

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

TITULO

**CUIDADO PRE OPERATORIO DE ENFERMERÍA EN PERSONA
ADULTA- FRACTURA DE CADERA SERVICIO
TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
AGOSTO 2019**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

LIC. ENF. MARIA ANTONIETA MONTERO ALVAREZ

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

ASESOR:

Dra. ESVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO

Lima, Perú

2019

Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 26-oct.-2023 5:31 p. m. -05
Identificador: 2208407304
Número de palabras: 12368
Entregado: 1

Índice de similitud	Similitud según fuente
13%	Internet Sources: 13% Publicaciones: N/A Trabajos del estudiante: 4%

CUIDADO PRE OPERATORIO DE ENFERMERÍA EN PERSONA ADULTA- FRACTURA DE CADERA SERVICIO TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL AGOSTO 2019 Por Maria Antonieta Montero Alvarez

3% match (Internet desde 22-dic.-2022)

<https://1library.co/article/manual-instrumentaci%C3%B3n-quir%C3%B3rgica-pasos-a-seguir-la-infiltraci%C3%B3n-yew2pg1y>

1% match (Internet desde 13-sept.-2021)

<https://1library.co/document/yee9d2ry-cuidado-enfermeria-pericardico-emergencia-hospital-regional-mercedes-chiclayo.html>

1% match (Internet desde 09-dic.-2020)

<https://aprenderly.com/doc/1428819/traumatolog%C3%ADa-y-ortopedia---cvoed>

1% match (Internet desde 11-dic.-2020)

<http://clinicomalvarrosa.san.gva.es/documents/4084047/4129783/Manual+de+instrumentaci%C3%B3n+quir%C3%B3rgica+web+%28actu>

1% match (Internet desde 13-ago.-2022)

<https://es.slideshare.net/wramosdelacruz/artoplastia-parcial-de-cadera-57695017>

1% match (Internet desde 19-sept.-2020)

<https://especialidades.sld.cu/ortopediatrauma/2018/09/05/tratamiento-de-la-fractura-de-cadera/>

1% match (Internet desde 19-nov.-2020)

<https://es.scribd.com/document/404075693/pautas-para-la-desaceleracion-5-estrellas-pdf>

1% match (Internet desde 29-abr.-2022)

<https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/25053/TE-1707.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

1% match (Internet desde 01-abr.-2017)

<http://documents.mx/documents/plan-de-cuidados-de-fractura-de-cadera.html>

1% match (Internet desde 23-dic.-2020)

http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3428/99_2018_ccusi_alvarez_sg_facis_enfermeria.pdf?isAllowed=y&sequence=1

1% match (trabajos de los estudiantes desde 27-mar.-2020)

<Submitted to Universidad de Valladolid on 2020-03-27>

1% match ()

[Borja Baño, Guillermo. "Manejo del dolor en el paciente anciano intervenido de una prótesis total de cadera \(PTC\)", 2020](Borja Baño, Guillermo.)

1% match (Internet desde 14-ene.-2023)

<https://pt.slideshare.net/lloydtoledo5/historia-clnica-bsica-examen-fisico>

1% match (Internet desde 13-oct.-2022)

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/complicaciones-por-fractura-de-cadera-en-el-adulto-mayor/>

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA FACULTAD DE ENFERMERÍA CUIDADO PRE OPERATORIO DE ENFERMERÍA EN PERSONA ADULTA- FRACTURA DE CADERA SERVICIO TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL AGOSTO 2019 TRABAJO ACADÉMICO PRESENTADO POR: LIC. ENF. MARIA ANTONIETA MONTERO ALVAREZ PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO ASESOR: Dra. ESIVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO Lima, Perú 2019 DEDICATORIA El presente estudio lo dedico a mi querido esposo y mis adorados hijos por ser la bendición que Dios me ha dado, a mi profesión con la que me siento plenamente comprometida, al Ejército del Perú, mi Alma Mater. ii AGRADECIMIENTO A esta casa de estudios, a la facultad de Enfermería, a mis docentes de la especialidad por compartir sus conocimientos y experiencias. Al comando del Hospital Militar Central, al Departamento de Enfermería, por darme las facilidades para la ejecución del presente trabajo. A las enfermeras y médicos del Hospital Militar Central por haber compartido sus experiencias. Al paciente Sr. Cesar Ravenna Córdova por autorizar la presentación de su caso clínico. iii RESUMEN En el presente trabajo académico; se aplicó [el método científico Proceso De Atención De Enfermería](#) y taxonomía NANDA, al [Caso clínico de un Paciente](#) varón de 60 años de iniciales R.C.C. Diagnóstico médico: fractura sub trocántérica de cadera derecha, por caída de dos metros de altura, mientras realizaba actividades propias de su trabajo; ingresado al Hospital Militar Central por emergencia y hospitalizado en traumatología C-4-1, Cama Número: 426-2; para la valoración se utilizó el modelo de patrones funcionales de Gordon; identificando las siguientes respuestas humanas alteradas: Dolor intenso, actitud de ansiedad, facies de Temor, limitación para la movilidad física, incomodidad física, familiar con actitud de fastidio y preocupación. Diagnóstico de enfermería: dolor agudo, ansiedad, temor, deterioro de la movilidad física, disconfort, afrontamiento familiar comprometido; al término del proceso el paciente manifestó su satisfacción por los cuidados recibidos. PALABRAS CLAVE: cuidado de enfermería, taxonomías, paciente, fractura, artroplastia. iv ABSTRACT In the present academic work; the scientific method of Nursing Care Process and NANDA taxonomy was applied to the clinical case of a 60-year-old male patient of initials R.C.C. Medical diagnosis: sub-trochanteric fracture of the right hip, due to a fall of two meters in height, while carrying out activities of his work; admitted to the Central Military Hospital for emergency and hospitalized in traumatology C-4-1, Bed Number: 426-2; For the assessment, the Gordon functional patterns model was used; identifying the following altered human responses: Intense pain, anxiety attitude, Facies of Fear, limitation for physical mobility, physical discomfort, family with an attitude of annoyance and worry. Nursing diagnosis: acute pain, anxiety, fear, deterioration of physical mobility, discomfort, compromised family coping; At the end of the process, the patient expressed satisfaction with the care received. KEY WORDS: nursing care, taxonomies, patient, fracture, arthroplasty. v INDICE Pág. DEDICATORIA ii AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

El presente estudio lo dedico a mi querido esposo y mis adorados hijos por ser la bendición que Dios me ha dado, a mi profesión con la que me siento plenamente comprometida, al Ejército del Perú, mi Alma Mater.

AGRADECIMIENTO

A esta casa de estudios, a la facultad de Enfermería, a mis docentes de la especialidad por compartir sus conocimientos y experiencias.

Al comando del Hospital Militar Central, al Departamento de Enfermería, por darme las facilidades para la ejecución del presente trabajo.

A las enfermeras y médicos del Hospital Militar Central por haber compartido sus experiencias.

Al paciente Sr. Cesar Ravenna Córdova por autorizar la presentación de su caso clínico.

RESUMEN

En el presente trabajo académico; se aplicó el método científico Proceso De Atención De Enfermería y taxonomía NANDA, al Caso clínico de un Paciente varón de 60 años de iniciales R.C.C. Diagnostico medico: fractura sub trocántérica de cadera derecha, por caída de dos metros de altura, mientras realizaba actividades propias de su trabajo; ingresado al Hospital Militar Central por emergencia y hospitalizado en traumatología C-4-1, Cama Número: 426-2; para la valoración se utilizó el modelo de patrones funcionales de Gordon; identificando las siguiente respuestas humanas alteradas: Dolor intenso, actitud de ansiedad, facies de Temor, limitación para la movilidad física, incomodidad física , familiar con actitud de fastidio y preocupación. Diagnóstico de enfermería: dolor agudo, ansiedad, temor, deterioro de la movilidad física, discomfort, afrontamiento familiar comprometido; al término del proceso el paciente manifestó su satisfacción por los cuidados recibidos.

PALABRAS CLAVE: cuidado de enfermería, taxonomías, paciente, fractura, artroplastia.

ABSTRACT

In the present academic work; the scientific method of Nursing Care Process and NANDA taxonomy was applied to the clinical case of a 60-year-old male patient of initials R.C.C. Medical diagnosis: sub-trochanteric fracture of the right hip, due to a fall of two meters in height, while carrying out activities of his work; admitted to the Central Military Hospital for emergency and hospitalized in traumatology C-4-1, Bed Number: 426-2; For the assessment, the Gordon functional patterns model was used; identifying the following altered human responses: Intense pain, anxiety attitude, Facies of Fear, limitation for physical mobility, physical discomfort, family with an attitude of annoyance and worry. Nursing diagnosis: acute pain, anxiety, fear, deterioration of physical mobility, discomfort, compromised family coping; At the end of the process, the patient expressed satisfaction with the care received.

KEY WORDS: nursing care, taxonomies, patient, fracture, arthroplasty.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I. MARCO TEORICO	9
1.1 BASES TEORICAS	9
1.2. TEORÍA DE ENFERMERÍA	30
1.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA	31
1.4 ESTUDIOS RELACIONADOS:	32
CAPITULO II . PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	34
2.1. VALORACIÓN	34
2.2 FASE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	40
2.3. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS, PRIORIDADES E INTERVENCIONES	42
CAPITULO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
3.1 CONCLUSIONES	47
3.2. RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	52

INTRODUCCIÓN

Mi trabajo académico se desarrolló en el Hospital Militar Central, trata de cuidados de especializados de enfermería en un varón adulto con 60 años, iniciales R.C.C. con Diagnostico medico: fractura sub trocantérica de cadera derecha, consta de tres capítulos, el primer capítulo se ocupa del marco teórico, donde se considera las bases teóricas que sustentan el juicio clínico de para el desarrollo del proceso enfermero, se incluye algunas teorías de enfermería, usadas como modelo conceptual y practico, también se ha considerado algunos estudios relacionados como evidencia científica. El segundo capítulo trata de la ejecución del Proceso De Atención De Enfermería (PAE) es decir el desarrollo de las cinco etapas que presenta la metodología como son: valoración que incluye: recojo de datos, validación, organización y anotación de dichos datos, el diagnostico que se encarga de la identificación de problemas a través del juicio clínico de respuestas humanas alterada, la planificación etapa en la que se establecen los objetivos que se pretende lograr para el paciente , la intervención donde ponemos en práctica el quehacer profesional mediante la atención a los problemas identificados y la evaluación que permite comparar cómo han evolucionado las respuestas humanas alteradas al proceso de salud del paciente. El tercer capítulo trata de las conclusiones y recomendaciones. En la actualidad la enfermera dispone de un vasto marco teórico, con evidencia científica, que sustenta el cuidado enfermero, por tanto la literatura, más la experiencia profesional acumulada por la disciplina debe ser la base del desempeño de la enfermera durante el cuidado, todo ello beneficia considerablemente al paciente, la práctica del cuidado aplicando el método del permite el juicio clínico, un enfoque mental permanente durante los cuidados dirigidos a los problemas de la persona, grupo familiar y grupo comunidad, (NANDA 2009) así como sus necesidades básicas no satisfechas por causa de

la situación de salud, o también sistemas con alteración en sus funciones. Enfermería como disciplina dispone además de un lenguaje propio estandarizado a nivel mundial por las Taxonomías NANDA- NOC- NIC. Lo que constituye un lenguaje común para enfermería cuyas palabras están contenidas en los manuales de las taxonomías NANDA la NIC la NOC; que las enfermeras estamos obligados a usar en el cotidiano.

La disciplina enfermera, ha evolucionado a lo largo de su tradición ha desarrollado un Lenguaje artificial para expresarnos en cada fase del proceso especialmente para documentar los registros e informes clínicos donde mencionamos los problemas o respuestas humanas alteradas (diagnósticos enfermeros), lo que queremos lograr para el paciente (los resultados esperados), el conjunto de actividades que permitan lograr los resultados para el paciente (las intervenciones), y finalmente establecer cuanto se lograron los objetivos propuestos.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 BASES TEORICAS

Cuidados preoperatorios de enfermería son los cuidados que brinda la enfermera al paciente en el periodo pre quirúrgico consiste en la preparación del paciente y la historia clínica, insumos y material requerido en la intervención. La preparación de paciente consiste en la interrelación terapéutica de la enfermera con el paciente donde se valora, diagnostica, planea, ejecuta y evalúa los cuidados requeridos por el paciente en este periodo teniendo en cuenta todas las esferas del ser humano, con énfasis en las esferas biopsicosocial y espiritual, por otro lado la preparación de la historia clínica consiste en verificar que todos los registros se haya hecho de manera adecuada, que los riesgos quirúrgicos cardiológico y neumológico, así mismo los resultados de laboratorio sean recientes , sin obviar el documento firmado por el paciente y el medico responsable, que evidencia que el paciente ha sido debidamente informado y otorga su consentimiento para la realización del procedimiento quirúrgico.

Cuidados pre quirurgicos para la Asociacion Española de Enfermeria en Cardiologia , (2017) son los Cuidados que se dan durante el período previo a sufrir una cirugía cuando se realiza la preparación psicológica y física de acuerdo a las necesidades especiales de un paciente individual. Este período comprende el tiempo entre a la admisión al hospital y el tiempo en que comienza la operación quirúrgica. (pág. 3)

Cuidados de enfermería; Para Sevilla (2019) los “cuidados están destinados a identificar respuestas humanas alteradas” (p. 14) físicas, psíquicas, sociales etc. que afecten la capacidad de la persona para enfrentar su situación de salud actual y prevenir complicaciones.

Del mismo modo Para Juárez (2019). Cuidar significa conocer a cada persona, preocuparse por él que, haciendo un esfuerzo, y una dedicación más allá del

cansancio. como lo menciona en su artículo titulado referido al cuidado de enfermería. (p. 25) .

Por otro lado, para Arratia (2015).

Que el pensamiento crítico es un requisito del conocimiento profesional para la valoración de la persona así el conocimiento profesional, requiere del uso de un pensamiento crítico y de su aplicación en la valoración clínica, para transformar la información recogida en información relevante (p.23)

Para Bravo (2016) El cuidado enfermero consiste en:

Brindar ayuda al paciente, a la familia y también a la comunidad para la satisfacción de sus requerimientos de ayuda cuando él no puede hacerlo por sí mismo, es decir cuando presenta respuestas humanas alteradas en situaciones de salud o enfermedad. Para ello es necesario una valoración completa siguiendo con rigurosidad el método científico de enfermería, logrando posteriormente la formulación del diagnóstico de enfermero, la planeación de la ayuda es decir cuidados y finalmente evaluación de los resultados esperados. El PAE como método fomenta el juicio crítico de la enfermera conduciendo los cuidados a la excelencia logrando la satisfacción del paciente como indicador general del proceso.

En los últimos años enfermería como disciplina ha logrado un crecimiento trascendental gracias a la investigación como resultado contamos con un lenguaje enfermero estandarizado a nivel mundial que nos proporcionan las Taxonomías NANDA NIC NOC.

La taxonomía NNN:

La NOC esta constituido por un grupo de enfermeras investigadoras que propone una herramienta para evaluar la eficacia del cuidado enfermero Nurse Intervention Clasification, (2018) “trata de dotar a la enfermería de un sistema validado y un lenguaje propio para identificar, nombrar y medir los resultados que resultan de su práctica” (p.3)

Para la Nurse Intervention Clasification, (2018)

Una intervencion enfermera es cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento y clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente” (pág. xii); en este libro presenta la clasificación de intervenciones de enfermería y refiere que: “la selección de una intervención de enfermería para un paciente concreto es parte del criterio clínico del profesional de enfermería (Nurse Intervention Clasification, 2018, pág. 3)

Otra taxonomía que disponen la enfermera es “La NANDA es una red mundial de enfermeras, cuyo propósito es definir, promover y seguir trabajando para que se implemente la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras, también conocidos como diagnósticos de enfermería” (NANDA INTERNACIONAL, 2018, pág. xvii)

Al respecto La fundación para el desarrollo de enfermería (FUNDEN) en su discurso afirma que: “Las taxonomías potencian y favorecen la práctica y evidencia del cuidado, pero en ningún momento pretende convertirse en una alternativa, sino muy al contrario, constituir un elemento de apoyo en el avance de la disciplina enfermera”. (FUNDEN, s.f.)

De igual forma (Alfaro-Lefebre, 2004) en su libro aplicación del proceso enfermero; menciona que “el proceso de atención de enfermería es la aplicación de la metodología científica al cuidado de enfermería este proceso es reflexivo, organizado, sistemático, dinámico, interactivo” (pág. 22).

Al respecto (Gloria Cortez Cuaresma, 2011) en su libro titulado guía para aplicar taxonomía II. NANDA I, NIC. NOC. Consideran que el PAE tiene las siguientes características:

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.

- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

El PAE es aplicado en diferentes partes del mundo se desarrolla en los programas académicos de las enfermeras, es un método estandarizado, muy comprensible por el personal de enfermería forma parte de la malla curricular del estudiante de enfermería, pone al paciente como actor principal, exige una relación terapéutica, una interacción enfermera paciente en todo momento, permite la resolución de problemas.

El Proceso de Atención de enfermería como método científico exige el cumplimiento de cinco etapas que desarrollamos a continuación:

La primera etapa es la Valoración:

Para la NANDA INTERNACIONAL, (2018) “La valoración se encarga de la recolección de información datos subjetivos y datos objetivos a través de entrevista clínica, exploración física y expediente clínico” (pág. 24).

La valoración consiste en la obtención de datos del paciente que permite conocer su situación de salud mediante técnicas e instrumentos como observación, entrevista, examen físico, y revisión de la historia clínica. la para reunir los datos necesarios de todas las esferas del ser de una manera global y holística.

La valoración en enfermería, como primera fase del proceso de atención de enfermería, crea una base de datos que sirven para identificar las oportunidades de intervención de la profesional, de ella depende la identificación de datos clave para conocer las necesidades de ayuda y los problemas del paciente es decir las respuestas humanas alteradas, así como sus fortalezas.

Para llevar a cabo la valoración tomaremos como modelo los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, este modelo nos permite una valoración enfermera integral, sistemática y planeada, explorando aspectos: del cuerpo, de la salud mental, las relaciones sociales, y aspectos espirituales, como del entorno, etc. Siguiendo un orden, de este modo se obtiene gran cantidad de datos, que facilita el análisis y la selección de los diagnósticos enfermeros de los mismos; lo que permite cumplir todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración según Marjory Gordon se centra en 11 patrones independientes pero interrelacionados cuyo objetivo es determinar el “perfil funcional del individuo” para identificar si existe alteración o riesgo de alteración en los patrones del individuo para posteriormente diagnosticar es decir que el profesional enfermero describa esa situación para ayudarlo a modificar su estado eliminando o disminuyendo la disfuncionalidad. (José Luis Álvarez Suarez, Fernanda del Castillo Arévalo, Delia Fernández Fidalgo, Montserrat Muñoz Meléndez, 2010, pág. 1)

Para la valoración la enfermera se apoya en diferentes escalas de medición como por ejemplo la medición del índice de la masa corporal; para determinar el nivel de sobrepeso se utiliza una fórmula que consiste en dividir el peso corporal considerándolo en kilogramos y entre la talla al cuadrado también en metros (kg/m^2) (OMS, 2019).

Podría decirse que “Para valorar la dependencia a las actividades básicas de la vida diaria en el paciente, se realiza el índice de Katz obteniéndose un resultado de F (Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad, y otra función adicional)” (FUNDEN, pág. 3)

De igual modo “La escala de Glasgow para la exploración neurológica con: “apertura ocular, espontánea (4), respuesta verbal, orientado y conversando (5),

respuesta motora, obedece orden verbal (6), puntuación 15/15 lo que indica función neurológica normal.” (Rozman., 2017).

La segunda fase corresponde al Diagnóstico definido como: “Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales”. (NANDA Internacional, 2009, pág. 24).

Los juicios enfermeros conducen al profesional a definir los cuidados que requiere la persona para lograr los efectos en la salud o estado del paciente .

De igual forma “Un diagnóstico enfermero es un Juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud /proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta de una persona, familia, grupo o comunidad”. (NANDA, 2015, pág. 25)

La planificación es la tercera etapa donde se elaboran los objetivos teniendo en cuenta su estructura, así como los resultados que deseamos que el paciente logre mediante las acciones de enfermería.

Es la tercera etapa del PAE; es una fase mental comienza después de la formulación del diagnóstico y termina con la documentación del plan; consiste en la elaboración de estrategias destinadas prevenir, minimizar, corregir o dar soluciones a los problemas detectados que son producto de las respuestas humanas alteradas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales y/o satisfacer necesidades de quienes no poseen la capacidad para ejercer el autocuidado, así como reforzar sus fortalezas relacionadas al cuidado de su salud. (Nurse Intervention Classification, 2018, pág. 42)

En esta fase se trata de establecer cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso enfermería incluye cuatro etapas: Establecimiento de prioridades, formulación de objetivos o resultados esperados, planeación de las

intervenciones de enfermería, registro del plan de cuidados. (Carpeñito, 1994) “una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar la prioridad de los cuidados” (Nurse Intervention Clasification, 2018, pág. 27).

La intervención es la cuarta etapa del PAE definida como “cualquier tratamiento, basado en un juicio clínico y el conocimiento que una enfermera administra para mejorar los resultados del paciente” (Nurse Intervention Clasification, 2018, pág. 27). En esta parte del proceso la enfermera despliega todas sus competencias en la práctica del cuidado es decir en el hacer, todo su acto estará sustentados por un amplio cuerpo de conocimientos, basados en el marco teórico de enfermería y otras disciplinas, imprimiendo el arte, la creatividad la empatía y más en sus cuidados.

La quinta y última etapa corresponde a la evaluación parte del proceso que permite comparar la situación o condición inicial de la persona y la condición o situación final post intervención “se evalúa la precisión del diagnóstico, igualmente la eficacia de las intervenciones y la consecución de los resultados esperados (Nurse Intervention Clasification, 2018, pág. 27)”.

La evaluación se desarrolla de manera continua cuando se evalúa el estado del paciente y este procedimiento es permanente.

Modelos y Teorías de Enfermería son caracteres que ayudan a vislumbrar lo que no se puede percibir. Son meditaciones mitológicas de la situación y contexto de la disciplina que intentan describir conocimientos y vinculados a sí misma. (Alligood, 2006, pág. 13).

Siguiendo los planteamientos de Marriner y Raile (2006) las teorías deben seguir cinco criterios para su análisis claridad “simplicidad, generalidad, precisión empírica y consecuencia deducible” (pág. 13), la simplicidad referida a la descripción sencilla clara de fácil comprensión, la generalidad referida a que

pueda aplicarse a cualquier situación en general, la precisión empírica que imprime el valor profesional de enfermería en su metodología del cuidado y por último la consecuencia deducible referida a predicción de los resultados que podíamos extrapolarlo a la fase de planificación del PAE.

Sabemos por formación que Florence Nightingale es la pionera en legarnos sus teorías del entorno donde Considera como elementos del cuidado: Considera como elementos del cuidado: Aire puro, proporcionar al paciente un ambiente con ventanas y puertas que permitan (ventilación adecuada), que por las puertas y ventanas pueda ingresar suficiente luz solar como , (iluminación adecuada) limpieza que las superficies del ambiente destinado al paciente se mantengan siempre libres de contaminación (suelos alfombras, paredes ropa de cama) como fuente de infección por la materia orgánica que contienen, agua pura, desagüe eficaz; así mismo dieta y temperatura y ruido. Elementos que constituyen el entorno de un paciente, esta teoría trata sobre la influencia que tiene el entorno en la salud de las personas. (Alligood, 2006).

Otra enfermera que nos dejó otro legado fue Virginia Henderson quien puso al servicio de enfermería la teoría de las catorce necesidades, esta teoría sustenta que para que la persona viva una vida saludable debe satisfacer básicamente 14 necesidades. Referidas a la función respiratoria adecuada fisiológicamente, la ingesta de alimentos y agua en cantidad y calidad adecuada, la eliminación de los desechos del cuerpo, adoptar postura conveniente y ejercitarse, dormir y descansar el tiempo necesario, la vestimenta, el mantenimiento de la temperatura corporal en rango fisiológico, la limpieza del cuerpo y la protección de la piel, tener cuidado con los peligros que el entorno para si como para los demás, la comunicación para expresar los sentimientos, vivir practicando propios creencias y valores, realizar los trabajos que proporcionen satisfacción y descansar relajarse, e inclusive tiempo para el ocio. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal.

En el estudio titulado La teoría Déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem; se mencionan que “la teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería”. (Naranjo, 2017)

Esta teoría ofrece a la disciplina de enfermería una herramienta para identificar en qué medida el paciente necesita de la enfermera para desarrollar sus actividades básicas de una manera independiente, parcialmente dependiente o totalmente dependiente, mediante tres sistemas de enfermería: Sistema totalmente compensador cuando la persona depende totalmente de los cuidados, Sistema parcialmente compensador cuando la dependencia del cuidado es parcial, Sistema de apoyo educativo cuando la persona requiere fortalecer sus conductas saludables a través de la educación.

Naranjo, (2017) afirma que “Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado” (p.22.).

Maryory Gordon. Fue una enfermera que se desempeñó también como docente y desarrollo una técnica para realizar la valoración primera fase del PAE esta técnica de valoración holística a la paciente conocida como los “patrones funcionales de Gordon” (NANDA INTERNACIONAL, 2018, pág. 24).

Fue tomada como Guía y adoptada por la NANDA para la creación de los Dominios; estos patrones funcionales se pueden interpretar: Como percibe la persona la salud, sus estilos de vida, hábitos etc.

Como se nutre y la función del metabolismo, la eliminación intestinal, urinaria y la eliminación través de la piel, sus hábitos relacionados a la Actividad y el

ejercicio, el manejo de su sueño y las formas de descanso, su conocimiento y percepción del entorno a través de los sentidos, como se percibe así mismo y que concepto tiene de si su nivel de autoestima, cual es el rol que cumple en la sociedad y la familia también en la comunidad, su función sexual y reproductiva la anatomía y fisiología de los órganos involucrados, el manejo del estrés su inteligencia emocional recursos para lidiar con el estrés, la práctica de sus valores creencias culturales religiosas sociales etc.

Este trabajo trata de la atención que requiere un paciente referido a cuidados de especialidad quirúrgica por lo que incluyo lo siguiente:

Acciones de Enfermería en el pre operatorio:

Los cuidados de enfermería son un conjunto de actividades denominadas intervenciones, entre ellas es importante verificar si el paciente firmo el Consentimiento informado; ninguna persona debe ser sometido a un procedimiento medico sin ser informado, en cumplimiento a la práctica ética existe un documento mediante el cual el paciente expresa su voluntad para recibir una, intervención, tratamiento o procedimiento, este documento garantiza que el paciente ha sido informado sobre la naturaleza, del procedimiento explica los riesgos, efectos y beneficios, si la persona no supiera escribir imprimirá su huella digital, el responsable de informar al paciente es el médico tratante, en caso de pacientes impedidos por su condición de salud serán los familiares directos: esposa/o, hijos, padres, los que reciban la información y otorguen el consentimiento firmando el documento. Cuando la integridad del paciente o su vida está en riesgo el medico puede prescindir del consentimiento informado.

En el pre anestésico se le pedirán al paciente, pruebas de laboratorio de sangre y orina, placas radiográficas de tórax, electrocardiograma, pruebas de sangre para posibles transfusiones sanguíneas (pruebas cruzadas), solicitar al paciente listado de fármacos y dosis que toma, ya que algunos medicamentos deben ser suspendidos antes de la operación.

Consejos antes de la cirugía: Aconsejar al paciente que coma mucha fruta y verdura para buen estado nutricional para la cirugía, para rápida cicatrización de herida, que deje de fumar, semanas antes de la operación, que debe visitar al dentista antes de cirugía de cadera, para evitar infección de la prótesis dos semanas previas a la intervención, así mismo debe comunicar molestias al orinar (ardor, quemazón, prurito) si hay infección es necesario tratar antes de la cirugía, que informe si esta resfriado o tiene heridas en la piel, para la ducha de días previos a la cirugía debe utilizar jabón antiséptico con clorhexidina, para reducir el número de bacterias en la piel, no afeitar la zona operatoria, incrementa riesgo de infección.

En el hogar: retirar alfombras, cables eléctricos de las zonas que camina en casa, amplíe el espacio retire muebles, recuerde usara andador, muletas o bastón para caminar cuando vuelva a casa, la cama debe ser suficientemente alta como para sentarse si agacharse de modo que las rodillas queden más bajas que sus caderas, acondicionar el dormitorio en el primer piso. En la ducha colocar agarraderas y un banco de plástico seguro, use dispositivos de ayuda para vestirse evite doblar la cadera nueva, prepare un sillín con almohadón de asiento firme que permitan las rodillas más bajas que las caderas, un respaldo firme y dos reposabrazos y objetos de uso cotidiano al alcance. Si es posible teléfono inalámbrico cerca, correcta iluminación de la casa.

Acciones de Enfermería en el perioperatorio:

No podrá comer ni beber entre 8 y10 horas antes de la operación.

Administración de fármacos prescritos previos a la cirugía, coordinar traslado a quirófano, revisión de historia clínica, identificar al paciente, indagar alergias, chequear análisis y riesgos quirúrgicos y cumplimiento de indicaciones previas, canalizar vena para administrar medicación y fluidos, se colocará sonda vesical, para control de diuresis, probablemente administración de antibiótico profiláctico antes de la operación, la familia será informada y esperará en el lugar indicado.

Acciones de Enfermería en el quirófano:

Será recibido por el anesthesiólogo y las enfermeras, le formularan preguntas básicas para asegurarse de la correcta preparación; el anestesista procederá a anestesiarlo, se colocará al paciente de cubito lateral izquierdo en posición más anatómica posible cuidando de proteger las partes del cuerpo a fin de evitar complicaciones, y se le ajustaran soportes para asegurar la posición de acuerdo con el abordaje postero lateral, vigilancia constante de la hemodinamia y seguridad del paciente.

Acciones de enfermería en unidad de recuperación post anestésica

Se recibirá al paciente y acompañará en su despertar de la anestesia y recuperación de sensibilidad, manejo del dolor confort y la eliminación urinaria.

Acciones de Enfermería en unidad hospitalaria

Control hemodinámico, manejo del dolor, manejo de ansiedad, confort, mantener en ayunas al paciente, análisis de control de acuerdo a indicación, para evaluar necesidad de transfusiones.

El paciente permanecerá en cama bajo vigilancia constante con triangulo de abducción entre piernas y rodete bajo flexura de rodilla.

Indicación de flexo extensión de tobillos, movimiento de máquina de coser, contracciones isométricas de cuádriceps.

Flexo extensión de cadera y rodilla, arrastrando el talón en la cama evitar abrir o cerrar la pierna

Día 2 se retirará sonda vesical, se tomará radiografía cadera para control pueden indicar levantarse a un sillón alto se administrará: analgésicos, antibióticos, protector gástrico, antitrombóticos y fármacos que toma en casa habitualmente.

Acciones de Enfermería para el alta

Indicaciones terapéuticas, educación sobre cuidado de las heridas, las próximas citas para revisión y retiro de puntos etc.

Algunas de los temas de la educación para el alta son:

Movimientos que debe evitar:

Durante por lo menos tres meses, no cruce las piernas, la pierna operada no debe sobrepasar lateralmente la línea media del cuerpo. No flexionar la cadera más de 90 grados, no gire la pierna operada hacia adentro, dormir boca arriba con una almohada entre las piernas; si fuera necesario dormir de lado hágalo sobre la cadera operada, nunca sobre la pierna no operada, no permanecer largo tiempo sentado, no usar sillones bajos no inclinarse hacia adelante, no gire los pies hacia adentro.

Secuencia para sentarse: de espaldas al sillón acercarse hasta tocar los gemelos el borde del sillón, estirar la pierna operada, apoyar sus brazos en los reposabrazos, flexionar la otra pierna una vez sentado acomodarse.

Secuencia Para levantarse: Estirar hacia adelante la pierna operada, apoyarse en reposabrazos se inclinará hacia adelante cargando su peso en la pierna no operada y sus brazos

Secuencia Para acostarse y levantarse de la cama: use cama alta, no almohadas ni cojines bajo la rodilla, duerma boca arriba con cojín entre las ambas muslos, al acostarse de espaldas a la cama debe acercarse hasta tocar los gemelos el borde de la cama, extender la pierna tratada, descansar los brazos en andador, flexionar la otra pierna una vez sentado acomodarse introduzca primero en la cama la pierna no operada, apoye sus manos en la cama y acomódese; para levantarse deslice el cuerpo sacando la pierna operada estirada fuera de la cama después siéntese, gírese y saque su pierna no operada apóyese en el andador y la pierna no operada mientras la operada la mantiene estirada.

Deambulaci3n: Caminar con andador o muletas, use zapato plano serrado con suela antideslizante, para evitar caídas la altura del andador o muleta debe ser ajustado a su altura. Para caminar con andador, adelante el andador y después

adelante la pierna operada sin cargar mucho peso sobre ella luego adelante la pierna no operada, repita la secuencia durante la marcha.

Caminar con muletas: Primero adelante la muleta del lado no operado, después la pierna operada, a continuación, adelante la muleta de la pierna operada finalmente adelante la pierna no operada. repita la secuencia durante la marcha.

Signos de alarma: Temperatura mayor a 38 grados, dolor que empeora, herida roja, hinchada o supurada, dolor en la pantorrilla o en ambas piernas, problema para inspirar, espirar o malestar en el pecho.

Ansiedad (Camino 2016) en su presentación define la ansiedad como: “respuesta emocional ante situaciones realmente peligrosas o ante falsas alarmas y que se manifiesta a través de tres niveles de respuesta, cognitivo, fisiológico y motor”. Continúa diciendo que, se manifiesta en las personas con: “inquietud, agotamiento, problema para concentrarse o despejar la mente en poniéndola en blanco, mal humor, tensión en los músculos, dificultad para conciliar el sueño” lo que genera una respuesta humana que puede perjudicar su salud física, “Manifestación fisiológica: Tensión muscular, Sudoración, Palpitación, Aceleración del ritmo cardiaco”. En caso de nuestra paciente afecta el grupo de músculos lesionados por el traumatismo que sufrió, “Manifestación motora: Evitación, Escape, Perturbaciones durante la actuación”. Se observa al paciente perturbado no se concentra durante el dialogo, “La ansiedad es una reacción emocional se manifiesta con rabia, ira, enfado, alegría tristeza”; todas estas reacciones se pueden percibir en el comportamiento del paciente durante la entrevista y el examen físico. “Se caracteriza por una preocupación temerosa, excesiva e incontrolable, persistente” la mirada evidencia su preocupación y temor.

El miedo o temor es un trastorno que se caracteriza por una aguda sensación muy incómoda inducida por la percepción de un peligro, existente o imaginario, actual, futuro o incluso de experiencias del pasado. Es un sentimiento primitivo que se procede del aborrecimiento natural al riesgo o la amenaza, y se

exterioriza en todos los seres, lo que involucra al ser humano. Las personas si experimentan miedo pueden llevar esa emoción a su máxima expresión que es el terror. Se puede decir que el miedo está vinculado estrechamente con la ansiedad y se manifiesta con signos y síntomas parecidos. (Horna, 2016)

Fractura de Cadera

Epidemiología (Echevarría Zuno, 2013).

La fractura intertrocanterea y la quiebra del cuello del fémur representan la mayoría de los daños de cadera. En el mundo, la fractura de cadera se forman parte de los 10 principales motivos de discapacidad, lo que representa grandes costos tanto para los pacientes familia y la sociedad. (pág. 7)

Echevarría (2013). Las fracturas de cadera se clasifican anatómicamente en relación con la cápsula de la cadera como fracturas intracapsulares (en el cuello femoral) o fracturas extracapsulares (fracturas intertrocanterea o su trocanterea. (pag,251)

Historia Natural.

La causa más frecuente en personas de la tercera edad, son accidentes banales caídas por tropezones, o cuando el nivel de conciencia este alterado por cualquier causa incluso por el sueño, tienen como condicionante la osteoporosis, en el caso de personas jóvenes la causa más común son accidentes.

Mortalidad Y Complicaciones.

Los pacientes con fracturas de cadera lamentablemente si no se tratan corren el riesgo de padecer padecimientos cardiovasculares, por la inmovilidad, además complicaciones en el sistema respiratorio y el inminente riesgo a infecciones. Estas complicaciones pueden causar mucho sufrimiento llevando a convertirse en víctima mortal. Por lo tanto, la base del tratamiento sigue siendo la cirugía oportuna.

Los estudios de observación de pacientes con fractura de cadera han identificado varios factores de riesgo de muerte a corto plazo e intermedio, incluida la edad, el bajo nivel socioeconómico, las condiciones de convivencia, la demencia y la residencia en hogares de ancianos. Lamentablemente, dicen los autores, la generalidad de los componentes de riesgo no son modificables.

Al cumplir el primer año de la fractura de cadera, incluso entre los pacientes que vivían en la comunidad antes de la fractura de cadera, el 11% está postrado en cama, el 16% está en un centro de atención a largo plazo, y el 80% está usando una ayuda para caminar. (Pag251-262.)

Clasificación De Fracturas De Cadera.

“Debido a las variantes múltiples en los trazos de fractura que se presentan en el extremo proximal del fémur (...) Las fracturas de cadera se pueden dividir en fracturas de la cabeza femoral, del cuello femoral y del macizo trocantéreo” (Echevarría Zuno, 2013, págs. 254, 255).

Las Opciones Quirúrgicas Para las fracturas del cuello femoral incluyen la fijación interna (tornillos esponjosos múltiples o un solo tornillo grande y placa lateral, a menudo denominado tornillo deslizante de cadera) o la artroplastia (hemiartroplastia o artroplastia total de cadera).

Fracturas Subtrocantéreas -Fracturas de la Región Trocantérea Echevarría (2013) “Aunque las fracturas subtrocantéreas son el tipo menos frecuente de fractura de cadera, proporcionan problemas particulares debido a la inestabilidad de los fragmentos de la fractura. Las tasas de falla de la fijación alcanzan el 35%”(pág. 256).

El padecimiento por fractura de cadera alcanza casi el 50% de todas las fracturas de su estudio, la mayor incidencia de fractura de miembros inferiores se encuentra en personas mayores con descalcificación (osteopenia) luego de una caída, mientras que en personas jóvenes la causa es traumatismos de alta

energía. el estado físico del paciente, su situación económica influye y se debe a que el material usado en la cirugía tiene altos costos. El pronóstico de la recuperación de cada persona con este problema varía según el grado de lesión, la situación de salud, el estado nutricional y otros factores. (Lovato-Salas F, 2015)

Sobre Cuidados de enfermería: Echevarría (2013) afirma que:

El personal de enfermería debe participar activamente en la prevención de úlceras de presión mediante la movilización continua del paciente, cambios posturales cada hora y el empleo de colchones, de presión intermitente. Se debe llevar a cabo el manejo preventivo de trombosis venosa con la aplicación de medidas físicas, como el vendaje de miembros pélvicos o el uso de medias de compresión, vigilancia estrecha de la función renal con balance de líquidos cada ocho horas, higiene del paciente, lubricación de la piel, masaje, alineación de las extremidades, protección de salientes óseas (pág. 260).

Tratamiento quirúrgico: Tapia (2018) En una entrevista indica que:

Los cirujanos se enfrentan a tres decisiones importantes para el tratamiento de un paciente con fractura aguda de cadera:

¿Es la cirugía una opción, dado el estado de salud? Si es así:

¿Qué tan rápido se puede realizar?.

¿Qué tipo de operación se necesita, dada la ubicación anatómica, el grado de desplazamiento de la fractura y la condición fisiológica del paciente?.

A menos que el estado de salud del paciente sea tal que existe un riesgo elevado de muerte intraoperatoria, o si el acceso a la atención quirúrgica es difícil, el tratamiento recomendado para el mayor número de casos de fracturas de cadera es el tratamiento por cirugía.

Al respecto el Dr. Nazario (2014) en el video; Cirugía de Reemplazo de Cadera afirma que las "Probabilidades de éxito de un reemplazo de cadera es de 95% a 15 años o más"

El Dr. Jorge Aguilar Vela (2119) en su conferencia menciona que: “Después del reemplazo de dadera los movimientos son completos, permite que el paciente se reintegre a sus antiguas actividades inclusive practicar deportes”.

Complicaciones potenciales:

Hemorragia: Es importante la vigilancia de signos vitales, puede sangrar no solo por la zona lesionada sino también por vía digestiva debido al uso de fármacos.

Atelectasia: la vigilancia de la función respiratoria en necesario vigilar permanentemente; las características de la respiración y de la saturación de oxígeno en sangre.

Trombosis venosa: Mediante ejercicios activos/pasivos, se puede reducir el riesgo además aplicar medidas anti embolia, los signos que indique trastornos de circulación venosa, comprobar si hay presencia del signo Homans (dolor al flexionar dorsalmente el pie).

Tromboembolia pulmonar: Valorar función respiratoria (dificultad respiratoria, aumento en la frecuencia y signos de falta de aire), si refiere dolencia torácica averiguar (que tan intenso es, donde se localiza, preguntar si hay radiación, tiempo de duración y elementos que intensifican o alivian).

Embolia grasa: Es posible que presente obstrucción de los vasos sanguíneos por glóbulos de grasa observar signos y síntomas (disnea, taquicardia, petequias, alteración del comportamiento).

Compromiso neurovascular: Valorar sensibilidad buscar parestesia (entumecimiento y/u hormigueo) enfocar en valoración de circulación periférica.

Cirugía Orto traumatológica: Técnica quirúrgica- prótesis de cadera. Consiste en el cambio de la articulación por una prótesis de cadera que puede ser de distintos tipos.

Instrumental.

- Caja de artrodesis de cadera 1.
- Caja de artrodesis de cadera 2.
- Caja de material específico de cadera (según la casa suministradora; Biomet, MBA, Orthofix, Aliopro, etc.)

Motores eléctricos. Se utiliza el motor eléctrico brocas con adaptador y el motor eléctrico.

Sierras. Paquete quirúrgico- Paquete de cadera 2 paños adhesivos, bota con cintas adhesivas y una sábana para la mesa de mayo.

Suturas-Grapadora de piel y seda del 0, 3 reabsorbibles (tipo Dexón o Vicryl) del 2 con aguja de 40, 3 reabsorbibles (tipo Dexón o Vicryl) del 0 o del 1 con aguja de 30 (siempre tipo traumática), Material fungible y no fungible- Pie de rey, terminales de aspiración grandes, dos redones con sus agujas y dos sondas de rendó del 12.

Aparataje- Dos mesas de mayo.

Ubicación de los diferentes elementos dentro del quirófano.

Colocación del paciente en la mesa quirúrgica En decúbito lateral con topes abdominales y en columna.

Procedimiento a seguir en la intervención. El cirujano procede a la incisión, bien con una técnica de acceso anterior o bien por acceso posterior (a nivel del trocánter mayor) y van reseccionando planos hasta llegar a la zona trocantérea. Se coloca el separador tipo Charnley y se va liberando la zona hasta dejar libre la cabeza femoral.

Con la guía de corte femoral y el escoplo marcan la zona de corte y con el motor de sierras realizan el corte para facilitar la implantación del componente

acetabular y a su vez dejan espacio libre para la implantación del vástago. Con el mango roscado extraen la cabeza.

Preparación acetabular- Pasaremos la fresa con el mango y el motor sobre la base acetabular, fresarán de dos en dos hasta encontrar el tamaño ideal de acetábulo.

Insertan el componente acetabular seleccionado a través del mango de impactación y la maza. Posteriormente se colocará el polietileno correspondiente, que a su vez expande el componente metálico. Se colocan dos gasas húmedas como protección que posteriormente se retirarán al colocar la cabeza femoral.

Preparación femoral- Se inicia con el escoplo hueco femoral, para pasar a fresar con las brocas y el mango en T (este fresado se debe hacer a mano, por posibles riesgos de perforación femoral). Una vez llegado a la fresa del tamaño adecuado, se pasan las raspas intramedulares hasta alcanzar el tamaño deseado. Las brocas dan el tamaño del canal intramedular y la longitud del vástago (hay varios tamaños) y las raspas el tamaño adecuado del vástago.

Se procederá a impactar el vástago con su impactor y a probar la cabeza adecuada (hay cabezas de cerámica y metálicas y suelen haber cuatro tamaños, cuello corto, cuello medio, cuello largo y cuello extra largo).

Los implantes sobre todo el vástago pueden ir cementados y entonces se necesitará cemento, dos sondas de redón del 12 o 14, pistola, tapón intramedular y guía de tapón introductor.

Es importante tener en cuenta que suelen haber vástagos derechos e izquierdos, que las cabezas deben tener el mismo diámetro que el vástago implantado, que tenemos que retirar las gasas del acetábulo al colocar la cabeza femoral y que hay que tener preparado los ganchos y el calzador si se ha utilizado una cabeza de prueba para cambiarla.

Tipo de anestesia- Anestesia General.

Actividades de la Instrumentista:

Proporciona hojas de bisturí número. 20,21 y 23, y lápiz de electrocauterio.

- Proporciona osteotomo y tirabuzón
- Proporciona medidor de cabeza o vernier.
- Proporciona una gubia de echlin- duckbill, pinzas de anillos con gasa montada.
- Proporciona rimas de Moore y equipo de lavado. proporciona gancho de fémur, mezcladora de cemento e inyector.
- Proporciona endoprótesis de Moore e impactador.
- Proporciona cucharilla y pinzas kelly.
- Proporciona el equipo de irrigación con anclas poliéster.
- Proporciona sutura de poliglactina 9 10 y nylon, grapas para piel.
- Proporciona mangos de bisturí número 20,21, y 23.
- Proporciona separadores meyerding y kelly.
- Proporciona plantilla y sierra sagital.
- Proporciona legra para extraer la cabeza del fémur.
- Proporciona con gasa montada, fresas acetabulares de menor a mayor, gubias y electrocauterio.
- Proporciona implante acetabular con inserto de prueba.
- Proporciona perforadora con broca 3.5, medidor de tornillos para acetábulo.
- Proporciona osteótomo de anteversión y rimas intramedulares en número progresivo.
- Proporciona rima de calcar, inserto definitivo y el vástago definitivo de prueba.
- Proporciona el equipo de lavado, el restricto de cemento y la mezcladora y vástago definitivo con posesionado.
- Proporciona cabeza femoral definitiva.
- Proporciona irrigador con solución salina, anclas de poliéster, drenaje cerrado de 1/8.
- Proporciona sutura de poliglactina 910, nylon para piel y vendas elásticas estériles.

1.2. TEORÍA DE ENFERMERÍA

Las teorías o supuestos de enfermería guía para la práctica profesional, las últimas décadas la práctica de enfermería ha evolucionado significativamente, es decir se ha generado una revolución científica gracias al desarrollo académico. Las teorías permiten conforman una estructura de pensamiento disciplinar, definen la dimensión de la práctica profesional, describen el rol ante la sociedad, otorgándole una responsabilidad social que ninguna otra disciplina la tiene o puede asumir.

Ofrece un cuerpo de conocimientos propio de enfermería, una base para el proceso enfermero, ofrece así mismo un lenguaje común que facilita la comunicación entre enfermeras, de igual forma fortalece la autonomía profesional en las diferentes áreas del desempeño de enfermería es decir en el área asistencial, administrativo, docente e investigación y traza el rumbo a una enfermería moderna y humanizada con enfoque en la persona familia y comunidad.

“Un modelo de enfermería es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados y supuestos generado en enfermería para explicar su identidad y el objeto de su práctica”. es la imagen mental que se percibe de lo que es enfermería.

Marjory Gordon define los patrones como una disposición de conductas habituales a todos los individuos, que favorecen a su salud, estilo de vida para alcanzar su mayor potencial como ser humano; durante su vida a lo largo de su existencia. Mediante la valoración por este modelo se obtiene datos muy significativos o relevantes de las esferas (corporales, espirituales, sociales, y del lugar donde se desenvuelve), ordenados, que facilita el juicio clínico o análisis de los mismos para asociar a los dominios y clases de la taxonomía NANDA.

Para posteriormente diagnosticar las respuestas humanas alteradas.

A través de la valoración se recogen tanto datos subjetivos como objetivos, en cada uno de los 11 patrones de Gordon, lo que nos permite ver a la persona

integral el su hábitat, su cultura, entorno social, que valores práctica, cuáles son sus creencias etc.

Podemos encontrar el mismo dato en más de un patrón, por lo que no es necesario repetirlos en cada patrón. Los patrones alterados o potencialmente alterados, describen situaciones que no manifiestan conductas esperadas de una persona frente a determinada situación. Para definir si un patrón es eficaz, está trastornado o en peligro de transformación, es necesario completar la valoración y tener conocimiento del patrón esperado a fin de validar el dato en cuestión para ello tomaremos en cuenta el modelo de Marjory Gordon que nos indica los once patrones funcionales y describe que valorar en cada uno de ellos.

1.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cuidar es una acción del ser humana que consiste en una relación terapéutica enfermera paciente cuyo objetivo es el cumplimiento de la responsabilidad profesional y social. Para los miembros de la orden, el núcleo de la disciplina es el cuidado, involucra no solamente al paciente que es el objeto del cuidado sino también a la enfermera quien provee los cuidados. Cuando los cuidados son demandados por el paciente estos son analogía de atención oportuna, con calidez, con eficiencia y oportunidad dirigidas a solucionar problemas y/o necesidades que afectan la extensión del ser humano que lo demande, involucra la conciencia ética de la enfermera lo que influye en sus decisiones de manera directa e indirectamente durante la práctica, a través de actitudes de ayuda que pueden ser percibidas como acciones positivas o negativas.

Duran (2018). La prestación de servicio de enfermería consiste en preservar o conservar la salud del individuo, familia y grupo social mediante la asistencia, vigilancia o ayuda que se les brinda, en estado de salud o enfermedad. El tipo de cuidado dependerá del estado de gravedad del individuo. Los cuidados especializados garantizan la calidad de la asistencia según el resultado obtenido en la valoración.

1.4 ESTUDIOS RELACIONADOS:

Este estudio relacionado trata de la posibilidad de mejorar el autocuidado del paciente en la fase post operatoria en el hogar dependerá de las recomendaciones que se le haga al paciente y familia antes de ser dado de alta del hospital en ellas el fomento de la independencia y autonomía pueden ayudar a disminuir la ansiedad que puedan experimentar; los autores evidenciaron que el paciente experimento seguridad y satisfacción por lograr ser independiente prontamente y que se creó un vínculo de confianza entre los profesionales y el paciente. (José, Recomendaciones para pacientes intervenidos, 2015, pág. 5)

El estudio relacionado resalta la importancia de la aplicación de cada etapa del PAE afirma que es un instrumento esencial para el trabajo individualizado de enfermería, así mismo refiere que el modelo de Henderson se adecuo mejor para priorizar sus cuidados menciona también importancia del rol profesional de la enfermera como especialista considera que el PAE es herramienta científica del cuidado; recomienda la elaboración de formatos y protocolos para su uso en la URPA y que el equipo de enfermeras sea de especialistas en centro quirúrgico. (Villanueva, 2018)

Por otro lado, los autores del estudio miden “la satisfacción del paciente quirúrgico frente al cuidado enfermero en el alivio del dolor Postquirúrgico en la unidad de Recuperación” mediante el uso del instrumento (CARE Q) evaluando la disponibilidad del personal para la prestación del cuidado, la cortesía con que se dirigen los profesionales al paciente, la confianza del paciente en los profesionales, y la competencia en el desempeño de los profesionales . (Pantoja S, 2017)

Otro estudio relacionado realizado se realizó en Universidad de Zaragoza las autoras afirman que “El tratamiento para la fractura de cadera más utilizado es la artroplastia total de cadera” (Galindo, 2018). Su incidencia depende de diversos factores, se plantearon como objetivo: Formular un plan de generalizados de enfermería para la atención de casos de fractura de cadera,

aplican el plan en una paciente que ingresa por emergencia con una fractura de cadera, concluyendo que el plan facilitó el trabajo y les permitió evaluar el logro de los objetivos. (Galindo, 2018)

En otro estudio relacionado realizado en Ecuador la Autora afirma que enfermería se ha distinguido su “vocación y servicio” (Moya, 2018), lo que exige del fortalecimiento de competencias y valores personales y disciplinares, con base en la ética afirma también que PAE, beneficia al paciente por su método sistematizado (Moya, 2018)

CAPITULO II

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

2.1. VALORACIÓN

Filiación; persona Ravenna Córdova Cesar de 60 años identificado con Numero Administrativo: 121672430, soltero, con domicilio en el Jr. Pinglo Alva, urbanización Miguel Grau, distrito San Martin De Porras; diagnóstico médico fractura sub trocantérica de cadera derecha hospitalizado en el servicio de traumatología C-4-1, Cama Número: 426-2; ingresado por emergencia, en compañía de familiar, quienes refieren: que el paciente sufrió caída de una altura aproximada de dos metros mientras realizaba actividades propias de su trabajo como publicista mientras colocaba un letrero.

Examen Físico: Céfaló Caudal.

Cabeza Cráneo normocéfalo, forma y proporción adecuada, cabello bien implantado, buen estado de higiene no caspa, no paracitos, **Ojos:** conjuntiva palpebral de color normal, pupilas isocóricas, cejas, párpados y pestañas, simétricas sin alteraciones anatómicas, **Orejas** conducto auditivo limpio no secreciones, no hipoacusia, forma simétrica sin lesiones, **Nariz:** forma y configuración simétrica permeable no secreciones, sin lesiones ni masas, a la Palpación no hay dolor, **Boca:** dentadura completa, conservada no caries ni lesiones en mucosa, labios ni comisuras, lengua y mucosas rosadas y húmedas

Cuello: Simétrico de largo y ancho conservado. Ausencia de tumoraciones, buena deglución, sin dolor, no ingurgitación yugular, no presencia de ganglios. se palpa pulso carotideo y venoso, estado de la piel sin cambios anatómicos.

Tórax: simétrico, se expande con buena elasticidad. Frecuencia respiratoria de 16 x min con buena amplitud, ritmo y simetría. **Mamas:** Simétricas, de apariencia y color normal, no hay respuesta dolorosa a la presión palpatoria, no masas palpables tampoco visibles, no tiene secreciones; **Campos pulmonares** simétricos buena permeabilidad, se puede oír murmullo vesicular no ruidos agregados (roncos, sibilantes, crepitantes). **Corazón** con latido rítmico, latidos audibles con buen tono, ausencia de soplos cardiacos niega molestias.

Abdomen: blando, depresible, plano, no doloroso, piel húmeda y tibia sin cambios anatómicos, no se palpan masas, reborde ruidos hidroaéreos audibles normales, sin signos de irritación peritoneal.

Extremidades superiores: simétricos, movilidad conservada, no doloroso a la palpación, sin alteraciones patológicas buena coloración y pigmentación no edema, no atrofia, no hematomas.

Extremidades inferiores: cadera y muslo derecho con edema y equimosis, rotación externa del pie, acortamiento de la extremidad, muy doloroso a la palpación y movimiento, sensibilidad y movilidad distal conservada, miembro inferior izquierdo sin alteraciones anatómicas, función, movimiento y sensibilidad conservada piel húmeda elástica sin alteraciones

Genitales sin alteración anatómica, sin secreciones no lesiones cutáneas.

Neurológico: Paciente consiente, despierto lucido, responde hora y fecha adecuadamente, el lugar donde se encuentra y su nombre con signos vitales conservados, activo, memoria conservada, buena fuerza muscular, buena coordinación, buena sensibilidad a la palpación, con buenos reflejos.

Peso: 70 kg.

Talla: 1.70 m.

(IMC) es de 24.2 (peso normal)

PA= 140/70, FC= 70 por minuto, FR= 16 por minuto, Temperatura: 36.7 grados centígrados

A continuación, se describe la valoración según el elegido.

“Valoración según modelo de por patrones funcionales” (Alvarez, 2010)

“Patrón 1. Percepción-Manejo De La Salud” (Alvarez, 2010, pág. 4). El paciente se considera una persona sana, cree haber tenido un estado de salud muy bueno durante toda su vida.

Ingresos previos en el hospital: Ha tenido una intervención quirúrgica debido a fractura de tibia y peroné varios años atrás (no precisa fecha):

Los medicamentos previos al ingreso: niega

En esta ocasión ingreso al hospital el 26 de julio del 2019, con diagnóstico médico de fractura sub trocantérica derecha, a causa de una caída de dos metros

de altura, mientras colocaba un letrero como parte de su trabajo. Presentando dolor intenso y limitación funcional del miembro inferior derecho.

El tratamiento prescrito para la paciente en ese momento es:

- Esomeprazol 20 mg vía oral /cada 24 horas (12:00).
- Celecoxib 200 mg vía oral /cada 12 horas (12:00).
- Enoxaparina 40 mg (SUBC)/cada 24 horas (12:00).
- Clonazepam 2 mg vía oral /cada 24 horas (12:00).
- Acido fólica vía oral /cada 24 horas (12:00).
- Complejo B vía oral /cada 24 horas (12:00).
- Tramadol 100 mg (SUBC)/ condicional a dolor
- Diclofenaco gel aplicación tópica, cada 8 horas

El paciente ha fumado muy pocas veces, ha consumido alcohol solo en algunas ocasiones, no consume ninguna droga.

Ha recibido todas las vacunas de infancia

Sufrió accidente hace mucho tiempo como consecuencia se fracturo los huesos tibia y peroné izquierdo. (no precisa fecha) Manifiesta que desea estar bien y seguirá, todo lo que le indiquen los médicos y enfermeras, procura cuidarse de la mejor forma posible, con el apoyo de amigos y familiares ya que vive solo. Niega ser alérgico a algún medicamento.

Tiene estilo de vida saludable trata de conservar su salud al máximo, cuida sus comidas y hace ejercicio para mantener su buen estado físico.

“Patrón 2. Nutricional-Metabólico” (Mancha, 2016, pág. 6). El paciente refiere cuidar mucho su alimentación su dieta se basa en vegetales, proteínas y pocos carbohidratos antes del accidente procuraba ingerir alimentos saludables, le gustan prácticamente todos los alimentos acostumbra comer desayuno almuerzo y cena y conserva su peso. Tiene buen apetito, tiene dentadura saludable, mastica adecuadamente, su digestión es buena no se evidencia nauseas menos vomito. El paciente presenta piel de aspecto saludable con temperatura, humedad y elasticidad adecuada de igual forma las mucosas. Con excepción del muslo y cadera derecha que evidencia hematoma Tiene una herida antigua por

cirugía en el tobillo izquierdo; recibe infusión por vía venosa insertado en la vena mediana del brazo izquierdo. No se observa signos de inflamación en la zona del catéter la piel con características normales niega dolor en ese punto.

Se observa buena hidratación, toma abundante agua, dos vasos per la mañana al levantarse, después del almuerzo, y en la tarde.

No presenta edemas, en los miembros inferiores, no hay presencia de micosis en los pies.

Su temperatura es de 36,5 °C. (axilar), su índice de masa corporal es (IMC) es de 24.2 (peso normal).

“Patrón 3. Eliminación” (Mancha, 2016, pág. 9) El paciente refiere que no tiene problemas con la función urinaria, y no tiene incontinencia fecal. No porta sonda vesical, orina de cuatro a seis veces al día durante la noche generalmente no la orina es de color amarillo limpio olor característico, no es estreñido hace sus deposiciones diariamente una o dos veces al día estas son de consistencia blanda y sin dolor; se palta abdomen blando no doloroso, no se palpa aumento de volumen de viseras los ruidos intestinales presentes y adecuados.

“Patrón 4. Actividad-Ejercicio” (Mancha, 2016, pág. 10) En casa sus actividades son intensa, es totalmente independiente satisface todas sus necesidades de la vida diaria; aparte del trabajo como publicista realiza ejercicios diariamente por la mañana en este momento no puede moverse debido a su lesión, presenta la cadera y muslo derecho con volumen aumentado con equimosis y acortamiento de extremidad con rotación externa, sensibilidad y movilidad distal conservadas, llenado capilar 2,” por el momento el paciente se encuentra en cama. Teme movilizarse por el dolor. Por lo que requiere ayuda para realizar todas y cada una de sus actividades personales.

En pulmones se auscultan ruidos normales en todos los campos al auscultar el corazón se perciben latidos con características normales en ritmo frecuencia e intensidad no hay soplos, presión arterial 140/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria 17 por minuto.

“Patrón 5. Sueño-Descanso” (Mancha, 2016, pág. 14) El paciente refiere no necesitar medicación para conciliar el sueño que en casa su sueño dura entre seis y ocho horas no tiene problemas de sueño ni pesadillas después del almuerzo acostumbra a dormir la siesta.

“Patrón 6. Cognitivo-Perceptual” (Mancha, 2016, pág. 16) El paciente no muestra trastornos auditivos, tampoco de la visión respecto a los sentidos: del tacto, olfato y gusto conservados. La memoria sin cambios, se encuentra en estado de alerta y no tiene dificultades para tomar decisiones, su lenguaje claro y comprensible su aprendizaje lo realiza con facilidad y retiene lo aprendido. Su memoria funciona bien durante la entrevista su participación es muy activa, responde las preguntas con claridad sin vacilación, su hijo colabora también durante la entrevista. ambos son muy colaboradores.

Se queja de dolor intenso en la región de la cadera y muslo izquierdo, en la zona de la fractura, refiere que el dolor es muy intenso de forma continuada y punzante.

“Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto” (Mancha, 2016, pág. 18) **informa**, sentirse muy mal debido al accidente y sus consecuencias, expresa su preocupación por los cambios en su vida que ha ocasiona él, refiere “era una persona muy activa no me gusta depender de nadie sobre todo con el cuidado de su persona, ahora al tener la fractura de cadera necesitare que alguien me cuide” lo que lo tiene muy apenado. Es una persona que no se enfada fácilmente, expresa su deseo de recuperarse cuanto antes Tiene muchas ganas de volver a casa, se le observa pensativo y preocupado.

“Patrón 8. Rol-Relaciones” (Mancha, 2016, pág. 20) Vive solo, sus hijos ya son adultos e independientes, separado de la madre de sus hijos hace tiempo (no desea profundizar) no tiene problemas familiares, vive solo separado de su esposa desde hacen varios años; su relación con sus hijos es buena, aunque ellos viven en sus casas. Tiene buena relación con el equipo de salud es amable muy educado.

“Patrón 9. Sexualidad-Reproducción” (Mancha, 2016, pág. 23) refiere una vida sexual satisfactoria y sin problemas. Tiene hijos actualmente se encuentra soltero niega enfermedades del aparato genito-urinario.

“Patrón 10. Afrontamiento-Tolerancia Al Estrés” (Mancha, 2016, pág. 25) se encuentra muy deprimido, preocupado, por la situación actual su accidente, las consecuencias, el costo, el problema para su familia “todo me tiene ansioso” refiere con temor por la situación actual, no quiere ser una carga para sus hijos ni su familia.

“Patrón 11. Valores-Creencias” (Mancha, 2016, pág. 27) manifiesta ser católico, aunque vive su religión a su modo acude poco a la iglesia.

Caso Clínico -Situación Problemática

Paciente varón de 60 años de iniciales R.C.C. ingresa al hospital Militar Central el día 26 de agosto 2019 a las 23.54, en compañía de hijo quien refiere que el paciente sufrió una caída de una altura aproximada de dos metros, mientras realizaba actividades propias de su trabajo; ingresado por emergencia, presenta dolor intenso en la cadera, hematoma y edema a nivel del muslo derecho, acortamiento más rotación externa de la extremidad, movilidad y sensibilidad distal conservadas, se le observa con expresión facial de temor y ansiedad, es soltero vive solo, aunque tiene dos hijos mayores, separado de su esposa hace tiempo, familiar refiere preocupación “por la situación inesperada”; con diagnóstico médico de fractura subtrocanterea derecha; hospitalizado en traumatología C-4-1, Cama Número: 426-2; diagnósticos de enfermería: (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p conducta expresiva, (00146) Ansiedad r/c crisis situacional e/p preocupación, (00148) Temor r/c entorno desconocido e/p aumento de la alerta, (00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro de la integridad de la estructura ósea e/p discomfort, 00074 afrontamiento familiar comprometido r/c cambio en el rol familiar e/p la persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante la necesidad del paciente; requiere

cuidados enfermeros :pre quirúrgicos, en el quirófano, en unidad de recuperación post anestésica, post quirúrgicos mediatos en unidad de hospitalización.

2.2 FASE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p conducta expresiva, (00146) Ansiedad r/c crisis situacional e/p preocupación, (00148) Temor r/c entorno desconocido e/p aumento de la alerta, (00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro de la integridad de la estructura ósea e/p discomfort, (00074) afrontamiento familiar comprometido r/c cambio en el rol familiar e/p la persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante la necesidad del paciente.

Tabla 1.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PRIORIZACIÓN	FUNDAMENTO
(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p conducta expresiva	1	El dolor es un componente esencial que nos indica y pone alerta frente a la presencia de provocaciones de daño del medio que nos rodea, se inicia en las fibras sensoriales del sistema nociceptores especializada en tejidos periféricos, activadas solo por un estímulo nocivo la característica de un nociceptor es su capacidad para diferenciar entre un estímulo nocivo y un estímulo inocuo.
(00146) Ansiedad r/c crisis situacional e/p preocupación	2	“la ansiedad por sí misma no es negativa”. (Sabater, 2018) incrementa el rendimiento, la memoria pero puede ser nociva cuando la ansiedad es muy intensa se manifiesta generalmente con cambios fisiológicos como sudoración cambios en la temperatura corporal, cambios en las características de la respiración, la persona está en actitud de alerta máxima .
(00148) Temor r/c entorno desconocido e/p aumento de la alerta	3	(...) sentimientos humanos de miedo son la toma de conciencia de las emociones, llegando a “sentir” lo que pensamos y “pensar” lo que sentimos en una situación” (TENA, 2017, pág. 50) el temor o miedo lo experimentamos todos los seres desde la niñez. El miedo es un sentimiento, una emoción negativa, que lleva a las personas a tratar de huir de la situación que la genera. es algo que la persona presume o sospecha o desconfía experimentando angustia por el riesgo que sospecha o que imagina le genera a la persona pensamientos repetitivos y agotadores.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PRIORIZACIÓN	FUNDAMENTO
(00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro de la integridad de la estructura ósea e/p disconfort	4	La limitación o imposibilidad de realizar movimientos fisiológicos propios de la función del cuerpo humano, esta limitación genera incomodidad física psicológica y social, puede llegar generar efectos muy nocivos para la salud, teniendo a veces efectos, exponencialmente es decir mayores que la causa complicando la condición del paciente la falta de movilidad del cuerpo, sin importar las razones puede ser nocivo para la persona e inclusive puede convertirse en un daño permanente generando limitaciones en su vida futura.
00074 afrontamiento familiar comprometido r/c cambio en el rol familiar e/p la persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante la necesidad del paciente	5	Toda situación inesperada interrupción del cotidiano en la vida de las personas, demandan la atención de los involucrados, como en este caso un accidente altera los planes del día a día, lo que produce una respuesta emocional desagradable, en este escenario están involucrados varios aspectos de la vida cotidiana, como el tiempo, la independencia de las personas para realizar sus actividades, la economía, las relaciones, el cumplimiento de roles de los diferentes miembros de la familia

2.3. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS, PRIORIDADES E INTERVENCIONES

- Preparación pre quirúrgica del paciente (preparación física, preparación psicológica y preparación administrativa documentaria del expediente clínico, verificación de abastecimiento de material e insumos quirúrgicos)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVOS RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>DS: “de duele mucho, ayúdeme por favor”</p> <p>DO: fractura sub trocantérea derecha, hematoma y edema en cadera y muslo derecho, Eva 10/10</p>	<p>(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p conducta expresiva</p>	<p>El paciente controlara el dolor mediante la administración de fármacos prescritos en una hora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica intensidad del dolor -Expresiones faciales de dolor -Expresión verbal -Inquietud 	<p>Administración de analgésicos prescritos, teniendo en cuenta los diez correctos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamento 2. Reconstitución y dilución 3. Indicación y dosis 4. Vía 5. Hora 6. Administración 7. Informe al paciente 8. Velocidad de administración 9. Registro 10. seguimiento. 	<p>Verbaliza Dolor controlado, Eva 3/10, no hay expresión facial de dolor</p> <p>Manifiesta tranquilidad</p>

2.3.1. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS, PRIORIDADES E INTERVENCIONES

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVOS RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>DS: "estoy muy nervioso tengo frio en todo el cuerpo".</p> <p>DO: expresión facial ansiedad</p>	<p>(00146) Ansiedad r/c crisis situacional e/p preocupación</p>	<p>El paciente será capaz de controlar la ansiedad mediante intervenciones de enfermería en 1 hora:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifica nivel de ansiedad -Impaciencia -Manos húmedas 	<p>Explicación de técnicas de relajación</p> <p>Explicación sobre estado de salud</p> <p>Permanecer con el paciente para proporcionar sentimientos de seguridad y confianza.</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Fomentar relaciones sociales</p>	<p>Refiere disminución del nivel de ansiedad</p> <p>Muestra expresión facial relajada</p> <p>Las manos ya no están húmedas</p> <p>Percibe temperatura normal.</p>

2.3.2. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS, PRIORIDADES E INTERVENCIONES

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVOS RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>DS: “Tengo miedo, ¿Cómo quedare? ¿me operaran?, Vivo solo no tengo pensión vivo de mi trabajo”</p> <p>DO: expresión facial de temor</p>	<p>(00148) Temor r/c entorno y situación desconocida e/p aumento de la alerta y verbalización</p>	<p>El paciente reducirá su temor mediante intervenciones de enfermería en 1 hora:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifica nivel de temor -conocimiento del proceso terapéutico -conoce experiencias de otros pacientes. 	<p>Comentar de técnicas de relajación</p> <p>Explicación sobre estado de salud</p> <p>Fomentar uso de mecanismos de compensación adecuados.</p> <p>Permanecer con el paciente para proporcionar sentimientos de seguridad y confianza.</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Fomentar</p> <p>Brindar confort</p> <p>Fomentar acercamiento familiar</p>	<p>Refiere disminución del temor</p> <p>Verbaliza proceso terapéutico verbaliza esperanza de experiencias positivas, familiar permanece al lado del paciente le expresa apoyo</p>

2.3.3. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS, PRIORIDADES E INTERVENCIONES

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVOS RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>DS: “Tengo la cadera fracturada, no puedo ni moverme un poquito”</p> <p>DO: radiografía muestra fractura sub trocantérea, presenta edema y hematoma a nivel cadera y muslo. Se observa incomodidad postural.</p>	<p>(00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro de la integridad de la estructura ósea e/p discomfort</p>	<p>El paciente realizara movimientos con ayuda del equipo de salud particularmente la extremidad inferior izquierda las veces que sea necesario</p> <p>-solicita ayuda para Satisfacer necesidades</p> <p>Expresa confort.</p>	<p>Cambios posturales</p> <p>Ayuda con los autocuidados</p> <p>Cuidados de tracción</p>	<p>Verbaliza confort</p> <p>Verbaliza satisfacción de sus necesidades.</p>

2.3.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS, PRIORIDADES E INTERVENCIONES

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVOS RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>DS: familiar refiere “estoy molesto y muy preocupación por lo sucedido”, ¿cuánto ira acostar todo, yo trabajo quien cuidara a mi padre?</p> <p>DO: paciente y familiar evitan la mirada</p>	<p>00074 afrontamiento familiar comprometido r/c cambio en el rol familiar e/p la persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante la necesidad del paciente</p>	<p>Fortalecer a paciente y familia mediante apoyo emocional, escucha activa y educación mediante intervenciones de enfermería a lo largo del proceso del cuidado</p>	<p>Escucha activa al paciente y familia</p> <p>Apoyo emocional al paciente y familia</p> <p>Educación sobre salud emocional a paciente y familia</p> <p>Fomentar el afrontamiento de la situación</p> <p>Explicación del proceso de la enfermedad</p>	<p>Paciente y familiar retomas buenas relaciones, conversan, se toman de las manos. Se les observa más relajados.</p>

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 CONCLUSIONES

1. Las enfermeras peruanas nos regimos por nuestra ley la 27669 que nos señala como debe ser nuestro ejercicio profesional determinando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como método que debe ser usado por las enfermeras para brindar cuidados de enfermería; en el presente estudio la aplicación del método científico PAE. me permitió identificar los dificultades y insuficiencias del paciente, formular los juicios clínicos de enfermería, planificar cuidados, ejecutar acciones de la disciplina y especialidad, y medir los cambios que generaron mis intervenciones en el paciente, de manera fácil debido al estricto rigor metodológico aplicado. El cumplimiento riguroso de las etapas del proceso me permitió desarrollar mi trabajo académico de manera exitosa.
2. La etapa de valoración mediante el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon me facilito la obtención de los datos de todas las esferas del paciente identificando las respuestas humanas alteradas a los patrones establecidos por la autora. Así mismo el modelo determina un orden y los aspectos a valorar en cada patrón lo que agilizo la realización de esta etapa en el presente estudio.
3. La identificación de las respuestas alteradas en el paciente mediante la valoración por patrones funcionales me ha permitido diagnosticar cinco respuestas humanas alteradas con el uso de la taxonomía NANDA I.
4. En la fase de planificación me fue fácil la formulación de objetivos y resultados esperados y me guiaron para la determinación de intervenciones de enfermería pudiendo evaluar el logro de los objetivos propuestos y los resultados esperados.
5. El desarrollo del presente trabajo constituye una evidencia científica del trabajo enfermero porque está basado en evidencias observables mediante el uso y aplicación del PAE; metodología que permite cuidados enfermeros con calidad y calidez, con uso del juicio clínico es decir el pensamiento crítico “pensamiento enfermero” la calidad de los cuidados brindados

mediante el uso del PAE en el caso clínico en mención se determinó al evaluar los resultados estos indicaron que cada uno de los problemas identificados fueron resueltos lo que se evidencian por la satisfacción de la paciente expresada verbalmente.

3.2. RECOMENDACIONES

1. Que la jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Militar Central gestione la capacitación permanente de las enfermeras del servicio de cirugía en general y del centro quirúrgico en particular en el uso de la metodología del Proceso de atención de enfermería y el uso del lenguaje estandarizado de enfermería a fin de garantizar un cuidado de calidad.
2. Que la jefatura de enfermería del centro quirúrgico fortalezca la difusión de trabajos de investigación relacionados al cuidado del paciente quirúrgico.
3. Que la universidad fortalezca vínculos con el Hospital Militar Central mediante el apoyo con sus docentes para la capacitación del personal asistencial generando así nuevos conocimientos surgidos de la academia y la asistencia a fin de elevar el nivel de la disciplina.
4. A los miembros de la orden que deseen elegir la especialidad no lo duden porque es una especialidad que trasciende en la vida de sus usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Echevarría Zuno, S. (2013). *Traumatología y Ortopedia*. Mexico: Impresiones Editoriales FT, S. A. de C. V.
- Nurse Intervention Clasification. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Italia: ELSEVIER.
- G.E. (5 de junio de 2017). *Escala de Coma de Glasgow*. Obtenido de <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>
- A., M. (1989). *Modelos y teorías de Enfermería*. Barcelona: Ediciones Rol.
- Alfaro-Lefebre, 2. (2004).
- American Psychological Association. (2012- 2014). *NANDA Internacional Diagnosticos Enfermeros Definiciones y Clasificacion*. Barcelona: Elsevier.
- Asociacion Española de Enfermería en Cardiología . (2017). *Plataforma Asociacion Española de Enfermería en Cardiología* . Obtenido de cuidados preoperatorios: https://www.enfermeriaencardiologia.com/des/cuidados-preoperatorios/?post_type=descriptores
- Berman A, S. S. (2008). *Fundamentos de Enfermería.8° ed*. Madrid: Pearson Educación.
- Bhandari, M., & Swiontkowski, M. (2017). *Tratamiento de la fractura de cadera. INTRAMED*, 1.
- Carpeñito, L. (1994). *Planes de Cuidado y Documentacion de Ee enfermería*. Madrid: Mc Graw-Hill interamericana.
- Castaño, D. M. (Dirección). (2016). *Educación para pacientes intervenidos de prótesis total de cadera*. [Película].
- Claudia Lorena Barrero Solís, Servando García Arriola, Alejandro Ojeda Manzano. (consultado 11 set 2019 de Enero-Junio, Julio-Diciembre de 2005). *Plasticidad y Restauración Neurológica*. Obtenido de NUEVOS HORIZONTES:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf
- Enfermera, O. M. (s.f.). Patrones funcionales de Marjory Gordon. *FUNDEN*.
- Fuller. (2012). *Instrumentacion Quirurgica*. China: Medica Panamericana.
- FUNDEN. (s.f.). *Fundacion para el Desarrollo de Enfermería*. Obtenido de Observatorio Metodologia Enfermera:

- http://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Katz.pdf
- Giraud, D. N. (Dirección). (2014). *Cirugía de Reemplazo de Cadera* [Película].
- Gloria Cortez Cuaresma, F. C. (2011). *Guía para Elaborar Proceso de Atención de Enfermería*. Lima: ISBN.
- grupo CTO (s.f.). *Metodología de Enfermería*. Obtenido de http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf
- José Luis Álvarez Suarez, Fernanda del Castillo Arévalo, Delia Fernández Fidalgo, Montserrat Muñoz Meléndez. (Junio de 2010). *Manual de Valoración de Patrones*. Asturias, Principdo de Asturias, España: Servicio de Salud Del Principado de Asturias.
- LLamazares, M. C. (14 de julio de 2016). *Cursos de verano*. Obtenido de http://www3.ubu.es/blogubuabierta/wp-content/uploads/2016/07/v9_Reducir-ansiedad_curso-verano_2016.pdf
- Lovato-Salas F, *. L.-P.-R.-L.-E. (2015). *Prevalencia de fracturas de cadera, fémur y rodilla en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México : Acta ortop. mex vol.29 n°.1.
- Mancha, U. d. (29 de Abril de 2016). *Valoración según Patrones Funcionales . Patrones Funcionales de Marjory Gordon*. La Mancha, España: UCLM.
- NANDA. (2015). *Diagnosticos Enfermeros Definiciones y Clasificación*. España: ELSEVIER.
- NANDA INTERNACIONAL. (2018). *Diagnosticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones*. España: Thieme.
- Nurse Outcome Classification NOC. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería*. Italia: ELSEVIER.
- OMS. (2019). *Como calcular índice de masa corporal. 10 DATOS SOBRE LA OBESIDAD Tabla OMS*.
<https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>.
- Orden de Enfermería. (2019). *Biblioteca Virtual*. Obtenido de Facebook: <https://es-la.facebook.com/488201744628873/photos/%C3%ADndice-de-katz-para-la-avd-valoraci%C3%B3n-de-actividades-de-la-vida-diaria-creado-en-1686240981491604/>
- P., L. (2004). *Proceso de Enfermería*. España : Iberoamericana.

- Peña, M. B. (2016). *Guía Metodológica del PAE Taxonomias NANDA NOC NIC*. Lima: Gráfica Jesús.
- Peña, M. B. (2016). *Guía Metodológica del PAE Taxonomias NANDA NOC Y NIC*. Lima: Grafica Jesús.
- Rosalinda, A. L. (2004). *El pensamiento crítico en enfermería: Un enfoque práctico*. Jason.
- Salas, D. F. (Enero-Febrero de 2015). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022015000100002
- Salusplay. (s.f.). *Diccionario*. Obtenido de SalusPlay
Blog: <https://www.salusplay.com/blog/diccionario/que-es-nanda/>
- SANZ, F. R. (s.f.). Obtenido de Exploración neurológica:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/exploracion_neurologica.pdf
- Ydalsys Naranjo Hernández, J. A. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit vol.19 no.3*.

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla para Índice de masa corporal utilizada en la valoración del paciente en el presente estudio

Peso (kg)	Altura (cm)											
	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205
40	17,8	16,6	15,6	14,7	13,8	13,1	12,3	11,7	11,1	10,5	10,0	9,5
45	20,0	18,7	17,6	16,5	15,6	14,7	13,9	13,1	12,5	11,8	11,3	10,7
50	22,2	20,8	19,5	18,4	17,3	16,3	15,4	14,6	13,9	13,1	12,5	11,9
55	24,4	22,9	21,5	20,2	19,0	18,0	17,0	16,1	15,2	14,5	13,8	13,1
60	26,7	25,0	23,4	22,0	20,8	19,6	18,5	17,5	16,6	15,8	15,0	14,3
65	28,9	27,1	25,4	23,9	22,5	21,2	20,1	19,0	18,0	17,1	16,3	15,5
70	31,1	29,1	27,3	25,7	24,2	22,9	21,6	20,5	19,4	18,4	17,5	16,7
75	33,3	31,2	29,3	27,5	26,0	24,5	23,1	21,9	20,8	19,7	18,8	17,8
80	35,6	33,3	31,3	29,4	27,7	26,1	24,7	23,4	22,2	21,0	20,0	19,0
85	37,8	35,4	33,2	31,2	29,4	27,8	26,2	24,8	23,5	22,4	21,3	20,2
90	40,0	37,5	35,2	33,1	31,1	29,4	27,8	26,3	24,9	23,7	22,5	21,4
95	42,2	39,5	37,1	34,9	32,9	31,0	29,3	27,8	26,3	25,0	23,8	22,6
100	44,4	41,6	39,1	36,7	34,6	32,7	30,9	29,2	27,7	26,3	25,0	23,8
105	46,7	43,7	41,0	38,6	36,3	34,3	32,4	30,7	29,1	27,6	26,3	25,0
110	48,9	45,8	43,0	40,4	38,1	35,9	34,0	32,1	30,5	28,9	27,5	26,2
115	51,1	47,9	44,9	42,2	39,8	37,6	35,5	33,6	31,9	30,2	28,8	27,4
120	53,3	49,9	46,9	44,1	41,5	39,2	37,0	35,1	33,2	31,6	30,0	28,6

por debajo de 18,5 tienes bajo peso

entre 18,5 - 24,9 tu peso es normal

entre 25 - 29,9 tienes sobrepeso

entre 30-39,9 tienes obesidad

por encima de 40 tienes obesidad mórbida

La obesidad se determina mediante el **índice de masa corporal** (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m}^2\text{]}$). Para su clasificación se utilizó la tabla que se muestra a continuación:

DEFINICION		CLASIFICACION
1	Independiente en todas sus funciones.	A
2	Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.	B
3	Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra función.	C
4	Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra función.	D
5	Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete. y otra función	E
6	Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete, movilidad y otra función.	F
7	Dependiente en todas las funciones	G

Para la valoración del estado de conciencia se utilizó la siguiente escala:

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):
tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora.** El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR	4	3	2	1		
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

ANEXO 2

Paciente cuyo caso se presenta en el presente estudio:

Paciente al ingreso



Entrevistando al Paciente



Lesiones del Paciente



Preparación Pre quirúrgica

ANEXOS 3



Radiografía de control post operatoria donde se observa el resultado de artroplastia con uso de clavo intramedular trocánter



Material elegido para la cirugía

ANEXO 4

CARGO

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA
REALIZAR TRABAJO ACADÉMICO
EN EL HMC.

**SEÑOR GENERAL DE BRIGADA DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL- DADCI**

S.G.

Yo, Montero Álvarez María Antonieta, identificada con NA. 803937200, DNI. 08817759, Licenciada en enfermería, laborando actualmente en el Departamento de Enfermería en el cargo de supervisora de servicios de enfermería, ante usted con el debido respeto y por conducto regular me presento y expongo:

Que siendo indispensable la ejecución de un trabajo de fin de curso para optar el grado académico de especialista en Centro Quirúrgico, solicito a usted Señor General tenga a bien autorizar la realización de mi trabajo titulado: **"PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON FRACTURA SUB TROCANTEREA"** la cual se desarrollará en el servicio de Traumatología C-4-1; el estudio será financiado íntegramente por mi persona.

POR LO EXPUESTO: solicito a usted señor general tenga a bien indicar a quien corresponda la autorizar para la realización del trabajo arriba mencionado.

Jesús María, 20 de setiembre 2019



129 SEP 2019

Firma: _____

Post firma: María A. Montero Álvarez
NA. 803937200 DNI. 08817758

[Handwritten signature]
O. Fariñas Ch
2020 THP Ch
DADCI - HMC.

ANEXO 5



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas
Facultad de Enfermería

SOLICITO: ASESOR PARA TRABAJO
ACADEMICO

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

S.D.

Apellidos y Nombres: MONTERO ALVAREZ MARIA ANTONIETA
Código: 08817580 Ciclo: III Modalidad: PREFERENCIAL OPE: LIMP
Dirección: J.P. JORGE CANTUARIAS 443 URB. INGENIERIA - SAN MARTIN DE PORRAS
E-mail: Maria.montero.alvarez59@gmail.com Teléfono: 957796637 - 4830094

Ante usted me presento y solicito:

LA DESIGNACION DE ASESOR PARA TRABAJO ACADEMICO
TITULADO: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON FRACTURA
SUBTROCANTEREA

Fecha: 05 Octubre 2019

[Firma]
Firma del Interesado

[Firma]
10/10/19
Montero 1138929

Documentos que se anexan:

- COPIA DE TITULO PROFESIONAL
- CONSTANCIA DE EGRESO
- CERTIFICADO DE ESTUDIOS
- DNI AMPLIADO - LEGALIZADO
- CONSTANCIA SUNEDU
- RECIBO DE PAGO T.P.C.C. 0817330
- T.A

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: "PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON FRACTURA SUB TROCANTEREA" para optar el grado académico de especialista en Centro Quirúrgico.

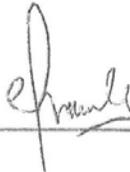
Aspirante al grado: Lic. María Antonieta Montero Alvarez

YO: RAVENNA CORDOVA

DNI: 08652871

Declaro: haber sido informado acerca del propósito del estudio que se señala, para lo cual se me ha solicitado una entrevista, contestar preguntas y ser observado mientras permanezco en tratamiento, así como presentar mi caso el cuál se utilizarán únicamente con fines académicos. Asimismo, se me ha indicado que puedo retirarme en caso que lo desee durante su desarrollo. He tenido la oportunidad de preguntar las dudas acerca del contenido las cuales se me han esclarecido satisfactoriamente por lo que acepto voluntariamente participar en el estudio.

Firma del participante:



Firma del Aspirante al grado (responsable):



2019