



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACION SAN LUIS POTOSÍ  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 8512/15**

**“PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN EL ADULTO MAYOR CON  
ARTOPLASTÍA TOTAL DE CADERA”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICÍA

PRESENTA: ANDREA ELIZABETH HERNÁNDEZ CHÁVEZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 8512/15**

**“PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN EL ADULTO MAYOR CON  
ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta: Andrea Elizabeth Hernández Chávez

Tutora: MAE: Claudia Patricia Pérez Hernández.

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA**

**CRUZ ROJA  
MEXICANA**

**DELEGACION SAN LUIS POTOSI**

**INCORPORADA A LA UNAM**

**CLAVE 8715/12**

*Carta de aceptación definitiva del plan de cuidados para la titulación de la licenciatura en enfermería y obstetricia.*

Los suscritos miembros del proceso de titulación de  
Andrea Elizabeth Hernández Chávez

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

*“Plan de cuidados en el adulto mayor con artroplastia total de cadera”*

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de licenciatura en enfermería y obstetricia.

---

MAE. Claudia Patricia Pérez Hernández.  
Tutora

---

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López  
Presidenta

---

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha  
Secretaria.

---

L.E.O Agripina Gutiérrez García.  
Vocal

# INDICE

I.- RESUMEN DEL TRABAJO .....	7
II - INTRODUCCIÓN .....	8
III - JUSTIFICACIÓN.....	10
IV - OBJETIVOS .....	12
4.1 Objetivo general.....	12
4.2 Objetivos específicos .....	12
V - MARCO TEÓRICO .....	13
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria .....	13
5.3 Proceso de atención de enfermería.....	21
5.4 Modelo teórico utilizado para la valoración de PCE .....	25
5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado .....	26
5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero .....	28
5.5.1 Valoración.....	28
5.5.2 Diagnostico.....	29
5.5.3 Planeación .....	31
5.5.4 Ejecución .....	32
5.5.5 Evaluación .....	33
5.5.6 Problemática de salud de la persona.....	38
5.5.7 Diagnóstico y tratamiento.....	44
VI - RESUMEN DEL CASO CLÍNICO .....	49
6.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado .....	49
6.2 DIAGNÓSTICO ENFERMERO, RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO .....	53
6.3 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO).....	57
6.3.1 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO).....	58
6.3.2 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO).....	59
6.3.3 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO).....	60
6.3.4 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO).....	61
6.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN: COGNITIVO / PERCEPTUAL .....	62
6.4.1 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN: ACTIVIDAD / EJERCICIO .....	65
6.4.2 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN: ACTIVIDAD / EJERCICIO .....	67
6.4.3 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN: ELIMINACIÓN .....	70
6.4.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN: SUEÑO / DESCANSO .....	74
VII - PLAN DE ALTA.....	77

<b>PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA .....</b>	<b>83</b>
<b>VIII - CONCLUSIONES .....</b>	<b>89</b>
<b>IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>90</b>
<b>X - GLOSARIO DE TERMINOS .....</b>	<b>94</b>
<b>XI - ANEXOS .....</b>	<b>98</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi abuelo por el apoyo brindado durante estos años, por enseñarme a luchar por las metas que nos proponemos. Por enseñarme a formarme como persona, me quedo con esos buenos consejos dados, con los buenos momentos que compartimos.

Agradezco a mi Madre por darme la mejor herencia de mi vida que es mi carrera y es lo que realmente me gusta. Por todos aquellos desvelos, lagrimas, sonrisas y sobre todo la paciencia de aquellos días que tenía que doblar turno, le agradezco porque me enseñó a no perder la paciencia ante situaciones complicadas.

No pueden faltar mis maestros, gracias por sus enseñanzas, su paciencia, la dedicación de día a día. Los conocimientos otorgados que me sirven de mucho hoy en día ejerciendo la profesión. Porque gracias a cada uno de ellos se pudo lograr este propósito de vida. A la maestra Claudia Patricia Pérez Hernández, por su tiempo y dedicación durante el proceso de realización del plan de cuidados, el compartir conmigo sus conocimientos.

"La inteligencia es la habilidad de adaptarse a los cambios."

Stephen Hawking

## **I.- RESUMEN DEL TRABAJO**

En el presente trabajo veremos la importancia de mejorar la calidad de vida de un paciente que sufrió de artrosis de cadera la cual es una enfermedad incurable y el tratamiento fue un reemplazo de cadera. Los cuidados de enfermería son de suma importancia para una pronta recuperación, evitar que la herida quirúrgica se contamine, que, así como nuestro paciente y familiares tengan los conocimientos básicos que ayuden a una pronta recuperación. Gracias a las herramientas importantes para el área de enfermería como es la NANDA, NIC Y NOC nos permite tener cuidados individualizados y especializados dependiendo de la problemática de salud del paciente, esto se verá reflejado al momento del alta del paciente ya que será menor el tiempo de la estancia en un hospital.

Los más propensos a dicha problemática son las personas de alrededor de 65 años a 80 años, la mayoría de ellos tiene una cirugía exitosa sin complicaciones y su calidad de vida mejora ayudando a continuar con sus actividades de la vida diaria. La rehabilitación oportuna proporcionara al paciente nuevamente fuerza muscular y no depender de un cuidado para las necesidades básicas.

## II - INTRODUCCIÓN

Actualmente la población está sufriendo un envejecimiento progresivo, por lo que cada vez es más frecuente la artrosis de cadera en el adulto mayor, sobre todo en mayores de 65 años. Es un problema de salud pública muy importante, dado que no solo es una lesión ortopédica si no que las consecuencias van más allá de una disminución de la capacidad funcional que suele llevar consigo el aumento de dependencia.<sup>29</sup>

De tal modo podría decirse que la artroplastia total de cadera tiene su origen a principios del siglo XX, cuando se popularizó la interposición entre las superficies articulares dañadas de la cadera de materiales orgánicos o biológicos, tales como metal, tejidos blandos periarticulares o injertos de fascia lata.

En el presente plan de cuidados se ha tratado de cuidar donde y cuando se aplican las actividades para clarificar las responsabilidades de cada miembro del equipo de la unidad de hospitalización y tener los criterios para la atención integral del paciente, veremos la importancia de una de las herramientas básicas para el área de enfermería, la NANDA, permite contribuir a la seguridad del paciente integrado a la terminología basada en la evidencia en los procesos clínicos y en la toma de decisiones mejorando la atención de la salud en el ámbito de la enfermería.

Es una herramienta básica poder elegir las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos los cuales la enfermera es responsable. Un plan de cuidados estandarizados también en mejorar la organización clínica al conjuntar la teoría y la practica enferma basada en evidencia. Considerando a este como un ser bio- psico- social. No solo es cuestión de atender sus necesidades fisiológicas, sino que también atender las psicológicas (ansiedad, miedo, conocimientos deficientes) y en la enseñanza posquirúrgica, tanto del paciente como del cuidador.

Según la OMS, la población anciana se duplicará en el año 2050, pasando a constituir el 22% de la población total (en la actualidad compone el 11% aproximadamente). Además, la población con una edad superior a 80 años aumentara un 40% con respecto a la actual. La incidencia de las fracturas de cadera en la población ha ido en aumento con el paso de los años. En términos globales, podemos destacar que a principios de siglo se registraron 1,7 millones de fracturas, pero se estima que para el año 2050 esta cantidad oscilará entre 7 y 21 millones de fracturas de cadera.

En Latino América en el año 2016, se registraron elevados porcentajes de fracturas de cadera en la población superior a los 65 años, suponiendo éste un 10,2% con respecto a su grupo de población, en Europa, más concretamente en el Reino Unido se han registrado aproximadamente 86.000 fracturas de cadera durante el 2013, cantidad que va aumentando considerablemente con el paso de los años. Con respecto a la artroplastia de cadera, podemos mencionar que presenta una elevada incidencia, se estima que 2,3 de cada mil habitantes, ha sufrido la implantación de una prótesis de cadera, e incluso, dicha relación va en aumento cada año.<sup>29</sup>

Del mismo modo de acuerdo con artículos revisados para la elaboración de este tema, la prótesis total de cadera es uno de los verdaderos triunfos de la medicina moderna. Por años las personas que padecen artrosis sufrieron de condiciones incapacitantes de la cadera, estuvieron condenadas a vivir la mayor parte con dolor y una mala calidad de vida. No obstante, el tratamiento quirúrgico más aceptado es la artroplastia total de cadera, está comprobado que este procedimiento es el que en mayor medida consigue alcanzar los objetivos de alivio sintomático y mejora funcional a corto y medio plazo e incluso logra mantenerlos durante largos periodos de tiempo.

La principal complicación de la intervención quirúrgica es el dolor asociado a la operación, el cual los pacientes lo describen como un dolor agudo, punzante e incapacitante. Hasta incluso, aquellos pacientes cuyo nivel de dolor es muy alto y tienen una edad avanzada, podrían desencadenar episodios de delirio, lo que supone un perjuicio grave para la salud mental de los mismos. Así mismo, se ha demostrado que aquellos pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos refieren poseer mayor dolor cuando sus seres queridos no están con ellos.

También queremos relacionar el manejo del dolor, con las visitas de sus seres queridos durante su estancia hospitalaria y con una movilización precoz. El adecuado conocimiento de estos elementos, los consideramos de gran importancia para el crecimiento profesional de Enfermería y para conseguir mejorar la esfera biopsicosocial del paciente.<sup>26</sup>

### **III - JUSTIFICACIÓN**

La patología de artrosis de cadera producida por el envejecimiento articular por el stress fisiológico va manifestándose mayormente en personas adultas, haciéndolo más susceptible a fracturas. La artrosis es una enfermedad incurable que se caracteriza por un deterioro progresivo del cartílago articular, provocando dolor, limitación de movilidad, deterioro de la calidad de vida del paciente.

La artroplastia de cadera es más común en pacientes en un rango de edad de 65 años a 85 años, esto debido a diferentes factores los cuales incluyen caídas previas, osteoartritis, luxaciones de cadera, artrosis o incluso la medicación que pueda alterar el sistema nervioso central. Conviene subrayar, las prótesis ayudan a recuperar la funcionalidad y el movimiento de la articulación afectada.

De tal forma que la patología de artrosis supone una limitación funcional de moderada a severa en pacientes adultos mayores, de lo cual depende de dos factores principales los cuales son: a nivel sistémico como la genética, la edad, genero, sobrepeso y obesidad y los factores que actúan a nivel articular como traumatismos, actividad física, deformidad articular o incluso las actividades realizadas en el área de trabajo.

En este trabajo a desarrollar se utilizó el modelo de Florence Nightingale, principalmente se centró en el entorno, en las condiciones e influencias externas que afectan al desarrollo y vida, esto puede ayudar a prevenir, detener o favorecer dicha enfermedad, accidentes o bien, la muerte. Así mismo Florence no solo se preocupará por las instalaciones de los hospitales, sino que también por el cómo se encontraban sus viviendas, esto aplicado a nuestro paciente nos va a ayudar a encontrar de una manera adecuada patrones alterados e intervenir para dar una atención especializada.

Dicho de otra manera, la atención de enfermería satisfactoria ayudara a mejorar el espacio intrahospitalario, brindar al adulto mayor que fue sometido a un reemplazo total de cadera tenga una mejor calidad de vida realizando cuidados especializados e individualizados dependiendo de las necesidades de nuestro paciente, sin dejar a un lado las enfermedades agregadas que pudieran complicar la recuperación.

Así mismo como cuidar el entorno, el manejo con las medidas estándar establecidas dentro del hospital para evitar problemas secundarios asociados a las infecciones nosocomiales. A causa de una serie de factores importantes que aumentan la infecciones como: edad,

obesidad, artritis reumatoide, diabetes mellitus, desnutrición, infecciones por una profilaxis antibiótica inadecuada. Puede ocasionar una estancia hospitalaria prolongada y que su estado de salud se vea.

El plan de cuidado a desarrollar posterior a la cirugía va a permitir que, en un lapso menor de tiempo, aproximado de 3 meses pueda realizar actividades cotidianas con el apoyo posible de terceras personas. Personal de enfermería ayudara a contribuir a la rehabilitación mientras se encuentre hospitalizado desde la educación al paciente, familiares y amigos con respecto a cuidados de herida, movilización, manejo del dolor y derivar con un profesional para terapias posteriores a su alta hospitalaria.

Como profesionales de la salud, la finalidad es unir esfuerzos entre todo el equipo multidisciplinar, tanto desde las unidades de ortogeriatría, como en plantas de traumatología, para rehabilitar precozmente al anciano y alcanzar una actividad funcional lo más cerca posible a la que tenía antes del desgaste por artrosis y así regresar de nuevo a su entorno habitual. Si este fin se logra se acortarían la estancia en el hospital, se disminuirían los gastos y lo más importante, se disminuiría la mortalidad.

## **IV - OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general**

Presentar un plan de cuidado en un paciente posquirúrgico de artroplastia total de cadera izquierda para mejorar la calidad de vida y favorecer su rehabilitación un periodo de tres meses.

### **4.2 Objetivos específicos**

-Conocer las necesidades y patrones alterados del paciente, de tal manera que se pueda identificar las actividades adecuadas para una mejora de la movilidad.

-Describir la etiología, fisiopatología y factores de riesgo que permitan conocer la evolución de la enfermedad para intervenir de manera oportuna y tomar decisiones favorables en el cuidado de su salud.

-Realizar plan de alta individualizado para los cuidados de enfermería posquirúrgicos que permitan la recuperación satisfactoria del paciente.

## V - MARCO TEÓRICO

### 5.1 Enfermería como profesión disciplinaria

Para empezar la práctica del cuidado de enfermería en México es similar a la del resto del mundo. Desde el México antiguo hasta nuestros días, la atención primaria de la salud siempre ha estado en manos de las mujeres, solo basta recordar que, durante muchos siglos, el cuidado de la familia, incluyendo la atención del embarazo, el parto y el cuidado del niño sano, estuvo en manos de las mujeres llamadas “tamatquiticitl” o “ticitl”.

Esta mujer “partera” entre los aztecas, tenía una función muy relevante dentro de la sociedad y contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres. Ella tenía la categoría de sacerdotisa, de socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales, de educadora en salud y otras más que la hacían una mujer sabia. Sus conocimientos y habilidades las aprendía de su abuela y de su madre. Esta mujer cuando ya había tenido un hijo contaba con conocimientos de herbolaria y se le consideraba lo suficientemente preparada en su trabajo, entonces presentaba un examen de destreza para recibir la licencia de la instrucción pública para ejercer.

En la época moderna que inicia desde 1905, donde se inauguró el hospital General de México (5 de febrero 1905), en el cual se empezó a organizar formalmente la enseñanza de enfermería en México de una manera firme y decidida. Con bases suficientes para llenar los aspectos indispensables en esa enseñanza, teniendo a lograr un cambio en la estimación de la enfermera, para poder tomarla en consideración como una trabajadora preparada, con estudios de práctica y teóricos, de tal manera que se le permitiera ser una verdadera ayudante científica de los médicos.

La enfermería a través del tiempo ha evolucionado al margen del contexto histórico por el que ha transitado, predominando en todo momento el cuidado de una persona a otra, convirtiéndose en una práctica social, que en la actualidad se conceptualiza como una disciplina profesional, que enfrenta una función cambiante en busca de su propia identidad. La finalidad central de esta disciplina es contribuir al logro de un nivel mayor de salud y bienestar social un mundo que clama por satisfacer sus necesidades biopsicosociales y espirituales.

La práctica actual de la enfermería debe reflejar en la preparación de las enfermeras un fuerte contraste con los cursos científicos y metodológicos de las ciencias positivistas, con las artes y las humanidades que deben ser un complemento necesario. Por lo que la ciencia se dirige a los aspectos universales y al descubrimiento de leyes generales; el arte revela la singularidad del individuo. En tanto la ciencia pugna por la cuantificación, el arte está más interesado en la cualidad.

En los estudios científicos se alaba el apego estricto a la metodología, en tanto en el arte predominan la libertad y la singularidad de estilo, la ciencia en continua actualización, abre los ojos de la enfermera al cambio constante y a la innovación, le proporciona el conocimiento sobre el cual basar su decisión; pero le toca a las artes y humanidades dirigir a la enfermera hacia el examen de los valores que subyacen a su práctica. Así la enfermería humanística se mueve en ambas dimensiones, la científica y la artística.

Por lo tanto, la enfermería en relación con su evolución ha sido una actividad que ha transitado de oficio a profesión y de profesión a disciplina, esto debido a sus avances en el desarrollo teórico metodológico y a la importancia y trascendencia que su práctica tiene para responder en la demanda de cuidado de la sociedad en su conjunto.

La enfermera como persona, se ve a sí misma en función de sus experiencias y su información interna y externa recibida durante muchos años a lo largo de su vida. La capacidad que tiene para valorar su yo interior ya sea fuerte o débil, el deseo de seguir modelos o roles y la retroalimentación aportada por la familia, sus pares y por los pacientes, son algunos de los factores que influyen en su autoconcepto, su autoestima, sus valores y su formación integral.<sup>15</sup>

Como profesión, se ubica como una actividad específica que posee un cambio de práctica orientado hacia el beneficio de las personas a través del cuidado, se rige por un código ético, una legislación y una formación sistematizada y validada de forma institucional, posee reconocimiento social. El desarrollo profesional hasta aquí alcanzado está influenciado por la delimitación y construcción del proceso del cuidado y por la identificación y desarrollo de tecnologías propias.

La disciplina profesional de enfermería dirige sus metas hacia el logro y utilidad práctica, por lo tanto, sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivos y prescriptivos, esto es la enfermería lleva el conocimiento directo hacia la práctica, utilizando teorías que le competen y le permiten resolver necesidades humanas de salud, permitiéndole también crear nuevos conocimientos para el cuidado, lo cual posibilita la autonomía e identidad profesional. Del mismo modo, su práctica es guiada bajo principios éticos y morales que le permiten desarrollarse de manera efectiva y elocuente dentro de los principios de vida y respeto que demanda la práctica del cuidado de la persona.<sup>8</sup>

Es necesario el estudio de la ética por diferentes motivos, tienen que afrontar problemas de naturaleza ética o moral. En ocasiones la enfermera decide si debe o no relevar a un paciente con una enfermedad terminal, o si debe de participar o no en un aborto. En otros casos deberá de tomar decisiones clínicas que estarán influenciadas por las creencias y valores éticos de la persona o paciente.

Otro aspecto se debe a que las enfermeras trabajan con pacientes y colaboradores cuyos antecedentes culturales son muy diversos y que quizá tienen valores distintos. En consecuencia, ella debe conocer otros sistemas de creencias para entender por qué sus pacientes y colaboradores o colegas toman determinadas decisiones. El respeto a la autonomía y la función de la enfermera como defensora del paciente son dos elementos esenciales de la ética en enfermería. Para que las enfermeras respeten la autonomía de otras personas y desempeñen su papel de defensoras, deben evitar imponer sus propias creencias a los demás.

El código de ética es un conjunto de principios éticos que comparten los miembros de un grupo, reflejan sus juicios morales a lo largo del tiempo y sirven como normas para sus acciones profesionales. Estos códigos suelen tener unas exigencias más elevadas que las normas legales, y nunca son inferiores a las normas legales de la profesión. El profesional de enfermería tiene la obligación de familiarizarse con el código que rige su práctica.

### **Los códigos éticos de enfermería tienen los siguientes objetivos**

- Informar al público de las normas mínimas de la profesión y ayudarles a comprender la conducta profesional de enfermería.

- Proporcionar un documento escrito del compromiso de la profesión con el público al que sirve.
- Destacar los principales aspectos éticos de la profesión.
- Proporcionar unas normas éticas para la conducta profesional.
- Guiar a la profesión en su autorregulación.
- Recordar al profesional de enfermería la responsabilidad especial que asumen cuando cuidan de los enfermos.<sup>15</sup>

El ejercicio de la enfermería se basa en una serie de conocimientos que cambia constantemente con nuevas innovaciones y descubrimientos. Hay diversas opciones profesionales para la práctica de la enfermería, entre ellos son: práctica clínica, la educación, la investigación, la gestión, la administración e incluso el mundo empresarial.

Como bien se sabe los pacientes presentan una gran variedad de necesidades, conocimientos, experiencias, vulnerabilidad, experiencias de existencia sanitaria, por ello la enfermería es un reto al igual que satisfactorio. Influir en la vida del paciente es sumamente gratificante (ayudar en el alivio del dolor, ayudar a una a adquirir conocimientos necesarios para el cuidado de su bebe o encontrar soluciones para pacientes adulto mayo puedan realizar actividades en casa sin tanta ayuda.)

La actividad profesional supone administrar una atención de calidad centrada en el paciente de una forma segura y prudente basada en el conocimiento, así como asumir la responsabilidad de uno mismo, los pacientes y compañeros de trabajo. Las necesidades de los pacientes son multidimensionales y cambian constantemente. La asistencia de enfermería será un reflejo de las necesidades, valores, creencias, los estándares profesionales de asistencia y práctica, la cobertura de las necesidades de cada paciente y la integración de los hallazgos encontrados en la evidencia, con el fin de proporcionarle una mejor atención.

La práctica clínica de enfermería tiene un compromiso con la aplicación del conocimiento, la ética, la estética y la experiencia clínica. La capacidad que se tiene para interpretar situaciones clínicas y la toma de decisiones que constituye la base de los cuidados de

enfermería, así como el avance de la práctica enfermera y desarrollo de la ciencia enfermera.

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA) menciona que la enfermería es la protección, la promoción y la optimización de la salud y las capacidades, la prevención de la enfermedad y la lesión, el alivio del sufrimiento mediante el diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana, así como la defensa del cuidado de los individuos, sus familias, comunidades y poblaciones.<sup>6</sup>

Los estándares de la práctica de enfermera se concretan en un modelo de pensamiento crítico conocido como proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, resultados, identificación y planificación, implementación y evaluación. Los estándares de enfermería son un método para garantizar que los pacientes reciben los cuidados de calidad, que los profesionales de enfermería saben lo que exactamente necesita para proporcionar los cuidados de enfermería de acuerdo con los estándares. Estos estándares son: ética, formación, práctica basada en la evidencia e investigación, calidad de la atención, comunicación, liderazgo, colaboración, evaluación de la práctica profesional, asistencia sanitaria ambiental.<sup>7</sup>

-Ética: el personal de enfermería deberá ejercer de manera ética.

-Formación: adquiere el conocimiento y las competencias necesarias para un ejercicio de enfermería actualizado.

-Práctica basada en la evidencia e investigación: integra la evidencia científica y los resultados de su investigación en su práctica profesional.

-Calidad de la atención: contribuye a prestar una atención de enfermería de calidad.

-Comunicación: el personal de enfermería se comunica de manera eficaz en todas las áreas de trabajo.

-Liderazgo: demuestra dotes de líder en su práctica profesional y su profesión.

Colaboración: colabora con el usuario de los servicios sanitarios, su familia y con el mismo personal de enfermería. Evaluación de práctica profesional: evalúa su propia práctica enfermera en relación con los estándares y directrices, estatutos relevantes, reglas y regulaciones de la práctica profesional.

Recursos: el profesional de enfermería utiliza los recursos adecuados para planificar y proporcionar servicios de enfermería seguros, eficaces y económicamente responsables. Asistencia sanitaria ambiental: el profesional de enfermería ejerce su profesión de manera segura y adecuada para el medio ambiente.

La disciplina de enfermería posee una estructura instruida, que apoya la comprensión y conocimiento de su esencia como ciencia del cuidado y sirve como base para direccionar su formación académica, su práctica profesional e investigación. Dicha construcción disciplinar constituye una estructura organizada y lógica que permite una comprensión más amplia de las relaciones que guardan las dimensiones que como disciplina tiene esta profesión.

Dichas dimensiones son: Filosófica, Epistemológica. El desarrollo del conocimiento de enfermería es guiado por las afirmaciones filosóficas acerca de la naturaleza de los seres y la relación humanos, entorno y atención. La filosofía dominante en la ciencia de enfermería es el humanismo, con énfasis en los valores humanísticos de la atención y la promoción del bienestar y los derechos del individuo. Es la filosofía responsable directa del origen y construcción del metaparadigma de enfermería, que se define como un conjunto de conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería: persona, salud, entorno, cuidado.

Metodológica. Representada por el proceso de enfermería, el cual constituye una serie de pasos ordenados y sistematizados para dar cuidado; está compuesto por cinco etapas valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Es importante acotar que el ubicar la dimensión filosófica como base o inicio para la formación del futuro aterriza finalmente en la dimensión práctica, favoreciendo entre otras cosas identidad profesional y sentido de pertenencia, condición necesaria para garantizar profesionistas críticos independientes y de mayor calidad académica y humanística.

Sin bien es cierto que esto sucede con la mayoría de las profesiones que han sido declaradas disciplinas desde sus inicios, este no es el caso de la enfermería, la cual, como se ha mencionado, no nace como profesión ni como disciplina, situación que la pone en cierta desventaja en cuanto a avance y desarrollo disciplinar, pues al nacer como una profesión determinada por la práctica, requiere rescatar de ella elementos que la ayuden a

construir o reconstruir su esencia filosófica y generar teoría, lo cual es totalmente válido para la ciencia.<sup>15</sup>

## **5.2 El cuidado como objeto de estudio**

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios; Florence Nightingale hace mención de él, utilizándolo para representar la ayuda que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio. El cuidado que se ofrece no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados.

### **Hay una diferenciación de la naturaleza de los cuidados de acuerdo con las funciones de la vida que son:**

**Cuidado:** cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.

**Curar:** cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno.

Leininger, establece también una clasificación y diferenciación entre lo que son los cuidados genéricos, los profesionales, y los profesionales enfermeros, conceptuándolos de la siguiente manera: los cuidados genéricos son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación ofrecidos a individuos o grupos con necesidades evidentes y se orientan al mejoramiento y el desarrollo de la condición humana. Los cuidados profesionales son las acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos cognitivamente y culturalmente que permiten o ayudan a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Los cuidados profesionales enfermeros son todas aquellas formas humanísticas y científicas, aprendidas en forma cognitiva, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de la salud. La literatura indica que el término cuidado ha venido usándose de manera creciente desde el decenio 1960-1969 hasta nuestros días. La enfermería es un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que se caracteriza por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un campo de estudio que lo define o caracteriza, de tal forma que quienes conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de estudio y un lenguaje común; es así como en la actualidad es universalmente aceptado que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería.

La enfermería como disciplina que es debe tener una amplia visión preestablecida relacionada con el cuidado profesional, debiendo reconocer a otros profesionales y al gremio como seres activos y trascendentes, considerando a la persona como un ser holístico, implementando la investigación con un abordaje cualitativo y cuantitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado. El acto de cuidado es un arte y ciencia que puede transformarse en reflexivo, deliberado y autónomo, a través de la disciplina enfermera que integre su práctica como sólo es posible descifrar la complejidad del cuidado humano.

En la actualidad, dada la evolución y desarrollo de la disciplina, el cuidado se caracteriza como científico y autónomo, debido a un planteamiento teórico-científico de la profesión, producto del desarrollo de la investigación, la cual pretende orientar de manera más enfática sus objetivos a dar respuestas a su esencia y naturaleza teórico-filosófica que fundamente la práctica del cuidado de enfermería, con la finalidad de consolidar la profesión como una disciplina que otorgue identidad, estatus profesional, y sea correspondiente y congruente con la demanda social de salud y bienestar del hombre desde su con textualidad holística.<sup>15</sup>

Por otra parte, tenemos que el Consejo Internacional de Enfermería seña que la única función de enfermería es la asistencia a la persona sana o enferma, en la realización de las actividades que mantienen la salud o la restablecen, que el paciente las llevaría a cabo solo si tuviera la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Según la Asociación Americana de Enfermeras, la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante problemas reales o potenciales de salud.

Por lo cual, el Consejo Internacional de Enfermería amplió el concepto, diciendo que la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se presentan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud. La prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas en estado terminal. Funciones esenciales de la enfermera son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la formación, la participación en la política de la salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud.

Es una ciencia y arte humanístico dedicado al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, que ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.

Se dice que es un arte porque incluye habilidades que requieren capacidad y destreza, y una ciencia porque implica la aplicación sistemática de conocimientos científicos. Disciplina basada en principios científicos, técnicos y humanísticos, cuyo objetivo es ayudar a recobrar o conservar el nivel óptimo del funcionamiento del individuo.<sup>13</sup>

### **5.3 Proceso de atención de enfermería**

El concepto de proceso de enfermería ha venido evolucionando a través de los años, bien se sabe que en pleno siglo XXI, en algunas instituciones de salud aún el profesional de enfermería centra su actuación con base en las indicaciones médicas enfocadas más a la enfermedad que a la persona, pero paralelo a esto también se conoce que existen organizaciones en las que trabajan para la profesionalización de enfermería en un sentido

más independiente, lo cual se refleja a través de la historia donde el gremio ha propuesto avances en el método del cuidado para su comprensión, utilización y sobre todo para el fortalecimiento de la identidad profesional.

Kozier (1993), plantea específicamente la evolución de las etapas del proceso enfermero. En 1953 Fry propuso que la enfermería pudiera ser más creativa mediante la formulación de diagnósticos de enfermería y un plan de cuidados individualizado para favorecer una práctica más independiente y no estar guiada a una práctica sujeta a las indicaciones médicas. No apoyaron su propuesta en aquel tiempo, hasta muchos años después, como a continuación se describe.

Actualmente el proceso de enfermería es conceptualizado por Alfaro “como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlos”.

Por lo anterior, el proceso de enfermería en la actualidad hace que se adapte a cada circunstancia específica del individuo, familia y comunidad, y se sustenta en un marco teórico que le da una amplia base de conocimientos tanto de la disciplina como aquellas que le son afines; también favorece el pensamiento crítico, sólidas habilidades interpersonales y técnicas, y sobre todo la capacidad para cuidar y el deseo de hacer.

El trabajo de la enfermería no consiste en la mera ejecución de tareas con mayor o menor pericia hasta que acabe el turno. Un enfermero interviene para resolver o evitar problemas de las personas (individuos, familias o comunidades). Ello requiere que organice su actividad, que se haga una idea de qué le pasa a la persona, identificando cuáles son los problemas que debe resolver o evitar; que piense con la persona qué quieren conseguir, qué van a hacer para ello, con qué recursos cuentan y cuáles van a necesitar.

Las oportunidades generadas por la aplicación del proceso de enfermería en el campo profesional de la enfermera o enfermero como a continuación se especifican:

- La satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional.
- La satisfacción profesional; planes perfectamente escritos ahorran tiempo y energía, evitando la frustración generada por los ensayos y errores de la práctica de la enfermería.

- Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.
- Proporciona cuidados individualizados por que la persona participa de forma activa, proporciona datos para la valoración, valida el diagnóstico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación.
- El proceso de enfermería demuestra el alcance de la práctica de enfermería, basándose en su formación y marco de actuación y rol profesional.
- Potencia el desarrollo profesional, el proceso de enfermería favorece el desarrollo de las capacidades cognitiva, técnica e interpersonal. Este proceso proporciona el sistema para la ejecución de las conductas del rol profesional de enfermería.
- La utilización de un método sistemático para la prestación de cuidados de enfermería mejora también la calidad del cuidado.<sup>10</sup>

Sólo entonces, el/la profesional preparará todo y ejecutará las actividades pensadas y comprobará si lo que está haciendo está sirviendo para algo. O sea, nuestra tarea parte de un proceso de pensamiento crítico y trabajamos siguiendo un proceso de resolución de problemas, en el que combinamos y simultaneamos varios subprocesos y procedimientos: valorar, identificar problemas, pactar objetivos, pensar soluciones, ejecutar intervenciones, ver el resultado de estas.

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan y es fundamental que se consideren durante la enseñanza y la aplicación de éste, lo cual le dan un carácter propio a este método de cuidado.

- Sistemático: cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería.
- Dinámico: el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, en lo emocional, físico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad.

- Interactivo: es fundamental durante la implementación de la metodología del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, la familia y la comunidad, lo cual es esencial para la individualización de los cuidados.
- Flexible: los escenarios de práctica del profesional de enfermería en la actualidad se centran en cuatro ámbitos: el asistencial, el educativo, el administrativo y el de investigación, y el proceso de enfermería se puede adaptar a cada uno de ellos, siempre y cuando se den cuidados al individuo, familia y/o comunidad. Asimismo, es fundamental también considerar otro aspecto que le da flexibilidad a la metodología, que sus etapas se pueden dar de manera consecutiva y concurrente, es decir, que puede la enfermera (o) utilizar más de una etapa a la vez.
- Sustentarse teóricamente: por las características propias del proceso de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de la enfermería.<sup>15</sup>

El Proceso de Cuidados de Enfermería (PCE) es un término que se aplica en un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud del individuo familia y comunidad, implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades, lo integran 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, como todo método, sus etapas son sucesivas y se relacionan entre sí.

Aunque el estudio o análisis de cada una de las etapas se hace de forma independiente, tiene un carácter metodológico, ya que, en la puesta en práctica, ninguna es ajena a las demás, por el contrario, se relacionan de manera directa, su ejecución permite la integridad de los cuidados, cubrir los intereses y necesidades que el usuario manifiesta para el cuidado de su salud. Es un método flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de esta.

Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados.<sup>9</sup>

## **5.4 Modelo teórico utilizado para la valoración de PCE.**

Florence Nightingale nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia, Italia. Miembro de una familia aristocrática, bien educada y acaudalada. Recibió clases de matemática, idiomas, religión y filosofía.

A principios de 1850, Nightingale empezó su entrenamiento como enfermera en el Instituto de San Vicente de Paúl en Alejandría, Egipto, que era un hospital de la Iglesia Católica. Durante la guerra de Crimea (1853-1854), proporcionó atención de enfermera profesional a los soldados británicos heridos, acompañada de 34 enfermeras, mujeres jóvenes de clase media con cierta educación general básica. Tuvo que resolver los problemas que existían en el entorno. La falta de higiene y la suciedad.

Mientras estuvo en Turquía, Nightingale recolectó datos y organizó un sistema para llevar un registro; esta información fue usada después como herramienta para mejorar los hospitales militares y de la ciudad. Los conocimientos matemáticos de Nightingale se volvieron evidentes cuando usó los datos que había recolectado para calcular la tasa de mortalidad en el hospital.

Estos cálculos demostraron que una mejora en los métodos sanitarios empleados produciría una disminución en el número de muertes. Para febrero de 1855 la tasa de mortalidad había caído de 60% al 42.7%. Mediante el establecimiento de una fuente de agua potable, así como usando su propio dinero para comprar fruta, vegetales y equipamiento hospitalario, para la primavera siguiente la tasa había decrecido otro 2.2%.

Abrió una escuela la cual se basa en dos principios importantes: uno de ellos es que las enfermeras debían adquirir una experiencia práctica en hospitales organizados especialmente con ese propósito. El otro era que las enfermeras debían vivir en un hogar adecuado para formar una vida moral y disciplinada.

El trabajo teórico hecho por Nightingale la ubica dentro de la Filosofía de la Enfermería. La filosofía explica los significados de los fenómenos de la enfermería a través del análisis, del razonamiento y del argumento o exposición lógica. La filosofía proporciona una explicación general y se utilizan para ampliar la disciplina y aplicarla a la profesión. De esta forma, a través de las primeras definiciones que Nightingale proporciona permite que las enfermeras puedan desarrollar teorías, modelos y marcos conceptuales.

### **5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado**

La teoría de Florence se centró en el entorno. Las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o incluso la muerte. Definió los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno. (Murray y Zenther, 1975). Como ahora en la actualidad es importante para mantener la buena salud de los pacientes hace 150 aproximadamente en su teoría menciona 5 elementos importantes de un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz).

Ella instruía a las enfermeras para que sus pacientes pudieran respirar aire puro, el énfasis en la ventilación adecuada hacia reconocer a este elemento del entorno tanto como causa de enfermedades como también para la recuperación de los pacientes. El concepto de iluminación también era importante en su teoría. La luz solar era una necesidad específica de los pacientes, la luz posee efectos reales y tangibles en el cuerpo humano. El tener una ventana cerca y que el paciente estuviese en contacto con la luz solar tendría aun mejores resultados de su recuperación.

En cuestión de la higiene se integran tanto al paciente, enfermera y al entorno físico, si existe un entorno sucio como suelo, alfombras, paredes y ropa de cama esto era una fuente de infección por materia orgánica que contenía. Por ello se requiere una buena manipulación y eliminación adecuada de excreciones corporales, aguas residuales y así evitar la contaminación del entorno.

Es importante también que el paciente y personal que lo atiende tenga higiene adecuada, bañarse cada día, la ropa limpia y el lavado de manos frecuente. La temperatura también es un factor importante, podemos identificar si hay pérdida de calor, es también un signo de infección. Evitar el ruido innecesario y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo.

Otro punto importante para Nightingale era la dieta, enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, horarios y el efecto sobre el propio paciente. Evitar daños físicos y psicológicos, visitas que pudieran alterar el estado de ánimo e incluso o interrumpir su sueño. Los conceptos de la disciplina de la teoría de Florence son las siguientes:

**Enfermería:**

La idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia. Las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Las enfermeras con formación debían realizar una vigilancia continua.

**Persona:**

La enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente, sobre las elecciones y las conductas personales. Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social, se realizaban tareas para y por el paciente.

**Salud:**

Se define como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Veía la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a la falta de atención. Prevenía la enfermedad mediante el control del entorno y responsabilidad social.

**Entorno:**

Son todos aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas que incluye la comida y las flores hasta interacciones verbales y no verbales. Los enfermos se beneficiaban física y mentalmente a dar una a mejora a su entorno. En esta teoría se incluyen tres tipos de relaciones posibles.

**Entorno – paciente. Enfermera- entorno. Enfermera- paciente.**

Creía que el entorno era causante principal de la enfermedad en el paciente; no solo reconoció la peligrosidad del entorno, sino que también hizo hincapié en que un entorno adecuado es beneficioso para la prevención de enfermedades. La práctica enfermera incluye diferentes modos para la manipulación del entorno que sirvan para potenciar la

recuperación del paciente. La higiene, la iluminación, ventilación, temperatura y ruidos son elementos para identificar para ser controlados. Además, en sus escritos describe la disposición de la habitación del enfermo en relación con el resto de la vivienda, y a su vez, la relación de la vivienda con el barrio.

La relación enfermera-paciente es la relación menos definida por Florence. Pero, de todos modos, propone la cooperación y la colaboración entre enfermera y paciente en sus escritos. Habla sobre los patrones alimentarios del paciente y sus preferencias, el bienestar que le puede proporcionar al paciente la presencia de un animal de compañía, evitar al paciente angustias emocionales y la conservación de la energía mientras que se permite que el paciente realice su autocuidado.

Otra de sus aportaciones hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.<sup>11</sup>

## **5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero**

### **5.5.1 Valoración**

La valoración, primera etapa del proceso, debe ser organizada y sistematizada para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes. Se considera un paso muy importante porque todas las decisiones e intervenciones enfermeras se basa en la información obtenida de esta etapa.

Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades. Permite a la enfermera conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuales es su situación actual. La recolección de datos es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad.

Se clasifica en inicial y focalizada. La inicial se da en la primera entrevista con la persona y constituye el punto de partida para determinar el problema o necesidad prioritario (a) del individuo, sus hábitos y comportamiento, tratando siempre de ver al ser humano de una manera holística.

La focalizada consiste en identificar concretamente el problema; es decir, es la búsqueda de la información en una dirección determinada, a través de ella se confirma o descarta un problema sobre un punto específico de la persona. Los datos que se obtienen del paciente se pueden dividir en Subjetivos y Objetivos.

Los datos subjetivos se obtienen de la opinión y percepción de la persona sobre sí misma y su situación de salud, por ejemplo, ideas, síntomas, sentimientos y/o acontecimientos, de los cuales la enfermera no tiene la seguridad de confirmar en el momento, pero que son esenciales para confirmar o descartar un diagnóstico de enfermería.

Los datos objetivos como su nombre lo indica, es información observable y medible, la enfermera tiene la garantía que están sucediendo en el momento y los puede confirmar a través de la observación y/o la exploración física. En este caso como ejemplo están los signos (cianosis, ictericia, tumoración en el cuadrante superior derecho).

Para la obtención de datos nos podemos apoyar de medios y técnicas, la observación; que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo para obtener información. Es un sistema lógico, se realiza a través de los órganos de los sentidos, debe ser selectiva, objetiva, ilustrada y ordenada, pero, además, son fundamentales el conocimiento y la experiencia de la enfermera para una observación estructurada.

La entrevista: es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información a través de: la recolección de información para identificar problemas, iniciar la relación enfermera-paciente, creando un clima de confianza y respeto, disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la información necesaria, motivar al paciente a participar activamente en todo el proceso de cuidado.

### **5.5.2 Diagnostico**

En el decenio 1970-79 la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA, por sus siglas en inglés), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluye en los “Estándares de la Práctica de Enfermería”. Es el enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de planeación.

El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona. La etiqueta diagnóstica proporciona un nombre al diagnóstico; es decir, es un término o frase que representa un patrón de claves relacionadas que puede incluir modificadores.

Una de las ventajas del diagnóstico de enfermería es: identificar los problemas de las personas, centrar los cuidados en aspectos de enfermería, ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados y humanizados, acentuar la importancia del rol de enfermería. En el diagnóstico de enfermería incluimos la NANDA, NIC Y NOC. La NANDA International es una organización de miembros dirigidos por un presidente y una junta electos. Un Comité de Revisión Diagnóstica, revisa los diagnósticos nuevos y mejorados presentados por los miembros, y un Comité de Taxonomía añade los diagnósticos a la estructura taxonómica y perfecciona la taxonomía.

Se desarrolló el NIC. Es la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez en el 2002. A diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del paciente, donde éste es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las mediaciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, médicos o por otros profesionales.

La clasificación de resultados de enfermería (NOC) es clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para usarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermería. Un resultado se define como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención.

El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería, es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el profesional tiene

injerencia en el cuidado de la persona, familia y comunidad y de sí mismo será líder ante otros profesionales del área de la salud.

### **5.5.3 Planeación**

Es elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona. Consta de cuatro fases las cuales son: establecer prioridades, elaborar objetivos, determinar los cuidados de enfermería y documentar el plan de cuidados.

La prioridad en las intervenciones de enfermería depende del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgos que la comunidad, familia o individuo presentan. El establecimiento de diagnósticos de enfermería y prioridades individualizadas ayuda a determinar los objetivos de cuidados, que se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación. El establecimiento de objetivos conjuntos es una actividad que incluye al individuo y la familia en la priorización de los objetivos de cuidados, para después desarrollar un plan de acción para alcanzarlo.

Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados. Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados. Las de colaboración o interdependientes son las intervenciones que la enfermera ha identificado requiere la persona de cuidado y donde a través de la toma de decisiones la enfermera se coordina con el equipo de salud u otros profesionales para mejorar las condiciones de salud o estilos de vida saludables del individuo, familia o comunidad.

### **5.5.4 Ejecución**

Es considerada la cuarta etapa del proceso de enfermería, que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La enfermera debe contar con habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a cabo un plan de cuidados.

Esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro, eficiente y eficaz. La implementación del proceso enfermero tiene cinco pasos: reevaluación de la persona, revisión y modificación del plan de cuidados urgente, organización de los recursos y de la prestación de cuidados, anticipación y prevención de las complicaciones e implementación de las intervenciones de enfermería.

La revaloración consiste en analizar las acciones, características del usuario y compatibles con las intervenciones de otros profesionales, proporciona un mecanismo que permite a la enfermera determinar si la acción propuesta resulta adecuada debido a los cambios en el estado de la persona, puede necesitar una modificación del cuidado enfermero planificados importante que el profesional de enfermería tenga presente la revisión y modificación del plan de cuidados vigente durante su ejecución, porque el estado de salud de la persona cambia continuamente.

Otro elemento fundamental está la organización de los recursos donde se considera el equipo y el personal calificado para ofrecer cuidados eficientes y experimentados. Tras determinar un plan de cuidados, la enfermera prepara los materiales necesarios y decide en qué momento y con qué personal debe prestarse los cuidados, también incluye la preparación del entorno y de la persona de cuidado frente a la intervención enfermera.

### **5.5.5 Evaluación**

Es considerada una etapa que con fines didácticos se revisa como la quinta, pero en la práctica está presente en todo el proceso, ya que pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos. La evaluación es compleja, se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad. La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

La evaluación crítica (evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados de la persona) es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinadas a repetir los errores y prácticas de cuidados seguras, eficientes y en constante mejora. También la evaluación proporciona retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo y maximizar el valor de la provisión de cuidados.

La etapa de evaluación se compone de tres fases: establecimiento de criterios de resultados. Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir. Cuando se consigue el objetivo (resultados esperados), los factores relacionados de un diagnóstico de enfermería han dejado de existir.

Evaluación del logro de los objetivos: El objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud. La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados. Cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en cuanto a la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad.

Los datos nuevos o las respuestas de la persona se comparan con los criterios de resultados para determinar si se han producido los cambios previstos.

Medidas y fuentes de evaluación: son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación. Mientras el propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, el propósito de la evaluación trata de determinar si

los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio. La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona.

Los objetivos de este juicio, el cual se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada, pueden llevar a la revisión del plan de cuidados. Es decir, cuando se ordenan los datos y se determina qué otros hechos se necesitan para evaluar el progreso de la persona, se utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica: identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y modificación/finalización del plan de cuidados.<sup>12</sup>

<p style="text-align: center;"><b>VALORACIÓN</b></p>	<p>-Entrevista inicial: paciente masculino que acude a valoración prequirúrgica en Hospital Lomas de San Luis por artrosis de cadera izquierda, se deriva a médico especialista de ortopedia y traumatología y por anestesiología. El paciente se encuentra alerta, tranquilo, cooperador, se notan facies de dolor a la caminata, flexión y extensión del miembro inferior izquierdo, refiere que realiza poco ejercicio, tranquilo, sociable, buena alimentación e higiene personal.</p> <p>-Datos objetivos: cabello limpio, hidratado, dentadura completa, mucosas hidratadas, piel hidratada sin lesiones aparentes, no hay presencia de edemas. Signos vitales dentro de parámetros normales, campos pulmonares bien ventilados sin ruidos agregados, con buen llenado capilar. Dolor a la movilidad, desgaste por artrosis de cadera.</p> <p>-Datos subjetivos: dolor al orinar, quedándose con ganas de seguir orinando. Por las noches despierta para ir al baño. Duerme alrededor de 6 o 7 horas. Dolor al caminar, flexionar, extender, debilidad para subir escalones y bajar. 3 caídas previas, miedo a caerse nuevamente.</p>
<p style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO</b></p>	<p>-Hallazgos encontrados: hipertenso, hiperplasia prostática, movilidad limitada, eliminación, dolor a la movilidad.</p> <p>-Eliminación e intercambio: deterioro de la eliminación urinaria. Cuidados de la incontinencia urinaria, identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia. Monitorizar la incontinencia urinaria.</p> <p>-Actividad y ejercicio: disminución de la fuerza, dolor y debilidad muscular, deterioro de la ambulación.</p>

	<p>Consultar con fisioterapeuta acerca del plan de deambulaci3n.</p> <p>Rigidez articular, disminuci3n de la resistencia, disnea de esfuerzo.</p> <p>-Sueño / descanso: se nota cansado, duerme alrededor de 6 a 7 horas, despierta por las noches para miccionar. Aumento de la sensibilidad del dolor.</p> <p>-Cognitivo / perceptual: dolor cr3nico, trastorno del sueño, fatiga. Sensaci3n de bienestar.</p>
<p><b>PLANEACI3N</b></p>	<p>-Eliminaci3n: corroborar la ingesta de l3quidos, color de la orina, vaciamiento de la vejiga dolor, nicturia.</p> <p>-Actividad / ejercicio: marcha eficaz, subir y bajar escaleras, caminatas menores a una cuadra, problemas para caminar distancias largas. Postura al caminar, rango de flexi3n y extensi3n de la cadera y equilibrio.</p> <p>-Sueño / descanso: tiempo de descanso, calidad del sueño, descanso f3sicamente, se nota descansado.</p> <p>-cognitivo / perceptual: dolor referido, agitaci3n, duraci3n de los episodios del dolor, expresi3n de las facies del dolor.</p>
<p><b>EJECUCI3N</b></p>	<p>-Eliminaci3n: cuidados de la incontinencia urinaria. Control de la eliminaci3n</p> <p>-Actividad / ejercicio: terapia de ejercicios, ambulaci3n. Control de actividad y ejercicio, terapia de ejercicios control muscular.</p> <p>-Sueño / descanso: fomentar la comodidad f3sica, manejo del dolor, identificar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.</p>

	<p>-cognitivo / perceptual: control de fármacos y la administración de estos. Corroborar con el médico y paciente el inicio del dolor, la tolerancia para una administración de analgésicos, comprobar si el paciente es sensible a algún medicamento para evitar reacciones alérgicas. Verificar si mejora el dolor con los analgésicos prescritos y brindar comodidad y confort.</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>	<p>-Eliminación: evaluar el color de orina, la cantidad, si existe dolor, si continua con sensación de seguir orinando, la veces que se levanta por las noches al baño y la ingesta de líquidos.</p> <p>-Actividad / ejercicio: comprobar si la marcha mejora, caminata a distancias cortas o largas, precia de dolor, la adaptación a diferentes superficies, subir y bajar escaleras. Rango de flexión de la cadera, estabilidad y postura al caminar.</p> <p>-Sueño / descanso: evaluar si el patrón de sueño mejora, el aspecto, las horas de dormir, si la calidad de descanso es buena físicamente. Si existe problema para conciliar el sueño posterior a la intervención quirúrgica.</p> <p>-cognitivo / perceptual: se evalúa si la duración del dolor disminuye, dolor referido, facies de dolor, agitación, tensión muscular. Si existe dolor al flexionar o entender la pierna operada. Cuando ocurren los episodios de dolor y como logra disminuirlos sin afectar los demás patrones. Colocación de compresas calientes o frías, tomar analgésicos previos a ejercicios y antes de dormir.</p>

## **5.5.6 Problemática de salud de la persona**

### **Definición**

La colocación de una prótesis de cadera es un procedimiento, a través del cual se consigue una sustitución efectiva de la articulación afectada por una articulación artificial. El principal indicador de la colocación de la prótesis supone el alivio del inmenso dolor que padecen este tipo de pacientes, para así conseguir un adecuado retorno de la actividad funcional.

### **Elementos que componen la prótesis de cadera:**

Generalmente, se pueden dividir las prótesis de cadera en tres componentes según los autores Fariña (2014) y Cuichán (2018): cabeza femoral: elemento que sustituye a la cabeza femoral afectada. Permite la conexión entre el vástago y el cótilo. Acetábulo o cótilo: Esta pieza se ha de adaptar a la pelvis, y es la que permite el engranaje con la cabeza femoral. Vástago del fémur: Es una pieza alargada que le proporciona una mayor rigidez y firmeza a la prótesis.

Además, existe una clasificación de tipos de prótesis de cadera atendiendo a la zona lesionada, el uso de esta clasificación propuesta por Cuichán (2018) y Mendoza (2017), las podemos clasificar en tres tipos diferentes de prótesis de cadera: Prótesis de cadera total: Alude a la sustitución de toda la articulación de la cadera. Esto por lo tanto conlleva, la utilización del vástago femoral, el cótilo y de la cabeza del femoral. Prótesis de cadera parcial.

Alude a la sustitución de la cabeza femoral, manteniendo íntegro el resto de los componentes de la articulación de la cadera. Recubrimiento superficial de la articulación de la cadera: Supone la realización de un revestimiento artificial en la cabeza femoral. Se realiza en pacientes jóvenes que presentan un deterioro de dicha articulación, pero no ha llegado a producirse la fractura.

### **Complicaciones**

Las complicaciones asociadas a la colocación de una prótesis de cadera presentan una tasa de incidencia baja. No obstante, esto no quiere hacer mención de que no se lleguen a producir nunca. Entre las complicaciones más comunes, encontramos la infección de la

zona intervenida, trombosis venosa profunda, afectación de nervios a nivel periférico y dislocación. Además, de forma tardía pueden presentar osteólisis o aflojamiento. La complicación denominada aflojamiento aséptico, supone la complicación más común con el paso del tiempo, lo que conduce a la producción de un alto nivel de dolor agudo.<sup>26</sup>

Son dos los factores principales que influyen de manera muy alta en la incidencia de artrosis y fractura de cadera, sobre todo en personas mayores que son: caídas y osteoporosis. El riesgo de caídas es más frecuente en ancianos, la frecuencia anual de caídas es de 30% en la comunidad y 50% en instituciones se producen por dos coincidencias un factor predisponente (osteoporosis) y un factor precipitante (caídas).

Existen factores variables de riesgo de caídas los cuales son: factores de riesgo intrínseco: son trastornos debido al envejecimiento, que afectan las funciones necesarias para mantener el equilibrio y a procesos patológicos. Entre este factor el principal es la edad que va a contribuir a las alteraciones propias del envejecimiento y va a hacer un factor predisponente para caídas.

Dentro de estas alteraciones encontramos: alteraciones oculares, vestibulares, alteraciones de la propiocepción (debilidad disminuida sobre la orientación del cuerpo en bipedestación y movimientos), y alteraciones musculoesqueléticas (debilidad muscular debido a que se disminuye el índice de masa corporal y se produce una degeneración de los cartílagos de la cadera y rodilla).

Por otro lado, están los factores extrínsecos: son causas externas, son los llamados factores ambientales, que se pueden dar en el domicilio: obstáculos para la deambulación (alfombras, cables, objetos en el suelo), iluminación insuficiente, ausencia de apoyos en los cuartos de baño, suelos deslizantes e irregulares, calzado inapropiado, peldaños altos, asientos sin reposabrazos.

Las consecuencias más relevantes son la mortalidad por fractura de cadera, artrosis y el miedo a volver a caerse. La mortalidad es la consecuencia más grave, la incidencia de mortalidad es alta de 5 – 8 % durante el primer ingreso y entre el 14 – 36% durante el primer año. Esta consecuencia se asocia a la edad, a la alta comorbilidad, alteraciones cognitivas (demencia, síndrome con funcional), capacidad funcional, complicaciones tromboembólicas, desnutrición, sepsis y cirugía.

Miedo a caerse: la consecuencia psicológica más importante tras el síndrome poscaída, es el volver a caer. El 73% de las personas que han sufrido una caída, manifiesta tener miedo. Esto lleva consigo una disminución de las actividades cotidianas, como sociales. El dolor y la ansiedad tras la caída son factores limitantes de la movilidad, pérdida de la autonomía tanto en personas que viven en su domicilio como en residencias.<sup>29</sup>

Por muchos años las personas con artrosis y otras condiciones incapacitantes de cadera estuvieron condenadas a vivir con dolor y una mala calidad de vida. La progresión de la artrosis de cadera producía una limitación funcional severa y finalmente condenaba a la inmovilidad a la mayoría de los pacientes aquejados con coxartrosis. Con el advenimiento de la prótesis de cadera alrededor de los años 60. Procesos degenerativos que requerían marcha con bastones o uso de silla de ruedas, llegaron a ser tratables.

La artritis inflamatoria, especialmente la artritis reumatoide, constituye una indicación de cierta frecuencia, tal como la osteonecrosis, ya sea de origen postraumático como la que se presenta luego de una luxación de cadera o por causa de trastornos metabólicos o tratamiento con esteroides. En forma excepcional se puede mencionar la conversión de artrodesis de cadera a prótesis y la indicación de prótesis total luego de resecciones tumorales a nivel coxo femoral.

Se debe considerar, además de la edad, la presencia de enfermedades asociadas, la severidad de los síntomas y la limitación funcional. Es esencial entender los requerimientos para la actividad de la vida diaria de cada paciente. La capacidad para realizar el trabajo, las tareas domésticas, la higiene personal y la tolerancia a la marcha son aspectos fundamentales para determinar la indicación del reemplazo articular.

El dolor es un término con una elevada dificultad para ser definido, ya que éste, hace referencia a una dimensión propia de cada ser humano, pudiendo referenciarlo incluso como algo personal de cada paciente. El dolor, puede ser causado por multitud de motivos, ocasionar innumerables sensaciones perjudiciales para el paciente, pudiendo influir incluso en cualquier nivel de la esfera biopsicosocial.

Es por esto, que la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como un aspecto de origen sensitivo y emocional desagradable para el paciente, que es acompañado de daño a nivel tisular actual o potencial. A su vez, el dolor puede existir en la persona sin la necesidad de que haya daño tisular evidente.<sup>26</sup>

Es un factor fundamental para considerar para indicar la prótesis de cadera, teniéndose en cuenta que los pacientes tienen una tolerancia muy variable a éste. Es importante considerar este aspecto al decidir si está indicada o no la prótesis. Hay muchos pacientes los cuales presentar gran restricción de movilidad, pero escaso el dolor, por lo cual hay que evaluar el efecto de esta limitación de movilidad que afecta a las articulaciones vecinas como la columna lumbar y el grado de incapacidad que esto provoca.<sup>16</sup>

Las lesiones de la articulación de la cadera son muy frecuentes. El tipo de lesión está relacionado con la edad del paciente y con la energía implicada. La fractura tratada quirúrgicamente con más frecuencia es la fractura de cadera, habitualmente en un paciente anciano por una caída de baja energía. En este mismo grupo de edad va en aumento la incidencia de fracturas periprotésicas relacionadas con artroplastia de cadera o rodilla.

La principal indicación de la prótesis de cadera es la artrosis; la que es de origen primario en la minoría de los casos. Generalmente es secundaria a deformidades, ya sean de origen intrauterino, como es la displasia de cadera o trastornos durante el desarrollo, tanto mayores, como son las secuelas de la enfermedad de Perthes o epifisiolisis, como lo son una coxa profunda o un pellizcamiento profundo del femoro acetabular. También la artrosis puede ser por secuelas de artritis séptica en la infancia, fracturas de acetábulo o del extremo proximal del fémur.

El concepto de reemplazo de la cadera fue introducido por Wiles en 1938, quien fijó una esfera de acero inoxidable mediante un vástago, al cuello femoral y un capuchón de acero inoxidable fijado a la pelvis, mediante placas y tornillos de igual material. Posterior a ello, en 1961, Sir John Charnley, desarrolló una forma de fijar el implante protésico utilizando un cemento acrílico autofraguable, que ha tenido éxito en su estabilidad en evaluaciones a largo plazo (más de 15 años).

La artroplastia de cadera es un claro ejemplo de esta situación; tratamiento definitivo de la coxartrosis avanzada, las fracturas y en algunos casos de enfermedades inflamatorias, su

objetivo básico es reducir la incapacidad funcional derivada del dolor y de la limitación de movilidad, mejorando la calidad de vida. Se entiende con esto que, la finalidad de la artroplastia de cadera radica en lograr una articulación indolora, móvil y con una calidad muscular suficiente, la cual le permita al paciente desempeñar su función de modo satisfactorio.

Esta actividad quirúrgica representa la solución actual de preferencia debido a los adelantos en cuanto al tipo de materiales y técnicos alcanzados, que proporcionan excelentes resultados sin descuidar los posibles riesgos, incidentes o complicaciones. No obstante, se observa que de manera general la artroplastia de cadera se hace principalmente en personas mayores de 60 años. Por lo general, no se recomienda para personas más jóvenes, debido a la tensión que pueden ejercer sobre la cadera artificial, haciendo que ésta falle prematuramente.

En los Estados Unidos se obtienen datos que arrojan un aumento del 50% de pacientes por debajo de los 65 años como candidatos para un posible remplazo de cadera artrítica. Además, se estima que la revisión o recambio de estos implantes crecerá en con la misma proporción. Junto con ello, la prevalencia de patología osteoarticular, incluyendo artrosis, artritis y osteoporosis, es de 20,4 /100 habitantes. A nivel internacional, una revisión sistemática reciente.<sup>1</sup>

Por el contrario, en México, una de cada cuatro personas adultas cursa con osteopenia u osteoporosis y se calculó a finales del siglo pasado un promedio de 100 FC por día. Se estima que entre 8.5 y 18% de las mujeres 2,5 tendrán una fractura a lo largo de su vida. La incidencia de fractura de cadera en la Ciudad de México es de 1,725 casos en mujeres y 1,297 hombres por cada 100,000 habitantes, con una proyección de incremento hasta de siete veces para el año 2050 y en el año 2005 se reportaron 29,373 fracturas de cadera en México.<sup>33</sup>

La mayoría de los pacientes sometidos a artrosis total de cadera son mayores a 65 años con osteoartrosis de cadera. Todos llegan a presentar enfermedades asociadas como HAS, DM, alteraciones renales, las cuales se pueden acompañar de anemia como hallazgo preoperatorio por motivos multifactoriales como el uso frecuente de AINES, esteroides, úlceras gástricas o por enfermedades crónicas.<sup>1</sup>

Sin embargo, la fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencias de ortopedia, su incidencia crece exponencialmente con la edad. La mujer se ve afectada 2 a 3 veces más que el hombre, pero la mortalidad durante el primer año del postoperatorio es mayor en el hombre, hasta en un 26%.

Con respecto a la guía de práctica clínica menciona que la fractura de cadera es la más común en pacientes con edades en un rango de 70 años a 85 años. Teniendo como factores de riesgo sedentarismo, consumo de tabaco, alcoholismo o consumo de medicamentos que tenga efectos secundarios los cuales puedan generar caídas. Siendo de mayor prevalencia la mujer que el hombre en relación 2 a 1, con un rango de edad de 75 años en un porcentaje de 35%. El uso de anestesia con hipotensión controlada se ha empleado con éxito para disminuir las pérdidas sanguíneas y mantener un campo operatorio con mayor visibilidad.<sup>2</sup>

También ha demostrado que en pacientes adecuadamente seleccionados presenta un bajo riesgo de complicaciones llevando a cabo una adecuada monitorización. En pacientes sometidos a una artroplastia total de cadera, una diferencia de la presión arterial media de 10 mmHg (de 60 a 50 mmHg) reduce la media de pérdida sanguínea transquirúrgica de 263 a 179 ml.<sup>3</sup>

Por otro lado, artrosis es la pérdida progresiva de cartílago articular. Suele ir acompañada de un proceso de reparación que implica esclerosis ósea, formación de osteofitos, deformidades articulares y procesos inflamatorios intercurrentes. Puede ser primaria o idiopática (muy relacionada con la edad afectando típicamente a múltiples articulaciones) o secundaria (consecuencia de otra enfermedad o lesión de la superficie articular, como por ejemplo trauma o enfermedad inflamatoria crónica. Por el contrario, en la revista de Sociedad Española del Dolor nos menciona que algunas de las manifestaciones que puede presentar el paciente con artrosis son: disminución de la movilidad, dolor, aumento de la carga sobre las articulaciones, deformidad articular, deformidad.

El tipo de lesión está relacionado con la edad del paciente y con la energía implicada. La fractura tratada quirúrgicamente con más frecuencia es la fractura de cadera, habitualmente en un paciente anciano por una caída de baja energía. En este mismo grupo de edad va en aumento la incidencia de fracturas peri protésicas relacionadas con artroplastia de cadera o rodilla, ya que además de atender sus relaciones más fisiológicas, también hay que tener en cuenta las necesidades psicológicas. De ahí implementación de los diagnósticos de

enfermería implica una mejor planificación de los cuidados y una mejora en la comunicación entre diferentes miembros del personal, y de éstos con el paciente.<sup>4</sup>

### **5.5.7 Diagnóstico y tratamiento**

Para un diagnóstico rápido y oportuno tenemos que la mayoría de los pacientes con artrosis sufren de dolor que va en aumento conforme pasa el tiempo. Refieren dolor en la ingle, al principio intermitente, pero al final del día y relacionado con la actividad; en especial caminar o subir escaleras. Se realiza un examen físico donde se halla dolor en la ingle con la palpación y movimientos limitados o dolorosos. La rotación interna es el indicador más sensible de artrosis de cadera.

Los estudios radiográficos ayudan al diagnóstico, una radiografía simple es un método sencillo para evaluar la artrosis de cadera, nos permite ver el espacio articular y estimar la gravedad del daño del cartílago. La radiografía tiene mayor especificidad y sensibilidad variable en relación con la resonancia magnética para la detección de la artrosis de cadera.

El 15,6% de los pacientes con dolor de cadera frecuente tenían evidencia radiográfica de artrosis, mientras que sólo el 20,7% de los pacientes con artrosis de cadera en la radiografía sufrían dolor frecuente.<sup>20</sup> Es decir, que muchas personas con dolor no tienen cambios radiográficos y, a la inversa, muchas personas con artrosis radiográfica no son sintomáticas.<sup>5</sup>

También es importante comentar los signos y síntomas uno de los principales es el dolor, es súbito y se localiza en la región inguinal, irradiándose en algunos casos en la rodilla. En las fracturas del cuello femoral desplazadas se produce un intenso dolor e incapacidad para caminar, por el contrario, en las fracturas del cuello femoral no desplazadas aparece dolor, pero el paciente en algunos casos es capaz de caminar. También puede presentar: impotencia funcional para mover las caderas, rotación externa de la de la extremidad afectada, deformidad e incluso debilidad de músculos.

En cuanto al tratamiento, se encuentra el tratamiento no quirúrgico y quirúrgico. Siempre va encaminado a la reducción del dolor y a que la persona recupere su capacidad funcional previa, en la gran mayoría de los casos se consigue mediante la intervención quirúrgica seguida de una movilización precoz, dado que el reposo en cama conlleva muchas complicaciones.

## **Tratamiento no quirúrgico**

Este tratamiento era utilizado hasta en los años sesenta, pero paso a segundo plano tras la introducción de la osteosíntesis. Consistía en que el paciente estuviera en reposo totalmente en cama durante varios meses, incluso en determinados casos con tracción. Este tratamiento tenía sus consecuencias como lo son úlceras por presión, complicaciones tromboembólicas, infecciones urinarias y respiratorias y lesiones de tipo muscular.

## **Tratamiento quirúrgico**

Es importante que el tratamiento quirúrgico sea dentro de las primeras 48 horas, si se retrasa la intervención puede que incremente el dolor posoperatorio, la duración en la estancia hospitalaria, posibles complicaciones e incluso la mortalidad. Es importante realizar una buena valoración para recopilar datos relevantes como lo son: edad, la capacidad funcional previa al suceso y la capacidad para realizar una buena rehabilitación. Existen dos tipos de tratamientos los cuales son, osteosíntesis, o prótesis total o parcial.

Osteosíntesis: siguiendo la clasificación de Garden (anexo 1), las del tipo 1 y 2 (estables, no desplazadas) son tratables estabilizando la fractura mediante tornillos canulados. Esta técnica se realiza mediante cirugía abierta o percutánea. También se aplica en las de tipo 3 y 4 si el paciente es <65 años, sin problemas para una posterior intervención quirúrgica e independiente.

Prótesis de sustitución: esta técnica es utilizada desde los años sesenta; dentro de la sustitución protésica se encuentra la hemiartroplastia (sustitución protésica parcial) y la artroplastia (sustitución total). La diferencia de estas dos es que en la hemiartroplastia solo se sustituye el acetábulo o cabeza femoral y la artroplastia total de cadera se sustituyen ambas cosas.<sup>29</sup>

## **Tratamiento**

Para el tratamiento de la artrosis se recomienda una combinación de métodos farmacológicos y no farmacológicos y el reemplazo total de cadera. Algunos de los métodos no farmacológicos de acuerdo con estudios realizados demuestran que un descenso del peso mejora la función y disminución de la discapacidad. Una buena rehabilitación, permite a la persona volver a la persona volver a su estado movilidad anterior. Para que la persona

recupere su capacidad funcional previa, tiene que recuperar sus actividades de la vida diaria, como, por ejemplo: alimentarse, bañarse, vestirse, desvestirse.

Es importante que enfermería realice una buena educación a la persona sobre mecanismos de apoyo y las maniobras o precauciones antiluxantes. Se debe de realizar una buena intervención quirúrgica, para saber la capacidad funcional previa del paciente. Evaluación de los recursos que posee para así poder enfocar la rehabilitación y que el paciente adquiera su capacidad inicial. Para alcanzar todo lo anterior, la premisa más importante de la buena rehabilitación es la movilización precoz. Tal es su importancia que se considera el “Gold estándar” del tratamiento rehabilitador.<sup>29</sup>

Otras de las alternativas es la fisioterapia, que al aumentar la fuerza muscular mejorara la mecánica de los movimientos reduciendo la carga articular de la cadera. Pretende ayudar a disminuir el dolor, así como la función física, esto incluyendo ejercicios focalizados en fortalecimiento local y generalizados. Otro de los tratamientos que ayudan a la mejoría de artrosis de cadera es la electroterapia (máquinas de electroestimulación nerviosa transcutánea) y la termoterapia; es colocar paños calientes o fríos en al área donde se localiza el dolor.

Por otra parte, uno de los objetivos fundamentales de la rehabilitación es prevenir la luxación del implante, recuperar la fuerza funcional, fortalecer la musculatura de la cadera, prevenir las complicaciones asociadas con la convalecencia prolongada en cama, reeducar las transferencias de peso, deambulación y conseguir la movilidad sin dolor dentro de los límites de precaución.

Una de las opciones para la rehabilitación es la cinesiterapia la cual consiste en: movilizaciones asistidas; flexión 90°, abducción 15°, ejercicios isométricos del tobillo (no abducción y rotación interna), al primer día; se sienta en la cama con ayuda, del segundo al quinto día se llevará a bipedestación con ayuda de andador.

Con andador se debe de iniciar con el uso de calzado antideslizante, del tercer al quinto día la marcha debe de ser con el ante pie del lado operado, del quinto al décimo día apoyo parcial de pie con uso de andador, bajo de supervisión del fisioterapeuta, al menos dos veces al día, desde la cama hasta la silla y viceversa. Es de importancia la ayuda para la

marcha, ya que no se puede apoyar más de 85% del peso corporal sobre la extremidad operada.

### **Marcha con muletas**

Es de importancia que el paciente haya ido realizando ejercicios de fortalecimiento y determinar correctamente la longitud de la muleta, es necesario que tengan tapones de goma para que no resbalen. Existen diferentes tipos de marchas que le profesional deberá conocer y decidir cuál es la más adecuada para el paciente, así la rehabilitación será más efectiva y satisfactoria.

Marcha con 4 puntos: consiste en ir alternando el movimiento de la muleta opuesta a la pierna. Primero muleta izquierda, seguido de la pierna contraria (pierna derecha), en tercer lugar, la muleta derecha y por último la pierna izquierda. Esta técnica no es recomendable en fracturas. La marcha con 3 puntos, las muletas deben de acampar a la pierna afectada, por eso va en primer lugar la pierna afectada junto con ambas muletas, después la pierna sana y de nuevo la pierna afectada con ambas muletas.

Para subir las escaleras, el paciente deberá subir primero la pierna no afectada al escalón, manteniendo a la vez las muletas en el escalón de abajo hasta que las dos piernas estén en el escalón de más arriba. Posteriormente, tiene que subir las dos muletas al escalón. Al bajar las escaleras, se deben colocar las muletas en el escalón de abajo, se baja la pierna afectada y después la no afectada.<sup>29</sup>

Las corrientes estimulantes también útiles en la rehabilitación; es un tipo de corriente útil para el fortalecimiento tanto del músculo como del enfermo, ya que incluye mecanismos similares a los del entramiento físico; sirve para reeducar y permite el reclutamiento selectivo de fibras, lo cual ofrece mayores posibilidades de ganancia de fuerza.<sup>17</sup>

Como una alternativa de tratamiento farmacológico es la utilización de opioides en primera instancia se utiliza paracetamol y los AINES. Los AINE fueron moderadamente superiores al paracetamol para reducir el dolor y mejorar el estado funcional. Esta superioridad fue más notable en la artrosis de cadera grave. En caso de que el paracetamol no sea del todo efectivo para aliviar el dolor, es recomendable la utilización de algún fármaco opioide como el tramadol u oxicodona. Sin descartar que se debe tener en cuenta que dichos medicamentos pueden generar dependencia sobre todo en los adultos mayores.

Aunque cabe mencionar que los medicamentos opioides tienen efectos adversos más elevados. Otros de los tratamientos recomendados para la artrosis de cadera es el reemplazo total de cadera, NICE recomienda que se considere la cirugía si los síntomas tienen un efecto negativo para la calidad de vida del paciente, así como la respuesta al tratamiento no quirúrgico sea escasa.<sup>5</sup>

## **VI - RESUMEN DEL CASO CLÍNICO**

### **6.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado**

Paciente masculino ACHC de 78 años con Diagnóstico de Artrosis izquierda + Hipertensión arterial + Hiperplasia prostática en estudio. Signos vitales: T/A 128/70, FC: 58 lpm, FR: 22 rpm, SpO2 96% y T° 36.7.

#### **Patrón 1: percepción y manejo de la salud**

Paciente refiere tener buena salud, medidas de higiene, baño diario, cambio de ropa diario, cuenta con todos los servicios básicos (luz, agua, gas), cuenta con todas sus vacunas, niega alergias. Hipertenso desde hace 15 años, sin problemas para continuar con su tratamiento que el médico indicó, no fuma, no bebidas alcohólicas. En los últimos 3 meses ha tenido dolor en miembro izquierdo constante, le cuesta caminar tramos largos desde su casa hacia la tienda (2 cuadras) y al subir escaleras. Comenta a ver tenido 3 caídas previas. Jubilado desde hace 18 años.

#### **Patrón 2: Nutricional metabólico.**

Buena alimentación, realizando 3 comidas al día, prefiere comer pescado, verduras, sopas, ocasionalmente los fines de prefiere tomar refresco. Ingesta de líquidos aproximadamente de 1 litro y medio por día, no tiene dificultad para deglutir, dentadura completa. Niega alergias a alimentos, con buen apetito. Comenta que por lo menos dos veces por semana solo realiza 2 comidas al día, con horarios prolongados entre comidas de alrededor de 8 a 9 horas. A la exploración física: tegumentos con buena hidratación, piel hidratada, flexible, uñas y cabello limpios, sin datos de resequeidad en cuero cabelludo. Abdomen blando, no hay facies de dolor. Peso de 82.5 kg, mide, 1.72cm, el índice de masa corporal es de 27.6 esto nos da un resultado de sobrepeso. Glicemia capilar de 68 mg/dL preprandial, con una temperatura de 36.7 °.

### **Patrón 3: Eliminación**

Paciente comenta que no hay problema para evacuar, las heces son blandas, sus hábitos de eliminación son de 2 o 3 evacuaciones al día, sin dolor. A la micción con poco dolor, color de orina amarilla turbia, sin olor, durante el día presenta 4 a 5 micciones y en la noche comenta levantarse alrededor de 5 a 6 veces, quedándose con sensación de continuar miccionando. Refiere no utilizar sistemas de ayuda como lo son colectores, sondas o absorbentes. Existe la presencia inicial de incontinencia al problema agregado de hiperplasia prostática.

### **Patrón 4: Actividad y ejercicio**

No refiere realizar actividad física desde hace 2 años, sin embargo, por las tardes 3 veces por semana acompaña a su hija al supermercado. Inicio con dolor intermitente en pierna izquierda al caminar distancias largas (dos cuadras desde su casa a la tienda), al flexionar y extender la pierna. Le cuesta subir escalones ya que comienza a perder fuerza, siente que pierde el equilibrio, siente cansado con poca falta aire. A la exploración física: T/A 128/70, FC: 58 lpm, FR: 22 rpm y SpO2 96%. No se observa edema. Campos pulmonares ventilados, llenado capilar de 2 segundos.

### **Patrón 5: Sueño – Descanso**

Duerme por lo general de seis a siete horas. En ocasiones toma siestas de 15 min por las tardes después de comer. El paciente comenta tener en su habitación un difusor con aroma a lavanda que lo ayuda a relajarse antes de acostarse, o tiene problemas para conciliar el sueño, son embargo despierta durante la noche a miccionar de 4 a 5. En dos ocasiones más despertó por el dolor causado en pierna izquierda. Refiere dormir con una almohada bajo su pierna izquierda para tratar de disminuir el dolor. No utiliza fármacos para dormir, prefiere utilizar alguno más natural como los tés, ocasionalmente los utiliza.

## **Patrón 6: Cognitivo – Perceptual**

Se ubica en tiempo, espacio y persona, consciente, tranquilo, cooperador al manejo. Sin problemas en audición, no utiliza lentes puede leer y escribir sin necesidad de utilizar lentes. No requiere de apoyo adicional por parte de familiares para la realización de sus actividades cotidianas. Al momento de la exploración física se observa con facies de dolor a la palpación en miembro inferior izquierdo con irradiación en la ingle y parte de muslo y rodilla; con un EVA de 6.

## **Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto.**

Se observa paciente tranquilo, buena comunicación, contacto visual, seguro de sí mismo, se considera una persona alegre, maneja con calma situaciones estresantes, sin cambios significativos en su vida, felizmente casado, refiere ser muy tranquilo, sin problemas para iniciar una conversación. No tiene problemas con su imagen.

## **Patrón 8: Rol – Relaciones**

Vive con su esposa y 1 una de sus hijas, la relación es buena no hay problemas de comunicación entre ellos. Ayuda en la cocina a su esposa a preparar la comida, poner la mesa y en ocasiones lavando los platos. Convive con sus excompañeros del trabajo los fines de semana, suelen ir al parque o quedarse en casa jugando cartas. En cumpleaños de su esposa e hija prefiere salir a comer a un restaurant.

## **Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.**

Tuvo 3 hijos sanos, sin complicaciones en el nacimiento y crecimiento. Está en estudio para tratar la Hiperplasia prostática, solo refiere quedarse con sensación de continuar miccionando y un poco de dolor.

### **Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.**

Existe buena comunicación con su esposa y su hija, no se ha enfrentado a una situación estresante en los últimos 5 años. Se adapta a cambios sin dificultades, las situaciones estresantes que se pudieran presentar puede manejarlas con calma.

### **Patrón 11: Valores – Creencias.**

Paciente refiere ser católico, su religión no impide en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento. Comenta asistir a misa por los menos 3 veces por mes.

## 6.2 DIAGNÓSTICO ENFERMERO, RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

PATRÓN VALORADO	AGRUPACIÓN DE DATOS	DEDUCCIÓN	DOMINIO NANDA	CLASE NANDA	ETIQUETA NANDA	ENUNCIADO DIAGNÓSTICO
Patrón 1: percepción majeño de la salud.	Edad: 78 años Hiperplasia prostática Hipertenso Posquirúrgico.	Adulto mayor, hospitalizado  Estilo de vida adecuado.	Dominio 1: Promoción a la salud.	Clase 2: gestión de la salud identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar.	Disposición para mejorar la gestión de la salud.	Disposición para mejorar la gestión de la salud manifestado por expresar deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico prescrito.
Patrón 2: Nutricional metabólico	Peso: 82.5 kg Talla: 1.72 cm IMC: 27.6 Herida quirúrgica limpia, sin datos de infección. Temperatura: 36.7 °	Herida quirúrgica limpia Hidratación Drenovac a succión.	Dominio 2: Nutrición	Clase 1: Ingestión incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo	Sobrepeso	Sobrepeso manifestado por índice de masa corporal > 25 relacionado con comer frecuentemente en restaurantes, comportamiento sedentario mayor o igual a 2 horas diarias y trastorno del sueño.
Patrón 3: Eliminación	Orina de 4 a 5 veces al día. Color: amarillo turbio. Evacuaciones: 2 a 3 durante el día, Deseo de continuar orinando.	Dolor al miccionar leve.  Micciones durante la noche más frecuentes	Dominio 3: Eliminación / intercambio	Clase 1: función urinaria, proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina.	Deterioro de la eliminación urinaria.	Deterioro de la eliminación urinaria manifestado por micciones frecuentes y nicturia relacionado con obstrucción anatómica.

Patrón 4: Actividad / ejercicio	Frecuencia cardiaca: 58 lpm Frecuencia respiratoria: 22 rmp Movilidad delimitada, campos pulmonares ventilados. Post operado de prótesis de cadera.	Hipertenso Cansancio al caminar 2 cuadras de su casa a la tienda. Buen llenado capilar Buena ventilación.	Dominio 4 Actividad/ Ejercicio	Clase 2: actividad / ejercicio, mover partes del cuerpo, trabajar o realizar acciones a menudo contra resistencia.	Deterioro de la ambulación.	Deterioro de la ambulación manifestado por deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida y subir escaleras relacionado con disminución de la resistencia, dolor y fuerza muscular insuficiente.
Patrón 4: Actividad / ejercicio	Tres caídas previas Limitación de movimientos. Desgaste por artrosis.	Colocación de prótesis de cadera.	Dominio 4 Actividad/ Ejercicio	Clase 2: actividad / ejercicio, mover partes del cuerpo, trabajar o realizar acciones a menudo contra resistencia.	Deterioro de la movilidad física.	Deterioro de la movilidad física manifestado por disminución de la amplitud de movimientos, disnea de esfuerzo, temblor inducido por el movimiento relacionado con disminución de la fuerza muscular, rigidez articular y disminución de la resistencia.
Patrón 5: Sueño / descanso	Horas de sueño: alrededor de 6 a 7 horas. Dolor en pierna izquierda	Micciones nocturnas de 4-5 veces  Duerme de 6 a 7 hrs. Coloca una almohada bajo la pierna	Dominio 4: Actividad/ Ejercicio	Clase 1: sueño / reposo. Sueño, reposo, descanso, relación o inactividad	Deprivación del sueño.	Deprivación del sueño manifestado por aumento de la sensibilidad del dolor e incomodidad relacionado con cambios en las etapas del sueño relacionados con la edad y discomfort prolongado.

		izquierda para disminuir dolor.				
Patrón 6: Cognitivo/ perceptual	Facies de dolor. EVA de 6 – 7 Dolor a la movilidad	Datos manifestados de dolor, poca movilidad. (facies de dolor).	Dominio 12: Confort	Clase 1: confort físico, sensación de bienestar alivio o ausencia de dolor	Síndrome del dolor crónico.	Síndrome del dolor crónico manifestado por deterioro de la habilidad física, fatiga y trastorno del patrón del sueño.
Patrón 7: Autopercepción/ autoconcepto	Alegre No cambios significativos en su vida. Jubilado hace 11 años.	Buena autoestima.  Buena actitud de seguir con tratamiento.	Dominio 6: Autopercepción.	Clase 1: autoconcepto percepción sobre le yo total	Disposición para mejorar el autoconcepto	Disposición para mejorar el autoconcepto manifestado por aceptación de las limitaciones y expresa confianza de las propias habilidades.
Patrón 8: Rol / relaciones	Vive con esposa Sociable	Existe buena comunicación con su esposa e hija.	Dominio 7: rol / relaciones	Clase 1: roles de cuidador patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud.	Riesgo de deterioro parental	Riesgo de deterioro parental relacionado con cambios en la unidad familiar, alteración de las capacidades perceptuales y problema discapacitante.

Patrón 9: Sexualidad / reproducción	Hiperplasia prostática  Sensación de orinar.	Hiperplasia prostática en estudio.	Dominio 8: sexualidad	Clase 2: función sexual capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales	patrón de sexualidad ineficaz.	Patrón de sexualidad ineficaz manifestado por dificultad con la actividad sexual relacionado con habilidades deficientes sobre alternativas relacionadas con la sexualidad y modelo de rol inadecuado.
Patrón 10: Adaptación / tolerancia al estrés.	Buena comunicación No hay problema para comunicarse	-Buena relación con su esposa e hija. -Sin problemas para expresar sentimientos. -Maneja el estrés con calma.	Dominio 9: afrontamiento o/ tolerancia al estrés.	Clase 2: respuesta de afrontamiento , proceso de gestión del estrés y del entorno	Disposición para mejorar el afrontamiento .	Disposición para mejorar el afrontamiento manifestado por ser consciente de posibles cambios ambientales, deseo de mejorar el conocimiento sobre las estrategias de gestión del estrés y mejorar el apoyo social.
Patrón 11: Valores / creencias	Católico	Asiste 3 veces al mes a misa.	Domino 10: principios vitales	Clase 3: congruencia entre valores/ creencias/ acciones corresponden cia o equilibrio alcanzado entre valores, creencias y acciones	Disposición para mejorar la religiosidad.	Disposición para mejorar la religiosidad manifestado por expresar el deseo de mejorar el uso de material religioso y mejorar las opciones religiosas.

### 6.3 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>6 cognitivo / perceptual</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Facies de dolor. Eva de 6 – 7 (anexo 15) Dolor a la movilidad</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Datos manifestados de dolor, poca movilidad de miembro inferior izquierdo.</p>	<p>Dominio: 12 confort</p> <p>Clase: 1 confort físico sensación de bienestar, alivio o ausencia de dolor.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: síndrome del dolor crónico</p> <p>Factor(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>Características definitorias: Deterioro de la habilidad física, fatiga y trastorno del sueño.</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		Dominio: Salud percibida (V)		Clase: Sintomatología (V)	
		Criterio de resultado: Nivel del dolor			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
		210201: Dolor referido.	Sustancial (2)	Mantener a 2, aumentar 4	
210204: Duración de los episodios de dolor.	Moderado (3)	Mantener a 3, aumentar 5			
210206: Expresiones faciales de dolor.	Sustancial (2)	Mantener a 2, aumentar a 4			
210222: Agitación.	Sustancial (2)	Mantener a 2, aumentar a 4			
210209: Tensión muscular.	Sustancial (2)	Mantener a 2, aumentar a 4			
210210: Frecuencia respiratoria	Desviación moderada del rango normal (3)	Mantener a 3, aumentar 5			

### 6.3.1 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO).

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>4 actividad / ejercicio</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Limitación de movimientos Desgaste por artrosis de cadera</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Refiere 3 caídas previas. Miedo al caerse. Limitación de movimientos de rotación, flexión y extensión.</p>	<p>Dominio: 4 actividad / ejercicio</p> <p>Clase: 2 actividad / ejercicio mover partes del cuerpo, trabajar o realizar acciones a menudo.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: deterioro de la movilidad física.</p> <p>Factor(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: Disminución de la fuerza muscular, rigidez articular y disminución de la resistencia.</p> <p>Características definitorias: Disminución de la amplitud de movimientos, disnea de esfuerzo, temblor inducido por el movimiento.</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		Dominio: Salud funcional (I)		Clase: Movilidad (C)	
		Criterio de resultado: Marcha			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
022201: estabilidad en la marcha.	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.			
022202: equilibrio al caminar.	Moderadamente comprometido (3)	Mantener a 3, aumentar a 4.			
022203: postura al caminar.	Moderadamente comprometido (3)	Mantener a 3, aumentar a 5.			
022213: rango de flexión de la cadera izquierda.	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.			

### 6.3.2 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO).

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>4: Actividad / ejercicio</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Frecuencia cardiaca 58 lpm, frecuencia respiratoria 22 rpm, SpO2 96%, tensión arterial 128/70. Campos pulmonares ventilados, llenado capilar de 2 segundos, no hay presencia de edema.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Dolor en pierna izquierda al caminar, flexionar o extender. Debilidad y dificultad para subir escalones.</p>	<p>Dominio: 4 actividad / ejercicio</p> <p>Clase: 2 actividad / ejercicio mover partes del cuerpo, trabajar o realizar acciones a menudo contra resistencia.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: deterioro de la ambulación.</p> <p>Factor(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>Disminución de la resistencia, dolor y fuerza muscular insuficiente.</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida y subir escaleras.</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		Dominio: Salud funcional (I)	Clase: Movilidad (C)		
		Criterio de resultado: Ambular			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
		020002: camina con marcha eficaz	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.	
020006: sube escaleras	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.			
020007: baja escaleras	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 3.			
020010: camina distancias cortas < 1 manzana.	Moderadamente comprometido (3)	Mantener a 3, aumentar a 5.			
020012: camina largas distancias (5 o más manzanas).	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.			
	Moderadamente comprometido (3)	Mantener a 3, aumentar a 5.			
020015: anda por la casa.	Moderadamente comprometido (3)	Mantener a 3, aumentar a 4.			

### 6.3.3 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO).

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>3: Eliminación</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Orina con color amarilla turbia.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Refiere dolor al momento de miccionar, quedándose con sensación de continuar orinando. Por las noches se levanta alrededor de 5 o 6 veces.</p>	<p>Dominio: 3 eliminación / intercambio</p> <p>Clase: 1 función urinaria proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina</p> <p>Etiqueta diagnóstica: deterioro de la eliminación urinaria</p> <p>Factor(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>Obstrucción anatómica</p> <p>Características definitorias: Micciones frecuentes Nicturia.</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		Dominio: salud fisiológica (11)		Clase: eliminación (F)	
		Criterio de resultado: eliminación urinaria			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
		050301: patrón de eliminación.	sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.	
		050304: color de orina.	moderadamente comprometido (3)	Mantener a 3, aumentar a 5.	
		050307: ingesta de líquidos.	levemente comprometido (4)	Mantener a 4, aumentar a 5.	
050313: vacía la vejiga completamente.	sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.			
050309: dolor al orinar.	moderado (3)	Mantener a 3, aumentar a 5.			
050333: nicturia	sustancial (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.			

### 6.3.4 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE RESULTADO).

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>5: Sueño descanso</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Facies de cansancio.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>No tiene problemas para conciliar el sueño, despierta de 4 a 5 veces para ir al baño y dolor en pierna izquierda. Menciona dormir alrededor de 6 a 7 horas.</p>	<p>Dominio: 4 actividad / ejercicio</p> <p>Clase: 1 sueño / reposo. Sueño, reposo, descanso, relación o inactividad.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: deprivación del sueño.</p> <p>Factor(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>Cambios en las etapas del sueño relacionado con la edad y disconfort prolongado</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Aumento de la sensibilidad del dolor Incomodidad.</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		Dominio: Salud funcional (I)		Clase: Mantenimiento de la energía (A)	
		Criterio de resultado: Descanso			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana	
		000301: tiempo del descanso	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.	
000302: patrón del descanso	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.			
000303: calidad el descanso	Moderadamente comprometido (3)	Mantener a 3, aumentar a 5.			
000304: descansado físicamente	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.			
000310: aspecto de estar descansado	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a 2, aumentar a 4.			

## 6.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN: COGNITIVO / PERCEPTUAL

INTERVENCIONES (NIC) /GPC	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>CAMPO:</b> 2 fisiológico: complejo</p> <p><b>CLASE:</b> H control de fármacos</p> <p><b>INTERVENCION:</b> Administración de analgésicos</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</p> <p>-comprobar las ordenes medicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p>	<p>El dolor se manifiesta en un grado variable en cada paciente que es intervenido quirúrgicamente. Se ha comprobado que hasta el 5 % de los casos sometidos a cirugía soporta dolor intenso en las primeras 24 horas.</p> <p>Las técnicas analgésicas más habituales son la endovenosa, subcutánea, oral, transcutánea, intramuscular, neuroaxial, transmucosa, interpleural y esporádicamente los bloqueos periféricos con anestésicos locales. La selección de la forma de administración de analgésicos estribará de elementos tan distintos como son el tipo e intensidad del dolor, el acervo de drogas, la permeabilidad de las vías de administración y el dominio de los especialistas tratantes.</p>		
		Indicador (es)	Puntuación final
		210201: Dolor referido.	Leve (4)
		210204: Duración de los episodios de dolor.	Leve (4)
		210206: Expresiones faciales de dolor.	Moderado (3)
		210222: Agitación.	Leve (4)
		210209: Tensión muscular.	Moderado (3)
		210210: Frecuencia respiratoria	Leve (4)

<p>-Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</p> <p>-Determinar la selección de analgésico (narcótico, no narcótico o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor.</p> <p>-Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.</p>	<p>Comprobar si el paciente es alérgico a alguno de los analgésicos para evitar que pudiera causar reacción alérgica y ponga en peligro su vida.</p> <p>Los AINES, opioides, acetaminofén y adyuvantes resultan los medicamentos más habituales por esta vía.</p> <p>Los opioides se conciben como los fármacos más poderosos empleados en el manejo del dolor. La praxis clínica ha canonizado la utilización de opioides espinales con el objetivo de provocar una intensa analgesia metamérica carente de los efectos adversos de su empleo sistémico.<sup>25</sup></p> <p>La Morfina de 1 microgramo multiplicado por el peso del paciente haciendo uso de la vía intratecal, sería el fármaco elegido, ya que permite la disminución satisfactoria, duradera y fiable del dolor. Además, si el dolor no disminuye con la administración de</p>		
---	---	--	--

<p>-Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</p>	<p>dicha droga, se podría hacer uso de analgesia de rescate, administrando ketorolaco unido al paracetamol, ya que se realiza un tratamiento unimodal con un AINE o un opioide, no se abarcaría un adecuado control del dolor. Este tratamiento, por lo tanto, debe ser de carácter multimodal y preventivo.</p> <p>También, se podría hacer uso de cualquier otro opioide administrado vía intravenosa para conseguir una disminución del dolor. No obstante, supone un aumento del riesgo al que se exponen los pacientes, ya que el número de los efectos adversos son muy elevados, debido a que la dosis necesitada para obtener un abordaje eficaz del dolor es mayor con respecto a las rutas terapéuticas mencionadas anteriormente.<sup>27</sup></p>		
---	---	--	--

### 6.4.1 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN: ACTIVIDAD / EJERCICIO

INTERVENCIONES (NIC) /GPC	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>CAMPO:</b> 1 fisiológico: básico</p> <p><b>CLASE:</b> A control de actividad y ejercicio</p> <p><b>INTERVENCION:</b> Terapia de ejercicios: control muscular.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.</p> <p>-Consultar con el fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada patrón de movimiento.</p> <p>-Poner en marcha medias de control del dolor antes de comenzar ejercicios / actividad.</p>	<p>Los ejercicios de fuerza, consta de entrenamiento con calentamiento sentadillas, ejercicios de calentamiento y de enfriamiento, en el grupo de ejercicio de fuerza; propicia una mejoría de la flexibilidad del 75 %, equilibrio y la función muscular de la rodilla que se asocia con las articulaciones de la cadera y tobillo hubo aumentara la función. El calentamiento, los ejercicios de resistencia y el entrenamiento propioceptivo junto con el fortalecimiento de los músculos que rodean la cadera y la articulación de la rodilla debe ser incluido como una herramienta importante para aliviar el dolor y disminuir la discapacidad física en rodilla y en cadera que está asociada directamente con el entrenamiento. Los movimientos coordinados realizados regularmente, incluso aquellos con carga externa mínima, mejoran la propiocepción en las extremidades inferiores. Este hallazgo apoya el creciente consenso de que un estilo de vida físicamente activo puede jugar un papel en la prevención del deterioro físico asociado</p>		
		Indicador (es)	Puntuación final
		022201: estabilidad en la marcha.	Levemente comprometido (4)
		022202: equilibrio al caminar.	Levemente comprometido (4)
		022203: postura al caminar.	Moderadamente comprometido (3)
		022213: rango de flexión de la cadera izquierda	Moderadamente comprometido (3)

<p>-Reevaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta.</p> <p>-Observar los ejercicios realizados por el paciente para su correcta ejecución.</p>	<p>con el envejecimiento y un estilo de vida sedentario.<sup>27</sup> Los ejercicios de rehabilitación se dará prácticamente al día siguiente de la operación. Estos ejercicios deben estar supervisados por el fisioterapeuta y adaptados a cada paciente. Las muletas se irán quitando progresivamente hasta no tener ninguna. Tras el alta, el paciente continuará los ejercicios pautados por su fisioterapeuta en casa. La escala de Harris es muy significativa, sobre todo a nivel funcional. Por tanto, es una buena herramienta para valorar la evolución del paciente mientras recibe rehabilitación fisioterapéutica hasta el alta definitiva.<sup>28</sup></p>		
--	--	--	--

## 6.4.2 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN: ACTIVIDAD / EJERCICIO

INTERVENCIONES (NIC) /GPC	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>CAMPO:</b> 1 fisiológico: básico</p> <p><b>CLASE:</b> 2 control de actividad y ejercicio.</p> <p><b>INTERVENCION:</b> Terapia de ejercicios: ambulación.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.</p> <p>-Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso.</p>	<p>La recomendación en cama para el paciente es: dormir en posición supina con una almohada entre las piernas, evitar dormir en posición decúbito lateral. Al levantarse o acostarse siempre vaya de espaldas en los últimos pasos para que la pierna operada quede completamente apoyada en la cama antes de girarse y acostarse. Para poder sentarse en la silla, debe de tener su espalda recta, tomar la silla por los brazos y sentarse, siempre teniendo la pierna operada por delante. Alternando la pierna siempre en extensión y flexión. Todos estos ejercicios desde levantarse de cama, sentarse y deambular deben ser supervisados por un fisioterapeuta para que ayude a corregir los errores de</p>		
		Indicador (es)	Puntuación final
		020002: camina con marcha eficaz.	Levemente comprometido (4)
		020006: sube escaleras	Moderadamente comprometido (3)
		020007: baja escaleras	Moderadamente comprometido (3)
020012: camina largas distancias (5 o más manzanas).	Levemente comprometido (4)		
020016: se adapta a diferentes tipos de superficies.	Levemente comprometido (4)		

	posturas, marcha etc.		
--	-----------------------	--	--



<p>-Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancias realistas para la deambulación.</p>	<p>sentarse en sillas bajas ni colocarse en cuclillas, no agacharse sobre la pierna operada, la utilización de calzado adecuado y cerrado que sujete bien el pie. Cabe mencionar que el exceso de peso es negativo para la recuperación por lo cual se recomienda mantener una dieta equilibrada rica en fibra, hierro y acompañada de abundantes líquidos.<sup>21</sup></p> <p>La deambulación asistida temprana en el adulto mayor (iniciado dentro de las 48 horas de la cirugía, cuando sea posible) acelera la recuperación funcional y se asocia con más egresos directos a domicilio y menos egresos que requieren asistencia en los cuidados de las actividades de la vida diaria. Se recomienda un proceso de movilización temprana supervisado durante los primeros 40 días posteriores a un proceso quirúrgico de cadera.<sup>22</sup></p>		
--	---	--	--

### 6.4.3 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN: ELIMINACIÓN

INTERVENCIONES (NIC) /GPC	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p><b>CAMPO:</b> 1 fisiológico: básico</p> <p><b>CLASE:</b> B control de la eliminación.</p> <p><b>INTERVENCION:</b> Cuidados de la incontinencia urinaria (anexo 2)</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <p>-Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional.)</p> <p>-Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</p>	<p>Al momento de identificar el problema por el cual el paciente no tiene una eliminación satisfactoria que en su caso es hiperplasia prostática y agregando el dolor causado por la artrosis de cadera aumentara su deseo de miccionar. La guía para el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia en adultos mayores hace mención que es importante educar tanto al paciente como familiares, evitar el consumo de bebidas que contengan alcohol o café y evitar ingerir líquidos por la tarde en especial con aquellos que tienen problemas para desplazarse. Este problema generalmente es secundario a la perdida de la capacidad de contención de los esfínteres urinarios por debilitamiento del suelo pélvico. Existe ejercicios del suelo pélvico se ha demostrado que son útiles para</p>		
		Indicador (es)	Puntuación final
		050301: patrón de eliminación.	Levemente comprometido (4)
		050304: color de orina.	Levemente comprometido (4)
		050307: ingesta de líquidos.	No comprometido (5)
050309: dolor al orinar.	Levemente comprometido (4)		

<p>-Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.</p>	<p>mujeres de todas las edades, así como en las mayores de 60 años con incontinencia urinaria de esfuerzo o por hiperactividad del detrusor. En promedio, cuando los ejercicios de reforzamiento del piso pélvico se llevan a cabo de manera correcta, hay mejoría de 60 % de la frecuencia de los síntomas. Estos ejercicios consisten en pedir a la paciente que contraiga los músculos del periné lo más fuerte posible y en forma sostenida, por lo menos durante 10 segundos, en ciclos de 10 a 20 contracciones; estos ejercicios deben hacerse en forma periódica durante el transcurso del día, al menos tres veces al día, de tal forma que las personas hagan entre 30 y 45 contracciones diarias.<sup>18</sup></p> <p>-Dar una educación tanto al paciente como a los familiares del patrón miccional, ayudara tener en cuenta ciertas medidas para mejorar la micción</p>		
---	---	--	--

-Enseñar al paciente / familiar a registrar la diuresis y el patrón miccional, según corresponda.

-Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1.5 litros de líquido al día.

y disminuir la sensación de continuar orinando. Algunas de ellas es no retardar o posponer la micción, fomentar la actividad física, posibilitar la autonomía. Comentar familia y el paciente los resultados mejorara el conocimiento sobre sus hábitos de vida que cambiaran para bien.

-Explicar el tratamiento a seguir, evitar irritantes, Seguir una dieta equilibrada: debemos evitar el sobrepeso y el estreñimiento asegurándonos de que realiza una adecuada ingesta de líquidos (aproximadamente dos litros diarios). La falta de líquidos hace que la vejiga no se distienda y pierda capacidad, la orina también es más concentrada y eso puede irritar la mucosa vesical.<sup>19</sup>

Al comentar con el paciente los resultados se espera que su patrón miccional mejore paulatinamente, al registrar las veces que acude a orinar,

	<p>el color y si existe dolor, con forme se apegue a las recomendaciones se esperara una disminución de los síntomas, que las micciones durante la noche disminuyan, el evitar irritantes, la ingesta de líquidos permita un vaciamiento satisfactorio. Desarrollar un plan de cuidado individualizado en colaboración con otros miembros del equipo, Modificar el entorno para facilitar la continencia. Cambiar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. (camas bajas, timbre a mano, iluminación adecuada, calzado apropiado, suelo seco no deslizante).<sup>20</sup></p>		
--	--	--	--

#### 4.6.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN: SUEÑO / DESCANSO

INTERVENCIONES (NIC) /GPC	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>CAMPO: 1 fisiológico: básico</p> <p>CLASE: E: Fomento de la comodidad física.</p> <p>INTERVENCIÓN: Manejo del dolor.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>-Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p>	<p>Valorar el tipo de dolor, la duración, así como la localización ayuda a dar un mejor tratamiento para este. Existen diversos tipos de dolor: puede ser continuo, localizado, mordiente, que estos normalmente son tratados con AINES, opioides, otro tipo de dolor son los neuropáticos se caracterizan por ser continuos, lancinante, parestesias y los viscerales que son constantes, cólicos e irradiados. Todos ellos pueden ser tratados con analgésicos, espasmódicos.</p> <p>-Con la historia del cuadro clínico del dolor se podrán tomar decisiones del tratamiento para este mismo, algunos de los síntomas son: localización, comienzo, duración, intensidad, irradiación, auto medida del dolor,</p>		
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>000301: tiempo del descanso</p> <p>000302: patrón del descanso</p> <p>000303: calidad el descanso</p> <p>000304: descansado físicamente</p> <p>000310: aspecto de estar descansado.</p>	<p>Moderadamente comprometido (3)</p> <p>Levemente comprometido (4)</p> <p>Moderadamente comprometido (3)</p> <p>Moderadamente comprometido (3)</p> <p>Levemente comprometido (4)</p>

-Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad,

síntomas acompañantes.

función cognitiva, estado de ánimo, trabajo y responsabilidades de roles).

-Explorar con el paciente los factores que alivian / empeoran el dolor.

Se debe observar las actitudes y comportamiento del enfermo, la expresión facial se ha considerado un buen indicador del dolor. Observar si el paciente tiene alguna molestia al sentarse en una silla, caminar o estar en cama.

-El tratamiento de los signos y síntomas específicos para tratar el dolor y la reducción del deterioro simultáneo que afecta los aspectos de la calidad de vida, como los trastornos de sueño, por ello es importante mantener el dolor controlado para evitar el cansancio y la fatiga y así pueda descansar mejor durante la noche.

-El tratamiento debe tener un enfoque biopsicosocial; no sólo se actuará sobre la sensación dolorosa, sino que se ampliará a todos los componentes que pueden modificarla: experiencias previas, situaciones familiares, sensación de pérdida de autonomía,

<p>-Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas antes y después y si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o aumente y junto con las otras medidas de alivio del dolor (estimulación nerviosa transcutánea, relajación, aplicación de calor / frío y masajes).</p>	<p>suelen ser situaciones frecuentes en las que el tratamiento clásico fracasa.<sup>24</sup></p> <p>-La estimulación eléctrica nerviosa transcutánea, la cual es la aplicación de local de impulsos eléctricos en los que se puede modificar la intensidad, anchura y frecuencia de la onda eléctrica. Indicado en el tratamiento en dolores agudos y crónicos.<sup>23</sup></p>		
---	--	--	--

## VII - PLAN DE ALTA

La planificación del alta comienza en el momento en que se decide someterse a la cirugía. Una de las primeras cosas que necesita hacer es organizar el traslado el día de su alta. La mayoría de los pacientes están listos para ser dados de alta del hospital entre uno a tres días después de la cirugía; sin embargo, se deben cumplir los criterios específicos. Recibirá el alta del hospital cuando:

- Su condición médica sea estable.
- Sea capaz de comer y orinar.
- El dolor esté controlado con analgésicos orales.
- Su casa esté preparada para su seguridad.
- Usted reúna con éxito los objetivos de la terapia física y ocupacional.

Después de la cirugía se puede esperar una mejora gradual en los próximos meses. Debe esperar menos dolor, rigidez e inflamación, y un estilo de vida más independiente. Después de ser dado de alta del hospital o del centro de rehabilitación, su siguiente visita de seguimiento será entre 3 y 4 semanas después de la cirugía. En general, los pacientes están muy bien después del alta. Sin embargo, es importante que se comunique con el consultorio del cirujano en algunas de las siguientes situaciones:

- El dolor aumenta cada vez más en el lugar de la operación.
- Surge o aumenta el enrojecimiento o el calor desde el alta.
- Hay un mayor drenaje o un drenaje nuevo en la incisión.
- El lugar de la operación está cada vez más hinchado.
- Su pantorrilla se hincha, está adolorida, caliente o enrojecida.
- Tiene temperatura superior a 38° C durante más de 24 horas.

Para el control del dolor y del malestar se recomienda tomar el analgésico tan pronto como empiece el inicio del dolor, no hay que esperar hasta que el dolor se agrave. Se recomienda tomar el analgésico antes de hacer actividad y antes de ir a dormir. Del mismo modo se

debe de tener en cuenta que algunos analgésicos pueden causar náuseas, en dado caso que esto suceda, disminuya la cantidad y se notificara al médico.

El paciente debe de tomar en cuenta que, al estar tomando analgésicos opioides, no se permite conducir, pueden provocar estreñimiento, para esto se recomienda ingerir abundantes líquidos, comidas que contenga fibra, así como verduras y frutas. Si desea realizar ejercicios se debe de tomar en cuenta ir acompañado de un familiar para mayor seguridad y así evitar caídas posteriores o movimientos en falso, siempre y cuando utilizando un aditamento como el bastón, andadera o muletas.

En la rehabilitación posquirúrgica, los objetivos fundamentales son prevenir la luxación del implante, recuperar la fuerza funcional, fortalecer la musculatura de la cadera, reeducar transferencias, reeducar deambulación y conseguir movilidad sin dolor dentro de los límites de precaución. La crioterapia es una forma de termoterapia superficial que se basa en la aplicación de frío como agente terapéutico con la finalidad de aliviar el dolor y la disminución de la reacción inflamatoria producto de un trauma y retrasa de la formación de edema. El tiempo de aplicación debe ser y variar entre 15y 30 minutos dependiendo de la técnica que se utilice.

### **Días 1ro y 2do.**

Buena instalación en decúbito dorsal, miembros inferiores en ligera abducción, se puede utilizar un triángulo, elevación de los pies para eliminación del edema. Fase de elevación: el paciente en decúbito supino sobre su cama con los miembros inferiores flexionados a 60 grados, apoyados en una cuña, se mantiene esta posición durante tres minutos, realizando flexiones dorsales y plantares de tobillo. Fase de descenso: se coloca el paciente en sedestación, con los pies colgados en la camilla, realizando circunducción de los tobillos de 2 a 5 minutos, se consigue hiperemia, por la llegada del torrente sanguíneo. Fase de reposo: el paciente en decúbito supino sobre la cama realiza flexiones plantares y dorsales de tobillo durante 5 minutos.

Enseñanza de los movimientos permitidos y de las posiciones contraindicadas. Prevención de las escaras, masaje circulatorio del miembro inferior. Ejercicios respiratorios: en cualquier actividad física, para obtener el máximo rendimiento es necesario ejecutar una respiración rítmica que se traduce en exhalar, al realizar el movimiento e inhalar en la fase de

recuperación, es importante llenar los pulmones de aire al inhalar para evitar la falta de oxígeno durante el movimiento, una buena respiración genera menos cansancio porque las células reciben la energía necesaria para trabajar.

Contracciones estáticas de cuádriceps y de glúteos, movilizaciones de tobillo y de pie del lado operado. Al segundo día se incorpora en apoyo parcial del peso, educación sobre el uso de dispositivos de sostén puede ser muletas o andador, para la ambulación posquirúrgica. Estiramiento de Thomas, sirve para prevenir la contractura de la cadera y puede comenzar a realizarse dos días después de la operación, es importante mantener el estiramiento en un punto leve y poco a poco aumentar la tensión, evitando llegar al punto de dolor, cada estiramiento debe durar 30 segundos, descansando el mismo periodo de tiempo y repitiéndolo de 2 a 3 veces.

La movilización comienza con la marcha en tres puntos con muletas de apoyo o utilizando el andador en casos iniciales, la distancia no es importante y se lleva a los pacientes tan lejos como su capacidad lo permita, se da consejos sobre la cantidad de tiempo que puede estar sentado no más de 1 hora.<sup>31</sup>

### **Marcha con andador:**

Utilizar calzado antideslizante, marcha con apoyo del ante pie del lado operado, apoyo parcial de pie con uso de andador, los pasos asistidos con ayuda de andador bajo la supervisión de un fisioterapeuta, al menos 2 veces al día, desde la cama hasta una silla y viceversa. Es de vital importancia la ayuda para la marcha, ya que no se puede apoyar más del 85% del peso corporal sobre la extremidad operada.

El entrenamiento de la marcha ha demostrado según un estudio de Hesse, S., que debe ser efectiva en la mejora de la escala de cadera de Harris al final de 10 días de entrenamiento, sobre todo en las categorías del dolor y de la máxima distancia recorrida andando. También mejoró el déficit de extensión de cadera, la simetría de la marcha, la fuerza de los abductores de cadera y la actividad del glúteo medio, medido con electromiografía. Además, con este tratamiento los pacientes abandonan antes las muletas.<sup>32</sup>

### **Días 3ro – 8vo**

Movilización y fortalecimiento de los miembros superiores y del miembro inferior no operado, movilizaciones de cadera activa asistida en flexión, extensión y abducción, los movimientos activos son los que se producen dentro de la amplitud del movimiento gracias a la contracción de los músculos que movilizan la articulación. Se utiliza dicha movilización demostrando al paciente el movimiento a realizar mediante la movilización pasiva luego pedirle que lo realice por sí mismo, se puede colocar las manos para que se guíe el movimiento.

#### **Se realiza este tratamiento con objetivos de:**

Conservar la elasticidad y contractibilidad fisiológica de los músculos, mejorar la circulación y evitar la formación de trombos, mejorar la coordinación y las habilidades motoras necesarias para la actividad funcional, fortalecimiento de cuádriceps con trabajo activo y recuperación de la flexión de rodilla en forma activa asistida. Al sexto día se puede trabajar en decúbito prono, extensión de la cadera y alargamiento del recto anterior. En decúbito prono se realiza extensión de cadera, se recomienda hacer el ejercicio con la rodilla flexionada para evitar la compensación del movimiento con los músculos isquiotibiales.

### **Días 8vo – 15**

Movilización y fortalecimiento muscular de la cadera activa asistida, activa libre y con resistencia leve. Día 15, m archa con apoyo 2 bastones, ascenso y descenso de escaleras, recuperación muscular progresiva, especialmente en glúteo mediano, reeducación de la marcha con dos bastones. La marcha con un bastón se realiza después de un mes y medio, bastón del lado opuesto al operado. La marcha sin bastón después de dos meses, los bastones se abandonan solamente cuando el miembro inferior está perfectamente sólido e indoloro. Ejercicios isotónicos con poleas y bandas elásticas se recomienda comenzar a partir de la 4 o 5 semana.<sup>31</sup>

#### **Estado actual de la evaluación de resultados.**

En Europa y estados unidos se observa la tendencia a utilizar ciertos sistemas de evaluación. Durante muchos años los europeos se inclinaron a usar la escala de Merle d'Aubigne y Postel modificada por Charnley, y los estadounidenses favorecieron la escala de Harris. En México, durante mucho tiempo la mayoría de los cirujanos ha utilizado la

escala de Merle d'Aubigne y Postel. La escala que se utiliza para evaluar los resultados de la colocación de prótesis es SICOT. (anexo 12)

Los componentes de la escala deben incluir datos demográficos que incluyan, edad, sexo, estatura, ocupación y el lado que se estudia. También debe identificarse el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, las operaciones previas en la cadera en estudio, anomalías en la cadera contralateral y en otras articulaciones de carga. Así mismo deben registrarse factores de riesgo quirúrgico, enfermedades sistémicas y el tipo de medicamentos que está recibiendo el paciente.

Son muy importantes el dolor, la movilidad y la función, pero también deben incluirse deformidades fijas, marcha, arcos de movilidad, la satisfacción del paciente respecto a los resultados del tratamiento. El dolor puede valorarse mediante entrevistas con el paciente, que se puede medir mediante la escala descriptiva ordinal de keele, la cual utiliza los adjetivos “severo”, “intenso”, “medio” o “ninguno”.

Para la función de la cadera se podrá evaluar mediante entrevistas con el paciente y registrarse, los parámetros de función, como son la capacidad para la marcha con o sin ayuda, el tiempo que es capaz de efectuarla, subir o bajar escaleras, colocarse calcetines, zapatos, capacidad de levantarse o sentarse en una silla. Por ello es importante incluir actividades de la vida diaria ya que el paciente es capaz o no de desarrollar ciertas actividades, ofreciendo información adicional del nivel del dolor, capacidad para los esfuerzos y amplitud de los arcos de movilidad.

De la misma manera se debe tener en cuenta complicaciones inmediatas que pudieran llegar a presentarse, alguna de ellas es la presencia de fisura de la diáfisis del fémur que se produjo durante la colocación de un vástago no cementado, luxación que puede estar relacionada con movimientos bruscos del paciente al cambiar la camilla, girar sobre su propio eje, esto puede llevar a una reducción cerrada de la misma. Las complicaciones tardías pueden ser infecciones que en raras ocasiones se tiene que retirar el implante y colocar una nueva efectuando una prótesis de revisión.<sup>30</sup>

**Recomendaciones para el paciente:**

No coger objetos del suelo o inclinarse para alcanzar armarios bajos, no cruzar las piernas, no forzar la cadera a más de un ángulo recto (no llevar las rodillas al pecho), no sentarse en sillas bajas, taburetes o tazas del baño bajas, no sentarse en sillas sin brazos, es necesario los apoya brazos para que pueda levantarse. No dejar que la cadera rote estando de pie, sentada o acostada, mantener la punta de los dedos apuntando hacia delante. Utilizar los primeros días el triángulo, no acostarse sobre el lado operado los primeros días después de la cirugía, colocar una almohada entre las piernas para ponerse de lado.<sup>31</sup>

## PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PAICENTE (A): ACHC

EDAD: 78 AÑOS SEXO: MASCULINO

DIAGNOSTICO (S) MEDICO: HIPERTENSIÓN, HIPERPLASIA PROSTATICA Y ARTROSIS DE CADERA.

FECHA DE ELABORACION: 07/08/2021

ASPECTO POR DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<b>COMUNICACIÓN</b>	<p>-R-habilítate clínica de Fisioterapia Calle Francisco Pena 1105, Las águilas, 78260 San Luis, S.L.P. Tel: 444 811 7783</p> <p>-BIOTEC (Centro de Terapias) Nereo Rodríguez Barragán # 850 -D, Col del Valle, 78200 San Luis Potosí, S.L.P. Tel: 444 188 0660</p> <p>-Hospital de Especialidades Medicas Av. Benito Juárez 1210, Valle Dorado, 78399 San Luis, S.L.P. Tel: 444 167 2000</p> <p>Servicios de urgencias -La Bene San Luis Av. Venustiano Carranza 1090, De Tequisquiapan, 78250 San Luis, S.L.P. Tel: 444 813 4048</p>
<b>URGENTE</b>	<p>-Dolor aumenta cada vez más en el lugar de la operación. -Presencia de enrojecimiento o calor en el sitio quirúrgico. -Presencia de sangrado, inflamación o en dado caso fiebre. -Se recomienda registrar todos los detalles que haya notado.</p>
<b>INFORMACIÓN</b>	<p>-Fortalecimiento de la musculatura de la cadera. -Conseguir movilidad sin dolor.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enseñanza de los movimientos permitidos y los movimientos contraindicados.</li> <li>-Ejercicios respiratorios para cualquier actividad física para obtener el máximo rendimiento.</li> <li>-Utilización de calzado antideslizante.</li> <li>- Para el control del dolor y del malestar se recomienda tomar el analgésico tan pronto como empiece el inicio del dolor.</li> <li>-Su siguiente visita de seguimiento será entre 3 y 4 semanas después de la cirugía.</li> <li>-Evitar sentarse en sillas muy altas o bajas.</li> <li>- No coger objetos del suelo o inclinarse para alcanzar armarios bajos, no cruzar las piernas, no forzar la cadera a más de un ángulo recto.</li> <li>- No dejar que la cadera rote estando de pie, sentada o acostada, mantener la punta de los dedos apuntando hacia delante.</li> </ul>
<b>DIETA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ingerir abundantes líquidos.</li> <li>-Procurar las comidas que contengan fibra.</li> <li>-Comer por lo menos en las comidas verduras y frutas como colación.</li> <li>-Realizar las tres comidas y procurar realizar dos colaciones, 1 por la mañana y otra por la tarde.</li> <li>-Evitar comidas irritantes, acidas o que contengan mucha azúcar.</li> <li>-Procurar ingerir proteína animal por lo menos 2 veces por semana.</li> </ul>
<b>AMBIENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evitar subir escaleras por los primeros 15 días después de la cirugía.</li> <li>-Contar con un apoyo adicional para la movilidad en casa, andadera o bastón.</li> <li>-Tener precaución en casa con alfombras u objetos que puedan provocar caídas.</li> </ul>

	<p>-Se recomienda que la habitación del paciente este en la parte baja ya que no está permitido subir escaleras para evitar una complicación en la prótesis.</p>
<p><b>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</b></p>	<p>-Las visitas están permitidas, siempre y cuando el paciente este de acuerdo y en mejor disposición de recibirlas.</p> <p>-Es recomendable que inmediatamente el paciente regrese a su estilo de vida habitual.</p> <p>-Asistencia a comidas con amigos o familiares están permitidos, sin olvidar el cuidado que se debe de tener en cuando a la movilización.</p> <p>-Considere asistir al menos 2 veces por semana a algún club de su agrado que le permita mantenerse activo y en confianza.</p> <p>-Realice con su familia las actividades cotidianas, evitando realizar esfuerzos o tareas que pudieran afectar su recuperación.</p>
<p><b>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</b></p>	<p>-Para el dolor se recomienda tratarlo con algún medicamento AINE, como paracetamol, diclofenaco, naproxeno, según indique su médico.</p> <p>-En caso de que el dolor sea muy intenso, constante y no mejore con alguno prescrito anteriormente, se recomienda un fármaco opioide, como el tramadol, morfina, oxicodona.</p> <p>-No se automedique. Consulte con su médico si tiene dudas sobre que medicamento tomar.</p> <p>-Se recomienda la crioterapia para disminuir el dolor.</p> <p>-Tomar rehabilitación física dentro de las primeras 2 semanas para mejorar la fuerza muscular. (anexo 6).</p> <p>-Es recomendable también el uso de electrodos como parte de la rehabilitación y que ayudara fortalecer los músculos.</p>

	-Evitar estar sentado en sillas o sillones por más de 1 hora, realizar caminatas de 15 a 20 minutos apoyándose con andador o bastón.
<b>ESPIRITUALIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Respetar creencias y costumbres que lo ayudan a mejorar su calidad de vida.</li> <li>-Brindar información acerca de grupos, libros, revistas de acuerdo su interés y religión que profesa.</li> <li>-Escuchar y dar apoyo a las metas establecidas del propio paciente que van a apoyar en su recuperación y el alta hospitalaria sea satisfactoria.</li> <li>-Respetar los días que el paciente tiene establecidos para acudir a la iglesia.</li> </ul>

Con respecto al modelo utilizado que nos ayudó a la valoración del paciente. Florence menciona 5 elementos esenciales para que el entorno sea saludable y así de la misma manera la recuperación del paciente sea de lo mejor posible, no solo en área hospitalaria, sino que también la vivienda. Estos elementos son: aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz. Considero que el modelo del entorno de Florence Nightingale aplicado al plan de cuidados del paciente con reemplazo total de cadera beneficiara tanto a los cuidados individualizados de enfermería, como en la modificación del entorno tanto en la estancia hospitalaria como su recuperación y rehabilitación en el hogar. Los cambios que se mejoraron para el bienestar y una calidad de vida optima en relación con el plan de alta y los 5 elementos de la teórica son:

**Aire puro:** Nightingale menciona que una ventilación adecuada evitaría que los gérmenes afectaran en la recuperación del paciente, por ello en la habitación del paciente durante la estancia hospitalaria se trató de mantener una buena ventilación, la habitación cuenta con una ventana amplia que permite la entrada de aire. Los familiares apoyaron a contribuir con este punto del modelo, por las mañanas y en la hora de la merienda abrían la ventana.

**Agua potable:** un buen manejo del agua tanto para beber, como realizar las labores cotidianas de enfermería y en casa, son de suma importancia, puesto que, si el agua pudiera estar contaminada por organismos que pudieran retrasar la recuperación y hacer la estancia más larga en el hospital. Dentro del hospital se cuenta con agua potable y de calidad para

evitar infecciones asociadas al manejo por parte de enfermería y en dado caso de los familiares que llegan de visita.

**Eliminación de aguas residuales:** en la actualidad los hospitales y la mayoría de los hogares cuenta con un drenaje el cual evita que dicha agua pueda llegar a ser utilizada nuevamente, provocando que el paciente y familiares enfermen. Las aguas residuales son cualquier tipo de agua cuya calidad se vio afectada negativamente por influencia antropogénica. En diversas ocasiones el suelo puede llegar a estar contaminado con algún tipo de agua residual, afectando cosechas que llegan a los hogares y del mismo modo si no se recibe agua tratada de calidad se verá afecta la recuperación del paciente. En el hospital se cuenta con una planta tratadora de agua, favoreciendo la calidad de agua, por parte de personal de epidemiología cada 2 o 3 meses se realiza muestreo de esta para verificar que no existan organismos nocivos para la salud.

**Higiene:** Nightingale observó que un entorno sucio como; suelos, alfombras, paredes y ropas de cama era una fuente de infecciones, es por ello por lo que es importante mantener limpia la habitación del paciente, realizando un cambio de sábanas diaria o bien, si están manchadas de sangre, excreciones corporales, del mismo en casa se recomendó a los familiares el cambio de ropa de cama, el aseo de la habitación y un baño diario. No olvidando hay que mencionar que la higiene comienza desde el personal de enfermería que atiende al paciente, con un buen lavado de manos y vestimenta limpia, así se evita que el paciente pudiera presentar alguna infección por un mal manejo de higiene. Las manos son la principal transmisión de enfermedades, por superficies del entorno del paciente, carros de curaciones, puertas de habitación etc.

**Iluminación:** en este modelo utilizado es de gran ayuda la luz solar, tiene efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano. La habitación del paciente cuenta con buena iluminación de luz natural, así podrá estar al tanto del clima del día y no sentirse excluido, por las noches una luz tenue ayuda a relajarse y dormir sin problemas, se puede evitar de la misma manera que sufra episodios de ansiedad, depresión, ya que durante su recuperación no podrá realizar mayor ejercicio y fuerza para dar caminatas largas fuera de casa.

A mi ver, cada punto específico del modelo teórico de Florence Nightingale ayudo a definir los patrones alterados y con ello poder realizar correcciones, intervenciones y mejoras en cada uno de ellos. En su hogar se modificó una habitación de acuerdo con las necesidades

del paciente, buena iluminación, ventilación, aditamentos en casa para evitar que pudieran afectar su recuperación.

## **VIII - CONCLUSIONES**

La artrosis de cadera, coxartrosis y las fracturas son una de las lesiones más frecuentes en los adultos mayores. Es un problema que va en aumento debido al progresivo envejecimiento de la población, siendo un problema asistencial, sanitario, económico y social, con un alto índice de morbi-mortalidad. Las caídas, la osteoporosis, enfermedades crónico-degenerativas, edad y sexo son los factores de riesgo más importantes en fracturas de cadera, la prevención de estos es de suma importancia para disminuir la incidencia.

Los avances quirúrgicos, han transformado la vida de muchos pacientes, dando la oportunidad de continuar con una calidad de vida optima y ser nuevamente activos en su medio habitual. Del mismo modo, con la colaboración del personal multidisciplinario se han conseguido importantes beneficios como reducir los costes y la mortalidad. Uno de los objetivos de enfermería es que el paciente reciba una rehabilitación precoz, que todos aquellos pacientes con una artroplastia total de cadera tengan una recuperación exitosa, una recuperación funcional tal, que le proporcione una buena calidad de vida.

Con la instauración de planes de cuidados de enfermería adaptados a este tipo de paciente se conseguirán los objetivos planteados, con el fin de aportar tanto al paciente como a los familiares los mejores resultados y evitar complicaciones. Así mismo, el modelo de Florence Nightingale nos ayuda a mejorar el entorno del paciente y los cuidados que se deben de tomar en cuenta para evitar ciertas complicaciones durante la estancia hospitalaria y en su domicilio.

## IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Napoleón Castillo Cesar, Suarez Manuel, (01 enero 2019). Cirugía de la cadera y sus métodos de rehabilitación. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento, 3, 868-894.
2. Intervenciones de enfermería para la atención de adultos mayores con fractura de cadera. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018.
3. Mallen-Trejo A, Torres-Gómez A... (2016). Factores perioperatorios que afectan la artroplastia total de cadera. 2013, de Acta Ortopédica Mexicana Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2013/or136b.pdf>
4. A. Oteo Álvaro. (2021). Mecanismos etiopatogénicos de la artrosis. 2020, de revista de sociedad española del dolor Sitio web: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v28s1/1134-8046-dolor-28-s1-0011.pdf>
5. Aresti N, Kassam J, Nick N2, Achan P. (agosto 2016). artrosis de cadera. 2016, de Intra Med Sitio web: [http://afam.org.ar/textos/artrosis\\_de\\_cadera.pdf](http://afam.org.ar/textos/artrosis_de_cadera.pdf)
6. Potter Patricia - Stockert Patricia A... (2019). La enfermería en la Actualidad. En Fundamento de enfermería (p. 4 - p12). Barcelona, España: Elsevier.
7. Potter Patricia - Stockert Patricia A... (2019). La enfermería en la Actualidad. En Fundamento de enfermería (p. 4 - p12). Barcelona, España: Elsevier.
8. Reyes Gómez Eva. (2015). Enfermería una profesión de evolución. En Fundamentos de Enfermería, metodología y tecnologías (p20 – p62). México. DF: El manual moderno.
9. Coronel M. (27/09/2017). Proceso cuidado enfermero en paciente con artroplastia de cadera. 2017, de Universidad Inca Garcilaso de la Vega Sitio web: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1479>
10. Reyes Gómez Eva. (2015). Enfermería una profesión de evolución. En Fundamentos de Enfermería, metodología y tecnologías (p20 – p62). México. DF: El manual moderno.
11. Medina O... (04/Junio/2012). El cuidado de Florence Nightingale. 2012, de Academia Sitio web: [file:///D:/ANDREA/EI\\_Cuidado\\_\\_Florence\\_Nightingale-with-cover-page-v2.pdf](file:///D:/ANDREA/EI_Cuidado__Florence_Nightingale-with-cover-page-v2.pdf)

12. Reyes Gómez Eva. (2015). Enfermería una profesión de evolución. En Fundamentos de Enfermería, metodología y tecnologías (p20 – p62). México. DF: El manual moderno.
13. Alba Hernández, Margarita. (2018). Fundamentos de Enfermería 1. México: Trillas.
14. García Colmenero I, Díaz Franco s, Zorrilla Mendoza G, Cortés Chamorro R. (30/09/2019). Aspectos de seguridad en el tratamiento del dolor con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos. 09/05/2018, de Medigraphic Sitio web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rsm/v72n5-6/0301-696X-rsm-72-5-6-324.pdf>
15. Reyes Gómez Eva. (2009). Fundamentos de enfermería\_ ciencia, metodología y tecnología. México: El manual moderno.
16. Somarriva Marcelo. (2014). Cuando indicar una prótesis total de cadera. 2014, de Unidad de cadera, Departamento de traumatología y cadera. clínica las Condes Sitio web: <file:///D:/ANDREA/1-s2.0-S0716864014701051-main.pdf>
17. Napoleón Cesar, Suarez Pedro, Diaz Evelin, Rivera Cristhian. (31/01/2019). cirugía de la cadera y sus métodos de rehabilitación. Revista Científica del Mundo de la Investigación y el Conocimiento, vol. 3, pp. 868 - 894.
18. González Juan. (4 de mayo de 2007). guía para el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia en adultos mayores. 24 de enero de 2007, de Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im084k.pdf>.
19. García González José, Salinas Casado Jesús, Madurga Patuel Blanca, Cózar Olmo Manuel, Esteban Fuertes. (enero 2020). guía de atención a personas con incontinencia urinaria. 2020, de Asociación española de urología Sitio web: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/documentos-de-interes/guias-clinicas/send/67-guias-clinicas/908-guia-de-atencion-a-personas-con-incontinencia-urinaria>
20. Ramos Sastre, Mercedes, Aldonza Valderrey, Carmen. (2019). guía de buenas prácticas en pacientes con incontinencia urinaria. 2019, de Hospital universitario Rio Hortega Sitio web: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2019.ficheros/1519371-%C3%ADa%20de%20buenas%20pr%C3%A1cticas%20en%20pacientes%20con%20incontinencia%20urinaria.pdf>

21. Vaz Rodríguez Antonio, Díaz Estrella Ana. (2015). Recomendaciones para pacientes intervenidos de prótesis de cadera. Revista Enfermería CyL, vol. 7, pp- 3 - 5.
22. Manejo Médico Integral de Fractura de Cadera en el Adulto Mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 08/072014.
23. López Silva Carmen, Sánchez Miguel, Prados Moreno Carlos. (2015). Manejo del dolor agudo en atención primaria. 2015, de guías salud Sitio web: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_368\\_Dolor\\_AP.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_368_Dolor_AP.pdf)
24. Blanco Tarro Emilio, Espinoza Almendro Manuel, Carreras Marcos, Rodríguez López Manuel. (2010). guía de buena práctica clínica. 2004, de Ministerio de Sanidad y Consumo Sitio web: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_dolor\\_0.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dolor_0.pdf)
25. Fierro Díaz Gissela, Vanegas Mendieta Jenny. (30/12/2018). Anestesia, analgesia, reumatología y alivio del dolor agudo y crónico. Revista Cubana de Reumatología, vol. 21, pp- 4-7.
26. Borja Baño Guillermo. (1 de abril de 2020.). Manejo del dolor en el paciente anciano intervenido de una prótesis total de cadera. 2020, de Universidad católica de Murcia. <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/4962/Ba%C3%B1o%20Guillermo,%20Borja.pdf?sequence=1>
27. Morales Tabango Fernando. (2018). Técnica de propiocepción en pacientes adultos mayores con prótesis de cadera. 2018, de Facultas de ciencias de la salud Sitio web: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5269/1/UNACH-EC-FCS-TER-FISC-2019-0005.pdf>
28. Huertas Ramírez Elena, Burgos Gema del Carmen, Quintanilla Fernando, Martínez concepción, Martín maría del Carmen. (2017). importancia fisioterapéutica en la prótesis de cadera. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud, Vol. 3, p. 203
29. Jara Pérez Laura. (febrero 2014). Fractura de cadera en adulto mayor. La importancia del papel de la enfermera en la rehabilitación precoz. Escuela universitaria "Casa salud Marqués de Valdecilla", Vol. 1, pp 7-19.
30. Gómez García Felipe. (2000). Artroplastia total de cadera. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.

31. Cuichán Taco Alejandra. (febrero 2018). Artroplastia de cadera Tratamiento fisioterapéutico aplicado a una paciente con prótesis de cadera. 2018, de Repositorio digital Sitio web: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/16076>
32. Cesar Napoleón Pazmiño Castillo a; Pedro Manuel Suarez Lescano b; Evelin Lissette Uyaguari Díaz c; Christian Heinz Linares Rivera . (01/enero/2019). Cirugía de la cadera y sus métodos de rehabilitación. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento, vol.3, pp. 868-894.
33. Viveros-García JC, Torres-Gutiérrez JL, Alarcón-Alarcón T, Condorhuamán-Alvarado PY, Sánchez-Rábago CJ, Gil-Garay E, González-Montalvo JI. (2018). Fractura de cadera por fragilidad en México: ¿En dónde estamos hoy? ¿Hacia dónde queremos ir? 2018, de Acta Ortopédica Mexicana Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2018/or186f.pdf>

## **X - GLOSARIO DE TERMINOS**

**NICE:** Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención

**AINES:** Antiinflamatorios no esteroideos, Los denominados antiinflamatorios no esteroideos que son utilizados hoy día, en su inmensa mayoría inhiben las actividades de la ciclooxigenasa 1 (cox-1) presente en diversos tejidos y que media reacciones fisiológicas, y la ciclooxigenasa 2 (cox-2) presente en el tejido lesionado. Algunos ejemplos son: ibuprofeno, naproxeno, ketoprofeno, diclofenaco, aclofenaco.<sup>14</sup>

**Actividad:** Ejecución de una tarea o de una acción

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Se refieren a tareas propias del autocuidado como bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación; que son empleadas para valorar el estado funcional de un adulto mayor.

**Adulto mayor:** En términos legales y convencionales la edad cronológica se utiliza para fijar obligaciones y reconocer derechos. Asignar roles sociales y esperar comportamientos personales, hay prácticas, experiencias y disposiciones legales. En nuestro país se consideran adultos mayores a partir de los 60 años.

**Analgésicos opioides:** Se refiere a cualquier agente que se una a receptores opioides en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal. Se caracterizan por aliviar el dolor al reducir la señal dolorosa que va al cerebro y afectar al área del cerebro que controla las emociones.

**Caída:** Es un evento por el cual un individuo se precipita al piso con o sin pérdida del estado de alerta. Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo contra su voluntad.

**Calidad de vida:** Condición que resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y las aspiraciones personales). Según la OMS, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

**Comorbilidad:** La existencia o la presencia de cualquier entidad distinta adicional durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad indexada bajo estudio.

**Debilidad:** Falta de fuerza o resistencia.

Ejercicios de resistencia: Son aquellos que ponen a los músculos, las articulaciones y los tejidos circundantes bajo estrés de alta intensidad y corta duración, como las contracciones musculares.

**Enfermedad tromboembólica:** Situación clínica que ocurre cuando se genera un coágulo en el interior del sistema vascular y permanece in situ (trombo) o es desplazado hacia el torrente circulatorio (embolia).

**Equipo interdisciplinario:** Equipo de salud de evaluación y atención constituido por personal profesional, técnico y auxiliar, particularmente el geriatra, enfermera, terapeuta físico, psicólogo, podólogo, gerontólogo, nutricionista, trabajadora social y cuantos especialistas sean necesarios para la atención del paciente geriátrico.

**Evaluación:** Parte del proceso de control, que consiste en el análisis crítico, cualitativo y cuantitativo de los resultados obtenidos con respecto a las metas o normas establecidas, con el fin de determinar las causas de las variaciones y definir las posibles medidas correctivas.

**Factor de riesgo:** Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

**Fractura de Cadera:** Pérdida de continuidad del fémur proximal (no más de 5 cm por debajo del trocánter menor. En la mayoría de los casos es secundario a un trauma menor (caída) en un paciente con Osteoporosis.

**Fragilidad:** Síndrome biológico de origen multifactorial, que consiste en reservas fisiológicas disminuidas, que condicionan vulnerabilidad ante factores estresantes y situaciones adversas que ponen en riesgo de dependencia funcional.

**Funcionalidad:** Capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentadas de la vida diaria. La funcionalidad es la capacidad de la persona de realizar en forma autónoma actividades de auto cuidado que le prodigan bienestar.

**Incontinencia Urinaria:** Es la incapacidad para impedir que la orina se escape de la uretra, esto puede variar desde un escape ocasional de orina hasta una incapacidad total para contener cualquier cantidad de orina.

**Índice de masa corporal:** Criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la estatura elevada al cuadrado (se establece al dividir el peso corporal expresado en kilogramos, entre la estatura expresada en metros elevada al cuadrado).

**Inmovilidad:** Condición generada por una disminución de la capacidad para llevar a cabo las actividades de vida diaria, generalmente por deterioro en las funciones motoras.

**Osteoporosis:** Patología ósea donde cambia en la estructura del hueso haciéndolo más débil y propenso a fracturas.

**Periodo postoperatorio:** Periodo o complicaciones que ocurren tras una intervención quirúrgica

**Rehabilitación:** Uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales para entrenar o reentrenar al individuo para alcanzar su nivel más alto posible de habilidad funcional.

**Síndrome post caída:** Miedo a volver a caer. Puede llegar a inmovilizar al paciente evitando cualquier intento por reanudar la marcha con todo tipo de excusas.

**Terapia Física:** profesión dentro del área de salud que se encarga de la prevención y el manejo de patologías que impliquen limitación en el movimiento.

**Sedestación:** La sedestación es la posición en la que el ser humano mantiene la verticalidad a través del apoyo de su pelvis sobre la base de sustentación, total o parcial.

**Abducción:** Movimiento por el cual un miembro o un órgano se aleja del plano medio que divide imaginariamente el cuerpo en dos partes simétricas.

**Ejercicio Isotónico:** Ejercicio activo en el que el músculo se contrae y produce movimiento articular.

**Ejercicio Isométrico:** Ejercicio en el que se somete un músculo a tensión sin que haya movimiento.

**Ejercicios de resistencia:** Son aquellos que ponen a los músculos, las articulaciones y los tejidos circundantes bajo estrés de alta intensidad y corta duración, como las contracciones musculares.

**infecciones nosocomiales:** Las infecciones nosocomiales (del latín nosocomium, «hospital») son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en el período de incubación ni en el momento del ingreso del paciente. Las infecciones que ocurren más de 48h después del ingreso suelen considerarse nosocomiales.

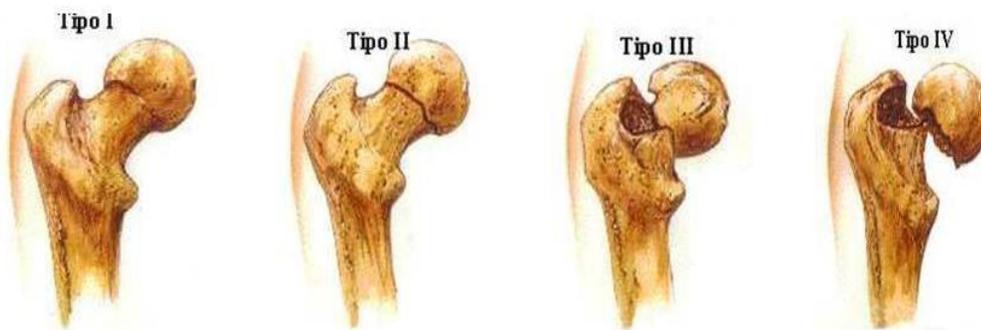
**Mortalidad:** tasa de mortalidad o el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período. Es posible notificar la mortalidad de personas con cierta enfermedad, que viven en un área del país o que son de determinado sexo, edad o grupo étnico.

**Morbi-mortalidad:** Morbilidad es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado. El índice o la tasa de morbilidad es un dato estadístico útil para estudiar los procesos de evolución y control de las enfermedades.

## XI - ANEXOS

Debido a las variantes múltiples en los trazos de fractura que se presentan en el extremo proximal del fémur, se han diseñado varias clasificaciones, muchas de ellas muy bien elaboradas, y otras que sólo ocasionan confusión. A continuación, explicaremos las clasificaciones más importantes según el segmento en donde se presenta la patología fracturaría. Clasificación de Garden basa en el grado de desplazamiento de los fragmentos.

- Tipo I: Fractura incompleta o en abducción (impactada en valgo).
- Tipo II: Fractura completa sin desplazamiento.
- Tipo III: Fractura completa, parcialmente desplazada, menos de 50%.
- Tipo IV: Fractura completa, pérdida del contacto entre los fragmentos.



**Anexo 1.** Tipo de fracturas.

<b>INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA</b>		
a.- Si oye ruido de agua o pone las manos en el agua fría, ¿nota ganas de orinar?	Si	No
b.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina?	Si	No
c.- Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	Si	No
d.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	Si	No
e.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	Si	No
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		
<b>INCONTINENCIA URINARIA POR OBSTRUCCIÓN PROSTÁTICA</b>		
f.- Cuando acaba de orinar ¿tiene la sensación que tendría que continuar y no puede?	Si	No
g.- ¿Tiene poca fuerza el chorro de la orina?	Si	No
h.- ¿Va a menudo al servicio y orina poca cantidad?	Si	No
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

**Anexo 2.** Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria en hombres.

La respuesta afirmativa de estas 3 preguntas tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia por obstrucción prostática del 66.7%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 80%.

Índice de Barthel		
Actividad	Descripción	Puntos
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes .....	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Andar con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

**Anexo 3.** Valoran la independencia o dependencia de la persona en cada una de las actividades de la vida diaria (AVD)

<b>1. Baño</b>	<b>Independiente.</b> Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía ).	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
<b>2. Vestido</b>	<b>Independiente.</b> Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	<b>Dependiente.</b> No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
<b>3. Uso del WC</b>	<b>Independiente:</b> Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	<b>Dependiente.</b> Precisa ayuda para ir al W.C.	
<b>4. Movilidad</b>	<b>Independiente.</b> Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
<b>5. Continencia</b>	<b>Independiente.</b> Control completo de micción y defecación.	
	<b>Dependiente.</b> Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
<b>6. Alimentación</b>	<b>Independiente.</b> Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

#### **Anexo 4.** Valoración de las actividades de la vida diaria- índice de KATZ

El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.

E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.

F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.

G. Dependiente en todas las funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Un considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Si es independiente en cuatro de las seis actividades, 2 puntos.

## Cadera

La información y las recomendaciones que encontrará a continuación le serán útiles para el control del dolor y la mejoría de la función de la cadera. Lea con atención y siga las instrucciones.

- Haga los ejercicios en una superficie dura o semirrígida (por ejemplo, en una alfombra).
- El ejercicio debe realizarse de forma lenta, aumentando progresivamente el número de 10-15 repeticiones hasta un máximo de 30.
- No deben desencadenar dolor al realizarlos.
- Puede aplicar calor local antes de realizarlos y frío al finalizarlos.

1A



Flexionar la cadera intentando acercar la rodilla al pecho. Mantenerla durante 5 segundos. Repetirlo 10-15 veces.

1B



2A



Gírala la pierna flexionada hacia el interior de la pierna que se halla en extensión y, después, hacia el exterior. Mantenerla durante 20 segundos. Repetirlo 10-15 veces.

2B



3A



Piernas flexionadas y pies juntos. Separar las rodillas al máximo posible y mantenerlas durante 5 segundos. Volver a la posición inicial. Repetirlo 10-15 veces.

3B

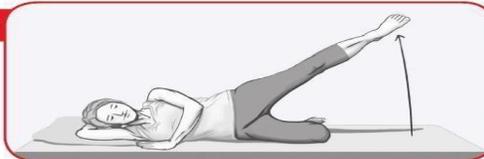


4A

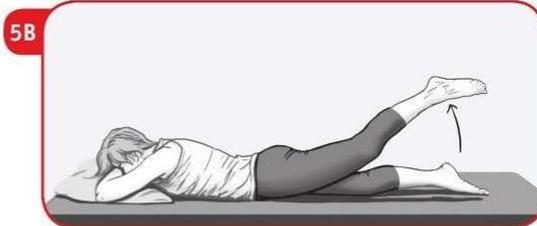


Tumbarse de lado. Levantar la pierna en extensión mientras se mantiene la otra flexionada. Mantenerla durante 5 segundos. Repetirlo 10-15 veces. Podemos añadir 1-2 kg de peso en el tobillo.

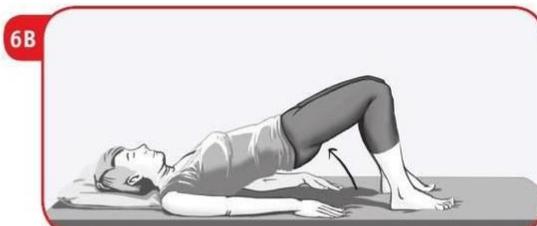
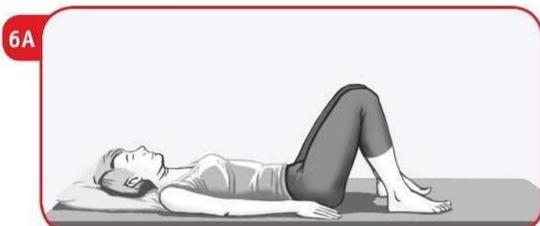
4B



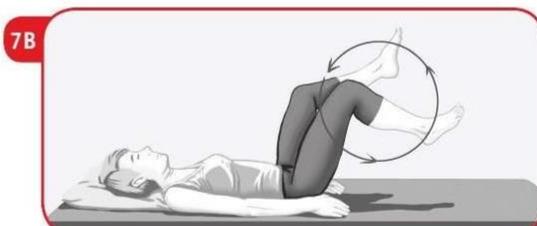
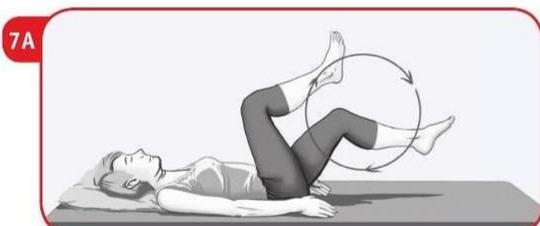
## Anexo 5. Ejercicios de rehabilitación para la cadera



5A Tumbarse boca abajo. Levantar la pierna en extensión al máximo y mantenerla durante 5 segundos. Repetirlo 10-15 veces. Podemos añadir 1-2 kg de peso en el tobillo.



6A Con las piernas flexionadas y los pies apoyados en el suelo, levantar la pelvis hasta alinear los muslos con el tronco. Mantenerlo durante 5 segundos. Repetirlo 10-15 veces.



7A Tumbarse con las piernas flexionadas. Hacer movimientos de pedaleo hacia delante y hacia atrás, con las caderas lo más flexionadas posible. Repetirlo 10-15 veces.



8A Tumbarse con las piernas en extensión. Separarlas al máximo posible, mantener la posición 5 segundos y volver a la posición inicial. Repetirlo 10-15 veces.

lican, S.L. (83819)

## Anexo 6. Ejercicios de rehabilitación para la cadera



**Anexo 7.** Radiografía prequirúrgica.



**Anexo 8.** Retiro de cabeza femoral, para posteriormente preparar área para colocación de implantes.



**Anexo 9.** Una vez que el área esta preparara, se colocaran las prótesis correspondientes.



**Anexo 10.** Prótesis colocada.



**Anexo 11.** Resultado final.

**Cuadro 7-8. Cuadro comparativo de los sistemas de evaluación de la cadera, según SICOT y Harris**

<b>DOLOR</b>					
Intensidad	<b>SICOT</b>				Harris
	Sin Dolor	Sólo en los primeros pasos	Sólo después de caminatas largas	Continuo	
Ninguna	45				44
Ligera					40
Media		40	35	30	30
Moderada					20
Grande		35	25	20	10
Severa		30	20	10	0

<b>FUNCION</b>		
	<b>SICOT</b>	<b>Harris</b>
<b>Colocarse zapatos o medias</b>		
Sin dificultades	4	4
Ligera	3	
Severa	2	2
Incapaz	0	0
<b>Sentarse en una silla</b>		
Sin dificultades		4
Media hora		2
Incapaz		0
<b>Levantarse de una silla</b>		
Sin dificultades	4	
Con ayuda	2	
Incapaz	0	
<b>Subir o bajar escaleras</b>		
Normalmente	4	4
Con pasamanos	3	2
En dos tiempos	2	
Como puede	1	1
Incapaz	0	0
<b>Transporte público</b>		
Usuario		1
No lo utiliza		0
<b>Ayuda durante la marcha</b>		
Ninguna ayuda	11	11
Hace caminatas largas con un bastón	7	7
Usa un bastón	5	5
Usa una muleta	4	4
Usa dos bastones	2	2
Usa dos muletas	2	0
Usa andadera	2	0
Incapaz de caminar	0	0

**Anexo 12.** Cuadro comparativo de los sistemas de evaluación de la cadera, según SICOT y Harris. Continua...

**Cuadro 7-5. Cuadro comparativo de los sistemas de evaluación de la cadera, según SICOT y Harris (Continuación)**

Capacidad de marcha		
	SICOT	Harris
Ilimitada	11	11
31 a 60 min	9	8
11 a 29 min	7	
2 a 10 min	5	5
< 2 min en casa	2	2
Incapaz de caminar	0	0

Cojera		
	SICOT	Harris
Ninguna	11	11
Ligera	8	8
Moderada	5	5
Severa	0	0
No camina	0	0

**DEFORMIDADES FIJAS (SICOT)**

Debe contemplar los cuatro renglones (4 puntos)

- Abducción < 10°
- Rotación interna < 10°
- Diferencia en longitud < 3.2 cm
- Flexión < 30° (De otro modo 0 puntos)
- Flexión < 30° (De otro modo 0 puntos)

**ARCOS DE MOVILIDAD (SICOT)**

	SICOT	Harris
Flexión		
Abducción		
Aducción		
Rotación externa		
Rotación interna		

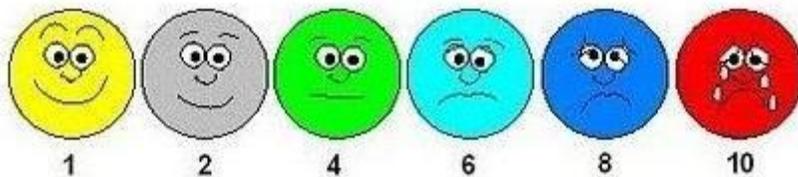
Puntuación para arcos de movimiento	SICOT	Harris
210 a 300°	6	6
160 a 209°	5	5
100 a 159°	4	4
60 a 99°	3	3
30 a 59°	2	2
0 a 29°	1	1

**Anexo 13.** Cuadro comparativo de los sistemas de evaluación de la cadera, según SICOT y Harris.

ESCALA DE CALIFICACIÓN CON EL CORRESPONDIENTE CRITERIO QUE FACILITA LA DETERMINACIÓN DE LA NOTA DE CALIFICACIÓN	
Escala	Criterio de calificación
5	Arco completo de movimiento contra gravedad y máxima resistencia
4+	Arco completo de movimiento contra gravedad y resistencia sostenida
4	Arco completo de movimiento contra gravedad y resistencia
4-	Arco completo de movimiento contra gravedad y mediana resistencia
3+	Arco completo de movimiento contra gravedad y ligera resistencia
3	Arco completo de movimiento contra gravedad
3-	Mitad o dos tercios del arco de movimiento contra gravedad
2+	Inicia movimiento contra gravedad
2	Arco de movimiento completo sin gravedad
2-	Mitad o dos tercios del arco del movimiento sin gravedad
1+	Inicia movimiento sin gravedad
1	Contracción sostenida, no movimiento
0	No se palpa contracción (parálisis)

**Anexo 14.** Daniels modificada escala de evaluación de la fuerza muscular.

## Escalas de dolor



**Anexo 15.** Escala visual analógica del dolor (EVA)