentro del establecimiento de un plan de cuidados, sin cuya existencia sería imposible su desarrollo y de la que van a depender las decisiones adoptadas en el resto de fases⁽²⁰⁾. En ella se lleva a cabo la recogida, organización, validación y registro de los datos⁽¹⁹⁾.

Para realizarla se siguen los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, ya que permiten una valoración enfermera integral, sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

Dicha valoración enfoca su atención sobre 11 patrones y tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad⁽²⁰⁾.

Para realizar la valoración he seguido un modelo donde se muestran los contenidos que deben de aparecer en cada uno de los 11 patrones funcionales⁽²¹⁾.

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

La paciente percibe haber tenido un estado de salud muy bueno durante toda su vida, por lo que se considera una persona sana.

Tiene hipertensión desde hace unos 12 años controlada con medidas no farmacológicas y medicación antihipertensiva (Renitec®); hace 8 años desarrollo Diabetes Mellitus tipo II tratada con medidas no farmacológicas y antidiabético oral (Euglucon®).

Ha tenido 4 ingresos previos en el hospital: cuando tuvo a sus 2 hijos, por apendicectomía hace aproximadamente unos 35 años y la última vez en octubre del 2007 para colocarle una prótesis en la cadera derecha por fractura de la misma.

Los medicamentos previos al ingreso son: Euglucon® 5 mg (1/2-0-0) y Renitec® 5 mg (1-0-0).

Actualmente, ingresa procedente de urgencias por caída casual en la calle al estar el suelo mojado, diagnosticándole una fractura pertrocanterea de fémur izquierdo, sin traumatismo craneoencefálico. Se le realiza intervención quirúrgica mediante reducción cerrada y osteosíntesis con clavo gamma.

El tratamiento prescrito para la paciente en el segundo día postoperatorio es:

- Pantoprazol® 1 ampolla (I.V.)/cada 24 horas (12:00).
- Clexane® 40 mg (SUBC)/cada 24 horas (12:00).
- Paracetamol® 1 g (I.V)/cada 8 horas (8:00-16:00-24:00).
- Nolotil® 1 amp (I.V)/cada 8 horas (4:00- 12:00-20:00).
- Renitec® 5 mg (OR)/cada 24 horas (Desayuno).
- Kefol® 2 gr (I.V)/cada 8 horas (8:00-16:00-24:00).
- Si TA sistólica mayor o igual de 150 Hydrapres® 25 mg (OR).
- BMTest en desayuno, comida y cena.
- Insulina Actrapid® según pauta (SUBC):
 - ✓ Menor de 150: nada.
 - ✓ 151-200: 2 ui.
 - ✓ 201-250: 4 ui.
 - ✓ 251-350: 6ui.
 - ✓ Mayor de 351: avisar.
- Si más dolor Adolonta® 4 puff (SBL).

- Si no deposición en 3 días se ponen 2 Micralax® vía rectal, si no son efectivos al siguiente día se pone 250 cc de agua templada con 2 Duphalac® y 2 Micralax® vía rectal por turno hasta que sea efectivo.

Tenemos que vigilar el sangrado debido a que el paciente esta anticoagulada con Clexane® de 40 mg.

La paciente nunca ha fumado ni ha consumido alcohol ni ningún otro tipo de drogas.

Tiene puestas las vacunas reglamentarias y no ha tenido ningún accidente de tráfico ni casero.

Para conservar su salud sigue los tratamientos e indicaciones de los médicos y enfermeras, intenta cuidarse al máximo, apoyándose en su familia y amigos.

No alergias medicamentosas conocidas.

Ha recibido 2 transfusiones de sangre a lo largo de su vida, la primera cuando estuvo ingresada por la fractura de cadera derecha y la última en esta hospitalización.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

La paciente tiene una dieta diabética sin sal. Se le realizan BMTest antes de las comidas (desayuno, comida y cena) ya que tiene Diabetes Mellitus tipo II y se le pone la insulina Actrapid® correspondiente según la pauta del tratamiento. La hidratación de la paciente es adecuada, toma abundante agua.

En casa tenía una dieta saludable, le gustan prácticamente todos los alimentos y realizaba 3 comidas al día. La ingesta de líquidos era aproximadamente de un litro y medio.

A pesar de tener una dieta diabética y sin sal tiene buen apetito y últimamente no ha tenido variaciones en su peso.

Presenta una prótesis dental, no tiene problemas para la masticación, ni digestivos y no presenta náuseas ni vómitos.

La paciente no tiene problemas cutáneos y presenta buen color e hidratación de piel y mucosas. Tiene varias heridas:

- Herida quirúrgica en la cadera izquierda con 18 grapas, que presenta buen color y apenas drena.

- 2 redones en la cadera izquierda, cuyos puntos de inserción no presentan enrojecimiento.
- 1 vía venosa periférica en miembro superior izquierdo a nivel de la mano. No presenta flebitis y el punto de pinchazo no está enrojecido.

No presenta edemas, ni signos de tvp en los miembros inferiores.

Su temperatura es de 36,5 °C.

Su peso es de 63 kg, su talla es de 1,52 m y su índice de masa corporal es de 27.27 kg/m².

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

La paciente presenta incontinencia ocasional de esfuerzo, para lo cual usa compresas, y no tiene incontinencia fecal. No es portadora de sonda vesical.

La frecuencia urinaria es de unas 6-7 veces al día (dentro de estas 1 o 2 por la noche), en la cuña. La orina tiene buen aspecto y color.

No realiza deposiciones diarias, aunque antes de estar ingresada solía ir a diario al baño, por lo que se asocia a la inmovilización. Las deposiciones tienen buen color pero una consistencia dura y en pequeñas cantidades. Presenta abdomen distendido, no visceromegalias, no masas, ruidos hidroaéreos presentes.

Tiene 2 redones en la cadera izquierda. El número 1 drena 70 cc y el 2 30 cc al día, ambos contenidos son hemáticos.

No tiene sudoración excesiva, ni fuerte olor.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

Su actividad está limitada y su movilidad disminuida debido a la intervención quirúrgica y al dolor. De momento la paciente se encuentra encamada hasta la valoración por los médicos de la placa de control para determinar si es carga positiva o descarga, por lo que el aseo se le realiza en la cama con ayuda del auxiliar de enfermería. Siendo dependiente en este momento para todos los autocuidados de la vida diaria, excepto para la alimentación.

Para valorar la dependencia a la actividades básicas de la vida diaria en el paciente geriátrico, se realiza el índice de Katz⁽²²⁾ obteniéndose un resultado de F (Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad, y otra función adicional) y el índice de Barthel⁽²³⁾ con puntuación de 25 (Dependencia grave).

Ahora mismo la paciente no se encuentra con la energía suficiente para hacer su vida normal, ya que acaba de salir de una intervención y le espera una larga rehabilitación. Además debido a la anemia presenta mayor debilidad.

Sus actividades de ocio fuera del hospital son salir a pasear con sus vecinos y su perro y disfrutar de su familia.

La auscultación pulmonar se muestra con murmullo vesicular conservado y la auscultación cardíaca es rítmica sin soplos.

Su tensión arterial es de 142/84 mmHg y la frecuencia cardíaca de 84 l.p.m.

Respiración eupneica (17 r.p.m.)

PATRÓN 5. SUEÑO-DESCANSO

La paciente duerme aproximadamente 8 horas diarias y no tiene pesadillas. Comenta que duerme peor que en casa, ya que ahora además de despertarse para orinar se despierta por los ruidos, el ambiente extraño y debido al dolor. No toma ninguna sustancia para dormir.

No suele echarse la siesta, aunque en el hospital se duerme a ratos del aburrimiento. Comenta que el sueño no le es reparador, que se levanta muy cansada y no tiene energías para empezar un nuevo día.

Generalmente durante su estancia en hospital duerme acompañada por un familiar.

PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTUAL

La paciente presenta presbicia para lo cual usa gafas, pero no presenta alteraciones auditivas.

No tiene alteraciones en el sentido del gusto, el olfato ni el tacto.

Exploración neurológica sin focalidad, no traumatismo craneoencefálico como consecuencia de la caída.

No se ha observado ningún cambio en su memoria, se encuentra en estado de alerta y no tiene dificultades en la toma de decisiones, ni problemas con el lenguaje y el aprendizaje. No presenta síntomas de demencia y no tiene antecedentes de cuadro confusional agudo.

Su nivel de consciencia es orientada y capta perfectamente las preguntas e ideas, participando activamente en la entrevista, aunque también contribuye uno de sus hijos. Es colaboradora.

Presenta dolor agudo en la cadera izquierda, en la zona de la intervención quirúrgica, que se manifiesta de forma continuada y punzante. El dolor generalmente cesa con la analgesia que tiene pautada en el tratamiento que es Paracetamol® 1 gr. cada 8 horas (I.V), intercalado con 1 ampolla de Nolotil® cada 8 horas (I.V) pero hay veces que tiene que pedir medicación de rescate porque el dolor no cesa y se le pone 4 puff de Adolonta® (sbl).

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

La paciente comenta que no se ve muy bien a sí misma y que se siente cada vez más inútil debido al paso de los años.

Ha sufrido un cambio muy importante en su cuerpo, ya que de ser una persona independiente para las actividades básicas de la vida diaria, al tener la fractura de cadera necesita ayuda para la realización de todos los autocuidados.

Es una persona que no se enfada frecuentemente. Tiene muchas ganas de volver a casa.

Durante la hospitalización la paciente se encuentra muy pensativa, ya que se acuerda de la rehabilitación de la fractura de la otra cadera y piensa que esta vez no va a poder recuperar toda su movilidad.

PATRÓN 8. ROL-RELACIONES

Vive con uno de sus hijos y su familia en un 2º piso con ascensor. No tiene problemas familiares y su familia la ayudan y apoyan muchísimo.

Tiene 2 hijos y 5 nietos, los cuales le realizan dibujos para animarla.

La paciente durante la hospitalización está constantemente acompañada de algún familiar, bien por sus hijos, sus nueras o por alguno de sus hermanos. También recibe visitas de amigas y vecinas.

Se relaciona perfectamente con el personal sanitario y con su compañera de habitación, aunque a veces se encuentra un poco pensativa y callada.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

No tiene problemas en la reproducción. Tiene dos hijos, ambos nacieron por parto natural sin complicaciones, y no ha tenido ningún aborto

La paciente tuvo la menarquía a los 14 años y la menopausia aproximadamente a los 53 años, aunque no lo recuerda muy bien.

PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Desde la fractura de cadera derecha en octubre del 2007, se encuentra un poco deprimida y a pesar de recuperarse casi al 100% tras la rehabilitación piensa que esta vez no va a poder con ello, y va a ser una carga para sus hijos.

La paciente se encuentra tranquila, no tiene períodos de nerviosismo ni períodos de estrés.

PATRÓN 11. VALORES-CREENCIAS

La paciente se define católica y practicante. Ante los problemas le ayuda apoyarse en la religión.

Ahora en el hospital al no poder asistir a misa por estar encamada, intentará verla por la televisión. Además todas las mañanas lee el evangelio diario, y algunos días conversa con el sacerdote del hospital.

Diagnóstico

El diagnóstico es la segunda fase del proceso de enfermería. Esta fase consiste en el análisis de los datos obtenidos, identificación de los problemas de salud reales y potenciales y formulación de los diagnósticos de enfermería⁽¹⁹⁾.

Los diagnósticos de enfermería los abordamos según la taxonomía II de la NANDA, trabajando mediante dominios y clases, ya que es el método de trabajo reconocido actualmente.

Los diagnósticos enfermeros alterados que presenta la paciente según la valoración realizada son:

- Dominio 1: Promoción de la salud⁽²⁴⁾
 - ✓ No presenta alteración.
- Dominio 2: Nutrición⁽²⁴⁾
 - ✓ Clase 4: Metabolismo.
 - ✓ Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) r/c estado de salud física. Definición: Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre.
- Dominio 3: Eliminación e intercambio⁽²⁴⁾
 - ✓ Clase 1: Función urinaria.
 - ✓ Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017) r/c cambios degenerativos en los músculos pélvicos m/p pérdidas pequeñas de orina al realizar esfuerzos como coger peso, toser, reírse, etc.
 - ✓ Definición: Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumenten la presión intraabdominal.
 - ✓ Clase 2: Función gastrointestinal.
 - Riesgo de estreñimiento (00015) r/c actividad física insuficiente.
 - ✓ Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.
- Dominio 4: Actividad/reposo⁽²⁴⁾
 - ✓ Clase 1: Sueño/reposo.
 - ✓ Trastorno del patrón del sueño (00198) r/c interrupciones, ruidos y mobiliario desconocido en el dormitorio m/p la paciente al levantarse se encuentra cansada y su patrón normal de sueño ha cambiado.

- ✓ Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y la calidad del sueño debido a factores externos.
- ✓ Clase 2: Actividad/ejercicio.
- ✓ Déficit de las actividades recreativas (00097) r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p las actividades de ocio que llevaba la paciente en su vida cotidiana no pueden realizarse en el hospital.
- ✓ Definición: Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.
- ✓ Deterioro de la ambulación (00088) r/c deterioro musculoesquelético m/p la paciente no puede caminar.
- ✓ Definición: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.
- ✓ Deterioro de la habilidad para la traslación (00090) r/c deterioro musculoesquelético m/p incapacidad por parte de la paciente para trasladarse desde la cama a otra superficie.
- ✓ Definición: Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.
- ✓ Deterioro de la movilidad en la cama (00091) r/c deterioro musculoesquelético m/p incapacidad que presenta la paciente para adoptar posiciones en la cama.
- ✓ Definición: Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.
- ✓ Deterioro de la movilidad física (00085) r/c pérdida de la integridad de estructuras óseas (fractura) y deterioro musculoesquelético m/p la paciente presenta limitaciones del movimiento.
- ✓ Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.
- ✓ Riesgo de síndrome de desuso (00040) r/c inmovilización prescrita.
- ✓ Definición: Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

- ✓ Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar.
- ✓ Intolerancia a la actividad (00092) r/c inmovilidad m/p verbalización por parte de la paciente de no tener la energía suficiente para llevar a cabo una vida normal.
- ✓ Definición: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.
- ✓ Riesgo de sangrado (00206) r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento (administración de heparina) y trauma.
- ✓ Definición: Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.
- ✓ Clase 5: Autocuidado.
- ✓ Déficit de autocuidado: baño (00108) r/c el deterioro músculoesquelético m/p la paciente no puede realizar el baño e higiene de forma independiente.
- ✓ Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/ higiene.
- ✓ Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110) r/c deterioro músculoesquelético m/p la paciente no puede acceder al inodoro y necesita ayuda para usar el orinal o cuña.
- ✓ Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación.
- ✓ Déficit de autocuidado: vestido (00109) r/c deterioro músculoesquelético m/p la paciente necesita ayuda para vestirse.
- ✓ Definición: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.
- Dominio 5: Percepción/cognición⁽²⁴⁾
 - ✓ No presenta alteración.
- Dominio 6: Autopercepción⁽²⁴⁾
 - ✓ Clase 2: Autoestima.

- ✓ Baja autoestima situacional (00120) r/c deterioro funcional m/p los pensamientos negativos de la paciente ante la recuperación.
- ✓ Definición: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (fractura de cadera).
- Dominio 7: Rol/relaciones⁽²⁴⁾
 - ✓ Clase 1: Roles del cuidador.
 - ✓ Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062) r/c duración del requerimiento de cuidados.
 - ✓ Definición: El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.
- Dominio 8: Sexualidad⁽²⁴⁾
 - ✓ No presenta alteración.
- Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés⁽²⁴⁾
 - ✓ Clase 2: Respuestas al afrontamiento.

Afrontamiento ineficaz (00069) r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p verbalización por parte de la paciente de no poder salir de la situación en la que se encuentra.

Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

- Dominio 10: Principios vitales⁽²⁴⁾
 - ✓ Clase 3: Valores / creencias / congruencia de la acción
 - ✓ Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170) r/c hospitalización.
- Definición: Riesgo de deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular.
- Dominio 11: Seguridad/protección⁽²⁴⁾
 - ✓ Clase 1: Infección.

- ✓ Riesgo de infección (00004) r/c procedimientos invasivos (herida quirúrgica, 2 redones en la cadera izquierda y vía venosa periférica en el miembro superior izquierdo a nivel de la mano).
- ✓ Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.
- ✓ Clase 2: Lesión física.
- ✓ Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086) r/c cirugía ortopédica
- ✓ Definición: Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.
- ✓ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) r/c inmovilización física.
- ✓ Definición: Riesgo de alteración cutánea adversa.
- ✓ Protección ineficaz (00043) r/c perfiles hematológicos anormales (anemia), edad extrema, tratamientos (cirugía) m/p la paciente presenta debilidad.
- ✓ Definición: Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.
- Dominio 12: Confort⁽²⁴⁾
 - ✓ Clase 1: Confort físico.
 - ✓ Dolor agudo (00132) f/r agentes lesivos m/p expresiones y gesticulaciones de dolor por parte de la paciente.
 - ✓ Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.
- Dominio 13: Crecimiento / desarrollo⁽²⁴⁾
 - ✓ No presenta alteración.

Planificación

En la fase de planificación se tiene que priorizar los problemas de salud (diagnósticos), formular los objetivos/resultados deseados y determinar las intervenciones de enfermería que se van a llevar a cabo⁽¹⁹⁾.

Los diagnósticos prioritarios según la valoración de la paciente en su segundo día postoperatorio, teniendo en cuenta que tiene que ser un plan de cuidados que se pueda llevar a la práctica por una enfermera, en el tiempo que tiene y contando con el resto de paciente que están a su cargo son:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA (00091)

De los diagnósticos alterados del dominio 4 clase 2: actividad- ejercicio, el prioritario en este momento sería el deterioro de la movilidad en la cama, ya que ahora mismo la paciente se encuentra encamada y no se ha empezado con la rehabilitación.

Una vez que se le realice la radiografía de control y se le autorice la carga se comenzará a valorar el resto de diagnósticos para conseguir la máxima recuperación de la movilidad, a través de los ejercicios de la rehabilitación.

Al tratar el deterioro de la movilidad en la cama contribuimos a reducir el riesgo de estreñimiento, el riesgo de pérdida de la integridad cutánea y el riesgo de síndrome de desuso, ya que todos esos riesgos se deben a la inmovilidad de la paciente.

Resultados^(25,26)

Consecuencias de la movilidad fisiológicas (0204): Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Indicadores

- 020401 Úlceras por presión: 5 Ninguno.
- 020402 Estreñimiento: 4 Leve.
- 020408 Retención urinaria: 5 Ninguno.
- 020418 Trombosis venosa: 5 Ninguno.
- 020422 Neumonía: 5 Ninguno.

- 020404 Estado nutricional: 5 No comprometido.
- 020411 Fuerza muscular: 3 Moderadamente comprometido.
- 020412 Tono muscular: 3 Moderadamente comprometido.
- 020414 Movimiento articular: 2 Sustancialmente comprometido.

Posición corporal autoiniciada (0203): capacidad para cambiar de posición independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Indicadores

- 020302 De tumbado a sentado: 3 Moderadamente comprometido.
- 020303 De sentado a tumbado: 3 Moderadamente comprometido.
- 020304 De sentado a ponerse de pie: 2 Sustancialmente comprometido.
- 020305 De pie a sentado: 3 Moderadamente comprometido.

Intervenciones y actividades^(25,27)

Cambio de posición (0840): movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.

- Explicar a la paciente que se le va a cambiar de posición.
- Animar a la paciente a participar en los cambios de posición.
- Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos.
- Evitar colocar a la paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Enseñar a la paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.

Cuidados del paciente encamado (0740): fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

- Explicar las razones de su reposo en cama.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y libre de arrugas.

- Fijar un trapecio a la cama.
- Vigilar el estado de la piel.
- Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.
- Observar si se produce estreñimiento.

RIESGO DE SANGRADO (00206)

Este diagnóstico sería prioritario ya que se trata de una paciente que se encuentra en su segundo día postoperatorio y se encuentra bajo tratamiento anticoagulante.

Resultados⁽²⁶⁾

Control del riesgo (1902): acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

Indicador

- 190206: Se compromete con estrategias de control de riesgo: 4 Frecuentemente demostrado

Intervenciones⁽²⁷⁾

- Vigilancia (6650): recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.
 - ✓ Vigilar signos vitales.
 - ✓ Observar si hay tendencias hemorrágicas.
 - ✓ Anotar el tipo y la cantidad de drenaje de los tubos y orificios, y notificar al médico los cambios importantes.

La paciente al ser dependiente de todos los autocuidados de la vida diaria excepto de la alimentación, serían diagnósticos prioritarios.

Habría un resultado común para todos los déficit de autocuidados que es^(24,25):

Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (0300): Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores

- 030002 Se viste: 2 Sustancialmente comprometido.
- 030003 Uso del inodoro: 2 Sustancialmente comprometido.
- 030004 Se baña: 2 Sustancialmente comprometido.
- 030006 Higiene: 2 Sustancialmente comprometido.
- 030008 Deambulaci3n: camina: 1 Gravemente comprometido.
- 030010 Realizaci3n del traslado: 2 Sustancialmente comprometido.
- 030012 Cambia de posici3n solo: 2 Sustancialmente comprometido.

DÉFICIT AUTOCUIDADO: BAÑO (00108)

Resultados^(25,26)

Autocuidados: baño (0301): capacidad para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores

- 030101 Entra y sale del cuarto de baño: 1 Gravemente comprometido.
- 030113 Se lava la cara: 5 No comprometido.
- 030114 Se lava la parte superior del cuerpo: 4 Levemente comprometido.
- 030115 Se lava la parte inferior del cuerpo: 2 Sustancialmente comprometido.
- 030111 Seca el cuerpo: 3 Moderadamente comprometido.

Autocuidados: higiene (0305): capacidad para mantener la higiene corporal y un buen aspecto independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Indicadores

- 030501 Se lava las manos: 5 No comprometido.
- 030503 Se limpia la zona perineal: 3 Moderadamente comprometido.
- 030506 Mantiene la higiene bucal: 5 No comprometido.
- 030509 Se peina o cepilla el pelo: 5 No comprometido

Intervenciones^(25,27)

- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801): Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, etc).
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Baño (1610): Baño corporal a efectos de relajación, limpieza y curación.
- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.
- Cuidado de los pies.
- Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies.
- Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.
- Observar si hay insuficiencia vascular en la parte inferior de las piernas.
- Observar si hay edema en piernas y pies.
- Cuidados del cabello (1670): Promoción del aseo, limpieza y aspecto del pelo.
- Lavar el cabello si es necesario.

DÉFICIT AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO (00110)

Resultados^(25,26)

Autocuidados: uso del inodoro (0310): capacidad para utilizar el inodoro independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Indicadores

- 031004 Se quita la ropa: 3 Moderadamente comprometido.
- 031005 Se coloca en el inodoro o en el orinal: 2 Sustancialmente comprometido.
- 031011 Evacua: 5 No comprometido.
- 031007 Se limpia después de orinar o defecar: 3 Moderadamente comprometido.
- 031009 Se ajusta la ropa después de usar el inodoro: 3 Moderadamente comprometido.

Intervenciones^(25,27)

- Ayuda con los autocuidados: aseo (1804): Ayudar a la otra persona en las eliminaciones.
- Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- Ayudar al paciente con la cuña.
- Facilitar la higiene de aseo después de la eliminación.
- Limpiar el utensilio de la eliminación.
- Manejo de intestinal (0430): Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal irregular.
- Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- Observar si hay sonidos intestinales.

- Manejo de la eliminación urinaria (0590): Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.

DÉFICIT AUTOCUIDADO: VESTIDO (00109)

Resultados^(25,26)

Autocuidados: vestir (0302): capacidad para vestirse independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Indicadores

- 030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo: 4 Levemente comprometido.
- 030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo: 1 Gravemente comprometido.
- 030211 Se quita la ropa: 2 Sustancialmente comprometido.
- 030214 Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo: 1 Gravemente comprometido.

Intervenciones^(25,27)

- Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802): Ayudar a un paciente con las ropas y el maquillaje.
- Disponer las prendas de la paciente en una zona accesible.
- Estar disponible para ayudar en el vestir.
- Vestir (6650): Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.
- Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse.
- Vestir al paciente después de completar la higiene personal.

- Manejo ambiental (6480): manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance de la paciente.
- Proporcionar ropa de cama y vestidos en buen estado.

BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00120)

La paciente se encuentra con muy pocos ánimos, piensa que no va a poder recuperar su movilidad anterior y va a ser una carga para sus hijos. Al tratar este diagnóstico probablemente mejoraríamos a la vez los diagnósticos de intolerancia a la actividad y afrontamiento ineficaz, los cuales se manifiestan por la paciente de la misma manera.

Resultados^(25,26)

- Adaptación a la discapacidad física (1308): respuesta adaptativa a un reto funcional importante debido a una discapacidad física.

Indicadores

- 130801 Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad: 4 Frecuentemente demostrado.
- 130903 Se adapta a limitaciones funcionales: 4 Frecuentemente demostrado.
- 130807 Identifica maneras para aumentar el sentido del control: 4 Frecuentemente demostrado.
- 130812 Acepta la necesidad de asistencia física: 4 Frecuentemente demostrado.

Autoestima (1205): juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.
Indicadores:

- 120501 Verbalizaciones de autoaceptación: 4 Frecuentemente positivo.
- 150502 Aceptación de las propias limitaciones: 5 Siempre positivo.
- 120507 Comunicación abierta: 5 Siempre positivo.
- 120511 Nivel de confianza: 4 Frecuentemente positivo.

- 120519 Sentimientos sobre su propia persona: 4 Frecuentemente positivo.

Intervenciones^(25,27)

- Potenciación de la autoestima (5400): ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.
- Observar las frases de la paciente sobre su propia valía.
- Determinar la confianza de la paciente en sus propios juicios.
- Animar a la paciente a identificar sus virtudes.
- Ayudar a la paciente a aceptar la dependencia de otros.
- Aumentar el afrontamiento (5230): ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.
- Valorar la comprensión de la paciente del proceso de su enfermedad.
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Ayudar a la paciente a identificar sistemas de apoyo disponible.
- Apoyo emocional (5270): proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
 - ✓ Comentar la experiencia emocional con la paciente.
 - ✓ Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

Es prioritario ya que la paciente tiene una herida quirúrgica, 2 redones en la cadera izquierda y vía venosa periférica en el miembro superior izquierdo a nivel de la mano. La presencia de infección alargaría el tiempo de recuperación de la paciente.

Resultados^(25,26)

Curación de la herida: por primera intención (1102): magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.

Indicadores

- 110213 Aproximación de los bordes de la herida: 4 Sustancial.
- 110205 Secreción serosanguinolenta de la herida: 5 Ninguno.
- 110206 Secreción sanguínea del drenaje: 5 Ninguno.
- 110208 Eritema cutáneo circundante: 5 Ninguno.
- 110209 Edema perilesional: 5 Ninguno.
- 110210 Aumento de la temperatura cutánea: 5 Ninguno.

Intervenciones^(25,27)

Cuidados de las heridas (3660): prevención de las complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas:

- Despegar los apósitos y la cinta adhesiva.
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina normal.
- Mantener la técnica estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

Cuidados del sitio de incisión (3440): limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas:

- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.

- Limpiar desde la zona más limpia a la zona menos limpia.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.
- Cambiar el vendaje a los intervalos adecuados.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.

Cuidados de las heridas: drenaje cerrado (3662): mantenimiento de un sistema de drenaje de presión en una herida:

- Vaciar el sistema de drenaje de heridas cerrado.
- Registrar el volumen y las características del drenaje a intervalos adecuados.
- Evitar acodar los tubos.
- Inspeccionar las suturas, manteniendo el dispositivo de recogida en su sitio.
- Numerar los dispositivos de recogida.
- Eliminar los vendajes sucios, los suministros y el drenaje de manera adecuada.

Control de infecciones (6540): minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos:

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Usar guantes estériles si procede.

Vigilancia de la piel (3590): recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

- Observar si hay enrojecimiento.
- Vigilar el color de la piel.

DOLOR AGUDO (00132)

Este diagnóstico es prioritario ya que la paciente se encuentra en su segundo día postoperatorio y presenta un dolor agudo en la cadera izquierda, en la zona de la intervención quirúrgica, que se manifiesta de forma continuada y punzante.

Resultados^(25,26)

- Control del dolor (1605): Acciones personales para controlar el dolor.

Indicadores

- 150501 Reconoce factores causales: 5 Siempre demostrado.
- 160503 Utiliza medidas preventivas: 5 Siempre demostrado.
- 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada: 5 Siempre demostrado.
- 160508 Utiliza los recursos disponibles: 5 Siempre demostrado.
- 160509 Reconoce síntomas asociados al dolor: 5 Siempre demostrado.
- 160511 Refiere dolor controlado: 4 Frecuentemente demostrado.

Intervenciones^(25,27)

- **Manejo de la medicación (2380):** facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo a la prescripción médica.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- **Manejo del dolor (1400):** alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
 - ✓ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.
 - ✓ Explorar con la paciente los factores que alivian y empeoran el dolor.

- ✓ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, las características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- **Manejo ambiental: confort (6482):** manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
 - ✓ Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona.
 - ✓ Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
 - ✓ Colocar a la paciente de forma que se facilite la comodidad.

El resto de diagnósticos que tiene alterados la paciente no son prioritarios:

El riesgo de nivel de glucemia inestable no es un diagnóstico prioritario debido a que la paciente presenta unos niveles de glucemia dentro de la normalidad, ya que tiene prescrita su medicación. Lo que se debería de hacer es controlar los niveles de glucemia (BMTest) antes de las comidas (desayuno-comida-cena) y administrar la medicación pautada.

La incontinencia urinaria de esfuerzo, es un problema que la paciente ya presentaba antes de ser ingresada y él cual ya ha sido abordado mediante el uso de compresas.

El riesgo de estreñimiento, el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y el riesgo de síndrome de desuso, son tres diagnósticos derivados de la baja movilidad que tiene la paciente, por lo que contribuimos a disminuirlos al tratar el deterioro de la movilidad en la cama. Se reducirán mucho más una vez autorizada la carga, tras la placa de control, y abordar los diagnósticos deterioro de la deambulación, deterioro de la movilidad física y deterioro de la habilidad para la traslación.

El trastorno del patrón del sueño y el déficit de actividades recreativas no son considerados como prioritarios ya que son debidos a la hospitalización. Entre lo que debemos de hacer estaría proporcionarle un ambiente relajado para la paciente y buscar actividades de ocio.

La intolerancia a la actividad y el afrontamiento ineficaz probablemente se mejoran al abordar el diagnóstico de baja autoestima situacional.

El riesgo de cansancio: rol del cuidador, no es prioritario ya que de momento la paciente presenta un buen apoyo familiar, pero siempre hay que tenerlo en cuenta ya que la fractura de cadera supone una recuperación de mucho tiempo.

El riesgo de deterioro de la religiosidad no se considera prioritario ya que de momento la paciente ve la misa por la televisión, lee su evangelio diario y algunos días conversa con el sacerdote del hospital.

Riesgo de disfunción neurovascular periférica se valora dentro del diagnóstico déficit del autocuidado: baño, en la intervención baño.

Protección ineficaz no es un diagnóstico prioritario porque depende de otros factores como son la edad, los perfiles hematológicos anormales, la inmovilidad y el tratamiento. La presencia de anemia en la paciente no se ha considerado como diagnóstico prioritario debido a que ya ha sido transfundida.

Las intervenciones enfermeras no procedentes de diagnósticos enfermeros serían⁽²⁸⁾:

Colaboración con el médico (7710): colaboración con el médico para proporcionar cuidados de calidad al paciente.

- Actividades:
 - ✓ Establecer una relación de trabajo profesional con el personal médico.
 - ✓ Participar en la orientación del personal médico.
 - ✓ Informar de los cambios en el estado del paciente.

Declarar la verdad al paciente (5470): uso de toda la verdad, verdad parcial o retardar el decir la para fomentar la autodeterminación y el bienestar del paciente.

- Actividades
 - ✓ Establecer una relación de confianza.
 - ✓ Decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza.

Documentación (7920): registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.

- Actividades
 - ✓ Registrar los hallazgos completos en la valoración en registros iniciales.
 - ✓ Registrar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados.

- ✓ Describir las conductas del paciente de manera objetiva y precisa.
 - ✓ Registrar la respuesta del paciente a las intervenciones enfermeras.
 - ✓ Guardar la confidencialidad del registro.
 - ✓ Informe de turnos (8140): Intercambio de la información esencial de cuidados de pacientes con otro personal de cuidados al cambiar el turno.
- Actividades
 - ✓ Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad de los cuidados.
 - ✓ Describir el régimen de tratamiento, incluyendo la dieta y medicamentos.
 - ✓ Describir los datos de estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.
 - ✓ Describir las Intervenciones de Enfermería llevadas a cabo.
 - ✓ Resumir los progresos en las metas fijadas.

Administración de medicación (2300): preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

- Actividades
 - ✓ Comprobar las posibles interacciones y contraindicaciones de los fármacos.
 - ✓ Tomar nota del historial médico y del historial de alergias del paciente.
 - ✓ Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.
 - ✓ Observar los efectos terapéuticos, los efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.
 - ✓ Registrar los medicamentos administrados y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución.

Flebotomía: muestra de sangre venosa (4238): extracción de una muestra sanguínea venosa de una vía sin canalizar.

- Actividades
 - ✓ Revisar la ordenación médica de la extracción de sangre.
 - ✓ Verificar la correcta identificación del paciente.
 - ✓ Seleccionar la vena, teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, el estado mental, comodidad, edad, disponibilidad y condición de los vasos sanguíneos.
 - ✓ Seleccionar el tipo y tamaño de agujas adecuados.
 - ✓ Seleccionar el tubo de muestra sanguínea adecuado.
 - ✓ Promover la dilatación del vaso.
 - ✓ Limpiar el sitio de punción con movimientos circulares, comenzando en el sitio de venopunción proyectado y moviéndose en círculos hacia fuera.
 - ✓ Mantener una técnica aséptica estricta.
 - ✓ Insertar la aguja a un ángulo de 20 o 30° en dirección del retorno sanguíneo venoso.
 - ✓ Observar si se produce retorno sanguíneo en la aguja.
 - ✓ Retirar la muestra de sangre.
 - ✓ Extraer la aguja de la vena y aplicar presión inmediatamente en el sitio con una gasa seca.
 - ✓ Etiquetar la muestra.
 - ✓ Enviar la muestra etiquetada al laboratorio correspondiente.

Manejo de muestras: obtener, preparar y preservar una muestra para un análisis de laboratorio.

- Actividades
 - ✓ Obtener la muestra requerida, de acuerdo con el protocolo.

- ✓ Etiquetar la muestra con los datos adecuados.
- ✓ Colocar la muestra en un recipiente adecuado para su transporte.
- ✓ Disponer el transporte de la muestra al laboratorio.

Punción intravenosa (i.v.) (4190): inserción de una aguja en una vena periférica al efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos.

- Actividades
 - ✓ Verificar la orden de la terapia intravenosa.
 - ✓ Realizar una técnica aséptica estricta.
 - ✓ Identificar si el paciente es alérgico a algún medicamento, yodo o esparadrapo.
 - ✓ Seleccionar una vena apropiada para la venopunción.
 - ✓ Elegir el tipo adecuado de aguja en función del propósito y de la duración de uso.
 - ✓ Limpiar la zona con una solución adecuada.

Facilitar el aprendizaje (5520): fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.

- Actividades
 - ✓ Establecer metas realistas, objetivas para el paciente.
 - ✓ Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
 - ✓ Establecer la información en una secuencia lógica.
 - ✓ Relacionar la información con las necesidades del paciente.
 - ✓ Utilizar un lenguaje familiar.
 - ✓ Responder a las preguntas de forma clara y concisa.
 - ✓ Repetir la información importante.

Fomentar de la implicación familiar (7110): facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico de la paciente.

- Actividades
 - ✓ Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado de la paciente.
 - ✓ Observar la estructura familiar y sus roles.
 - ✓ Facilitar la comprensión de la familia de los aspectos médicos de la enfermedad.
 - ✓ Animar a los miembros de la familia a mantener las relaciones familiares.
 - ✓ Ayudar al cuidador principal a conseguir el material para proporcionar los cuidados necesarios.

Aplicación o ejecución

Es la cuarta fase del proceso de atención de enfermería. Consiste en la realización (o delegación) y registro de las intervenciones de enfermería planificadas. Cuyo objetivo es ayudar al paciente a alcanzar los objetivos o resultados deseados⁽¹⁹⁾.

Evaluación

La evaluación se basa en la medida del grado en el cual se han cumplido los objetivos o resultados e identificar los factores que de forma positiva o negativa influyen en el logro de los objetivos. Con ello determinamos si continuar, modificar o terminar con el plan de asistencia⁽¹⁹⁾.

La evaluación se realizará mediante los indicadores de los criterios de resultado al alta de la paciente, para su derivación a un centro de rehabilitación. Dichos indicadores están colocados junto a los criterios de resultado.

Los objetivos fundamentales que debemos plantearnos ante un anciano con fractura de cadera son básicamente, disminuir la mortalidad y conseguir recuperar la situación funcional previa a la fractura procurando conseguir estos logros en el menor tiempo y al menor coste posible, y estableciendo las estrategias necesarias para que estos beneficios se mantengan a medio y largo plazo⁽¹⁷⁾.

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⁽¹⁵⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vidan Astiz MT, González de Villaumbrosía C. Fractura de cadera. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriatria en atención primaria. 4ª ed. Madrid: Aula Médica; 2008. p. 255-261.
2. Campos F, Girbes I, Canto M, González E. Fractura de cadera. Un problema que previsiblemente aumentará en los próximos años. Enferm Integral. 2005;17-20.
3. Miguel Herrero I de, Calvo Crespo E. Fracturas de cadera: técnica quirúrgica y carga precoz. Patología del Aparato Locomotor. 2006;4(2):108-115.
4. Parker M, Johansen A. Hip fracture. Clinical review. 2006;333:27-30.
5. Muñoz S, Lavanderos J, Vilches L, Delgado M, Cárcamo K, Passalacqua S, et al. Fractura de cadera. Cuad Cir. 2008; 22:73-81.
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS. [consultado 20/11/2010]. Disponible en Web: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas_comentadas_01.pdf
7. Mortimore E, Haselow D, Dolan M, Hawkes WG, Langenberg P, Zimmerman S, et al. Amount of social contact and hip fracture mortality. JAGS. 2008; 56(6):1069-1074.
8. Economía de la Salud. Las fracturas de cadera suponen un coste de 25.000 millones de euros al año en UE. [consultado 21/11/2010]. Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/44/08_pdf/Costes.pdf
9. Pedersen S, Borgbjerg F, Schousboe B, Pedersen B, Jørgensen H, Duus B, et al. A comprehensive hip fracture program reduces complication rates and mortality. JAGS. 2008; 56(10):1831-1838.
10. Zarza Pérez A, Vinuesa Acosta J, Prados Gallardo AM, Gallardo Bautista J. Caídas en el anciano. En: Cervera Díaz MC, Sáiz García J. Actualización en geriatría y gerontología II. 4ª ed. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2009. p. 359-389.
11. García S, Plaza R, Popescu D, Estaban PL. Fracturas de cadera en las personas mayores de 65 años: diagnóstico y tratamiento. Jano. 2005;69(1574):23-29.

12. Olivieri R. Sistema musculo-esquelético. En: Tabloski P. Enfermería gerontológica. 2ª ed. Madrid: Pearson Education; 2010. p. 575-620.
13. Pérez Melero A, editor. Guía de cuidados de personas mayores. Madrid: Síntesis; 1999.
14. CODEM. Metodología enfermera: Guía de cuidados de enfermería en un paciente con fractura de cadera en urgencias. [consultado 15/11/2010]. Disponible en:
http://www.codem.es/Docs/Noticias/poster_fx_cadera_identificado.pdf
15. Ten Gil A, Campos Adrián E, Casañ Benito A, González E. Cuidados de enfermería en los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en el CHGUV. Enfermería Integral. 2007;80:37-40.
16. Phipps W. El paciente con problemas musculo-esqueléticos. En: Long B, Phipps W, Cassmeyer V. Enfermería médico-quirúrgica. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 1999. p. 1374-1443.
17. Serra Rexach JA, Vidán Astiz M. Intervención geriátrica de la fractura de cadera. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41(2):83-4.
18. Fracturas de cadera. Nos cuidamos.com. [consultado 05/12/2010]. Disponible en: <http://www.noscuidamos.com/salud/a-fondo/fracturas-de-la-cadera>
19. Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 8ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2008.
20. Ribas Cacha AA, Aréjuela Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Fuden; 2006.
21. NIPE. Patrones Funcionales de M. Gordon. [consultado 03/12/2010]. Disponible en: http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf
22. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Índice de Katz. [consultado 07/12/2010]. Disponible en:
http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE_KATZ.pdf
23. Infogerontología. Índice de Barthel. [consultado 07/12/2010]. Disponible en:
http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/indice_barthel.pdf
24. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

25. Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al., editores. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
26. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
27. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
28. Universidad Complutense de Madrid. Guía de prácticas Clínicas. [consultado 02/01/2011]. Disponible en:
http://www.ucm.es/info/euefp/Guia/Guia_CD/Por%20cursos/Tercero/Interv_no_Dx3.htm

Recibido: 9 enero 2011.

Aceptado: 17 enero 2012.