

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Manejo del dolor en el paciente anciano intervenido de
una prótesis total de cadera (PTC)

Autor: Borja Baño Guillermo

Directora: Dña. M^a Belén Soto Castellón

Murcia, a 1 de abril de 2020.

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Manejo del dolor en el paciente anciano intervenido de
una prótesis total de cadera (PTC)

Autor: Borja Baño Guillermo

Directora: Dña. M^a Belén Soto Castellón

Murcia, a 1 de abril de 2020.

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO: 2019/2020	
Apellidos: Baño Guillermo		Nombre: Borja	
DNI: 49249403-D	Titulación: Grado de Enfermería		
Título del trabajo: Manejo del dolor en el paciente anciano intervenido de una prótesis total de cadera (PTC)			

El Prof./a. Dña. M^a Belén Soto Castellón como Director(s)/Tutor(s)⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 1 de abril de 2020

Fdo.: M^a Belén Soto Castellón

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS.

Tras el paso de estos cuatro años, he vivido muchas experiencias, unas formidables y otras con un sabor amargo, pero en todas le he puesto todo mi empeño, dedicación y pasión para poder solventarla y así, convertirme en el enfermero que siempre he querido ser.

Me gustaría agradecer a mi directora, Dña. María Belén Soto Castellón, ya que gracias a su paciencia y entrega, he podido superar todas las adversidades y los problemas que me ha planteado este trabajo y que han surgido debido al COVID-19, ya que el tiempo le apremiaba en este periodo.

Asimismo, me gustaría agradecer a todos los compañeros que me han apoyado y me han ayudado en aquellos momentos difíciles, a todos y cada uno de ellos. Sobre todo me gustaría resaltar la figura de Guillermo, ese amigo que está ahí siempre, dispuesto a lo que haga falta. Pero por encima de todos estos compañeros y amigos, está Ester, mi novia. Obviamente, sin ti, nada hubiese sido lo mismo, ya que esta universidad ha facilitado que nuestros caminos se junten. Me ha permitido conocer el amor, ya que te has convertido en uno de los pilares más fundamentales de mi vida, me has ayudado, me has hecho reír cuando las cosas han estado difíciles, me has querido hasta cuando yo dudaba de mí mismo, eres increíble y que nunca cambies, ni cambiemos.

Además, me gustaría agradecer a mis padres, ya que sin ellos nada de esto hubiese sido posible, ya no solo por el apartado financiero, sino que gracias a vuestro apoyo, constancia y educación, me he convertido en quien soy. Tampoco me quiero olvidar de mi hermano, cuñada y sobrino, ya que todos sois fundamentales en mi vida. Gracias familia.

Por último, me gustaría agradecer a todo aquel profesional, ya sea profesor o personal del hospital, que ha favorecido en mi formación. Todos me han enseñado algo característico de cada uno, algo diferente, que ha permitido que me encante esta profesión, la profesión enfermera.

ÍNDICE

FIGURAS	XIX
CUADROS	XXI
ABREVIATURAS	XXIII
RESUMEN	XXVII
ABSTRACT	XXIX
1. INTRODUCCIÓN	31
2. OBJETIVOS	35
2.1. Objetivo General	35
2.2. Objetivos Específicos	35
3. MARCO TEÓRICO	37
3.1. Fractura de Cadera	37
3.1.1. <i>Definiciones</i>	37
3.1.1.1. <i>Definición de fractura</i>	37
3.1.1.2. <i>Definición de fractura de cadera</i>	37
3.1.2. <i>Recuerdo anatómico de la cadera</i>	37
3.1.3. <i>Mortalidad</i>	38
3.1.4. <i>Factores de riesgo</i>	39
3.1.5. <i>Medidas preventivas</i>	40
3.1.6. <i>Diagnóstico</i>	41
3.1.7. <i>Complicaciones de las fracturas de cadera</i>	41
3.1.8. <i>Clasificación de las fracturas de cadera</i>	41
3.1.9. <i>Tratamiento corrector</i>	42
3.2. Artroplastia de cadera	43
3.2.1. <i>Definición</i>	43
3.2.2. <i>Elementos que componen la prótesis de cadera</i>	44

3.2.3. Clasificación de tipos de prótesis de cadera atendiendo a la zona lesionada.....	44
3.2.4. Complicaciones.....	44
3.3. Dolor.....	45
3.3.1. Definición.....	45
3.3.2. Tipos de dolor.....	46
3.3.2.1. Según la duración del dolor.....	46
3.3.2.1.1. Dolor Agudo.	46
3.3.2.1.2. Dolor Crónico.	46
3.3.2.2. Según la patogenia del dolor.....	47
3.3.2.2.1. Dolor Psicógeno.	47
3.3.2.2.2. Dolor Neuropático.....	47
3.3.2.2.3. Dolor Somático.....	48
3.3.3. Profilaxis analgésica previa a la intervención quirúrgica.	48
3.3.4. Tratamiento analgésico más eficaz en pacientes con prótesis de cadera y alta edad.....	48
3.3.5. Cómo se valora el dolor.....	51
3.3.6. Papel de enfermería.....	53
3.4. Movilización precoz en pacientes con prótesis de cadera.....	55
3.4.1. Relación de la movilización precoz con la disminución del dolor.	55
3.4.2. Consideraciones importantes.....	57
3.4.3. ¿Es adecuado el mantenimiento de ejercicios en casa?.....	58
3.5. Mantenimiento de un adecuado patrón de eliminación intestinal.	58
3.5.1. Relación directa con una disminución del dolor tras prótesis de cadera.....	58
3.5.2. Postura a adoptar para conseguir un adecuado patrón de eliminación intestinal, en pacientes operado de una PTC.....	61
3.6. Importancia de las visitas en pacientes postquirúrgicos.....	63

3.6.1. <i>Restricciones de visitas frente a puertas abiertas en la unidad de cuidados intensivos (UCI)</i>	63
4. METODOLOGÍA	67
4.1. Diseño.	67
4.2. Sujeto del estudio.	67
4.3. Ámbito y Periodo del estudio.	68
4.4. Procedimiento de recogida de información	68
4.4.1. <i>Fuente de información.</i>	68
4.4.2. <i>Procedimiento de información.</i>	69
4.4.3. <i>Procesamiento de los datos.</i>	70
5. RESULTADOS	73
5.1. Descripción del caso.	73
5.2. Valoración	75
5.3. Diagnósticos de Enfermería.	78
5.3.1. <i>Priorización del diagnóstico de enfermería, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo ÁREA.</i>	84
5.3.2. <i>Justificación del DxE principal.</i>	85
5.4. Problema de Colaboración (PC)/ Riesgo de Complicación.	88
5.4.1. <i>Priorización del riesgo de complicación principal.</i>	89
5.4.2. <i>Justificación del RC principal.</i>	90
5.5. Planificación.	91
5.5.1. <i>Planificación del DxEp.</i>	91
5.5.1.1. <i>Resultados (NOC).</i>	91
5.5.1.2. <i>Intervenciones (NIC)</i>	93
5.5.2. <i>Planificación del RCp.</i>	96
5.5.2.1. <i>Resultados (NOC).</i>	96
5.5.2.2. <i>Intervenciones (NIC)</i>	98
5.6. Ejecución.	100

5.6.1. Cronograma de intervenciones / actividades.....	107
5.7. Evaluación	109
5.7.1. Evaluación del resultado del DxEp.....	109
5.7.2. Evaluación del resultado del RCp.	110
6. DISCUSIÓN	113
6.1. Limitaciones	117
7. CONCLUSIONES	119
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121

FIGURAS.

Figura 1: Recuerdo anatómico de la cadera.....	38
Figura 2: Colocación de prótesis de cadera.....	43
Figura 3: Tratamiento analgésico del dolor.....	49
Figura 4: Escala visual análoga del dolor.....	52
Figura 5: Escala numérica análoga del dolor.....	52
Figura 6: Escala verbal análoga del dolor.....	52
Figura 7: Escala de analgesia de la OMS.....	53
Figura 8: Posición ideal para realizar el masaje.....	59
Figura 9: Dirección del masaje.....	60
Figura 10: Posición ideal, con soporte de elevación y barandillas de apoyo para la sedestación y bipedestación.....	62
Figura 11: Red de razonamiento clínica de los Diagnósticos de Enfermería....	84
Figura 12: Red de razonamiento clínica de los Riesgos de Complicación.....	89

CUADROS.

Cuadro 1. Artículos encontrados y utilizados en las diferentes bases de datos y metabuscadores.....	71
Cuadro 2. Atendiendo a nuestro DxEp, hemos obtenido la puntuación de nuestro NOCp.....	93
Cuadro 3. Atendiendo a nuestro NOCp, hemos obtenido la puntuación de sus indicadores.....	93
Cuadro 4. Atendiendo a nuestro RCp, hemos obtenido la puntuación de nuestro NOCp.....	97
Cuadro 5. Atendiendo a nuestro NOCp, hemos obtenido la puntuación de sus indicadores.....	98
Cuadro 6. Cronograma parte 1.....	108
Cuadro 7. Cronograma parte 2.....	108
Cuadro 8. Atendiendo a nuestro DxEp, hemos obtenido la puntuación de nuestro NOCp.....	109
Cuadro 9. Atendiendo a nuestro NOCp, hemos obtenido la puntuación de sus indicadores.....	109
Cuadro 10. Atendiendo a nuestro RCp, hemos obtenido la puntuación de nuestro NOCp.....	110
Cuadro 11. Atendiendo a nuestro NOCp, hemos obtenido la puntuación de sus indicadores.....	111

ABREVIATURAS.

ABD: Abdomen.

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

AMC: Alergias medicamentosas.

AF: Antecedentes familiares.

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo.

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.

ACP: Auscultación cardiopulmonar.

BEG: Buen estado general.

CyO: Consciente y orientada.

DM: Diabetes mellitus.

DxE: Diagnóstico de enfermería.

DxEp: Diagnóstico de enfermería principal.

DLP: Dislipemia.

Fx: Fractura.

FC: Frecuencia cardiaca.

FR: Frecuencia respiratoria.

G: Gramos.

HTA: Hipertensión.

NIC: Intervención.

IM: Intramuscular.

IV: Intravenoso.

Lpm: Latidos por minuto.

M/P: Manifestado por.

MMII: Miembros inferiores.

MMSS: Miembros superiores.

MG: Miligramos.

MI: Mililitros.

VO: Oral.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PIA: Presión intraabdominal.

PTC: Prótesis Total de Cadera.

Qx: Quirófano.

Rx: Radiografía.

R/C: Relacionado con.

RPM: Respiraciones por minuto.

NOC: Resultado.

NOCp: Resultado principal.

RC: Riesgo de complicación.

RCp: Riesgo de complicación principal.

SatO₂: Saturación de oxígeno.

SF: Suero fisiológico.

SG: Suero glucosado.

T^o: Temperatura.

TA: Tensión arterial.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

RESUMEN.

Introducción y Objetivos: En la actualidad, las fracturas de cadera suponen una gran incidencia en la población anciana. Debido a esto, existen numerosos métodos terapéuticos, destacando entre ellos, la colocación de una PTC. Una vez se haya detectado dicha fractura y tras su tratamiento quirúrgico, muchas son las complicaciones que puede conllevar, siendo la principal el dolor sentido. Por lo tanto, Enfermería participa en todo el proceso asistencial del paciente. Por todo esto, nuestro objetivo principal ha sido describir el papel de Enfermería en el control del dolor producido por la colocación de una PTC.

Metodología: Se ha realizado una investigación cualitativa, mediante el estudio de caso de una paciente de 87 años, en la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) de un hospital de la Región de Murcia, durante el periodo comprendido entre el 4 de septiembre hasta el 27 de octubre de 2019. Resultados: Tras realizar el proceso enfermero mediante la taxonomía NANDA-NOC-NIC, hemos identificado como diagnóstico principal de enfermería DxEp "(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c edades extremas, deterioro de la circulación y procedimiento quirúrgico m/p lesión tisular "y, como riesgo de complicación principal " RC de hemorragia/ formación de hematomas".

Discusión y limitaciones: Numerosos artículos coinciden en la importancia de la participación enfermera, ya que se consiguen mejores resultados con respecto a la reducción del dolor, aportando así, una mayor satisfacción en el paciente. La principal limitación que hemos considerado, ha sido el tiempo, ya que este tipo de pacientes abandonan la UCI tras su estabilización. Conclusiones: Enfermería debe abordar al paciente desde su esfera biopsicosocial. Ésta participa activamente en el postoperatorio inmediato, proporcionando así, una mayor calidad asistencial, favoreciendo su recuperación. La analgesia multimodal es la más eficaz y la administración de mórnicos vía epidural permite una disminución del dolor con menos dosis. La presencia de familiares minimiza la experiencia postraumática y/o postquirúrgica.

Descriptor: Enfermería, Manejo del Dolor, Fractura de Cadera, Cuidados Postoperatorios y Prótesis de Cadera.

ABSTRACT.

Introducción and objetivos: At the present time, hip fractures imply a high incidence on elder population. Due to this, various treatment methods exist, the most important is the total hip replacement. Once this fracture has been detected and after its surgical treatment, numerous complications can occur, with pain being the main one. Therefore, nursing must participate in the whole treatment process. Because of all of this, our main objective has been describing nursings part in controlling the pain produced by placing a total hip prosthesis. Methodology: A qualitative study, case study type was carried out, the subject of the study was a 87-year-old woman who was in an intensive care unit of a hospital in Murcia, from the 4th of september to the 27th of october of 2019. Results: After carrying out a nursing care plan using NANDA-NIC-NOC taxonomy, we identified “(00044) Deterioration of tissue integrity r/t extreme ages, deterioration of blood circulation and surgical procedure m/b tissue injury” as our main nursing diagnose, we also found “hemorrhage CR/ bruise formation” as our main complication risk. Discussion and limitations: Numerous articles agree in the importance of the participation from nurses because the achieve better results in lowering pain, which makes the patient be more satisfied. The main limitation found was time, because this kind of patients leave the intensive care unit after their stabilisation. Conclusions: Nurses must approach patients from their bio-psico-social sphere. This nurse participates in the immediate post-surgical care, granting a better assistance quality, favouring a faster recovery. Multimodal analgesia is the most effective and the administration of epidural morphics allows a pain decrease with a lower dose. The presence of family members minimizes the post-traumatic and/or post-surgical experience.

Keywords: Nursing, Pain management, Hip fracture, Post-surgical care and hip prosthesis.

1. INTRODUCCIÓN.

La fractura de cadera, se define como la rotura de la porción proximal de la cabeza del fémur (hueso del muslo), el cual conforma junto con el hueso coxal la articulación denominada cadera (Rodríguez, 2018).

Una vez se produce dicha rotura, se da paso a su corrección terapéutica, en los casos en los que hay una rotura parcial y sin desplazamiento del hueso afectado, se pueden utilizar métodos conservadores, ejercicio,... Pero en los casos donde la rotura supone una afección grave, poniendo en peligro el bienestar biopsicosocial del paciente, se recurre al tratamiento quirúrgico. Uno de los más usados es la artroplastia total de cadera, es la sustitución tanto de la parte femoral como la acetabular unida a la pelvis, favoreciendo así la vuelta a la normalidad articular de la zona afectada (Saúl, 2017).

Según la OMS, la población anciana se duplicará en el año 2050, pasando a constituir el 22% de la población total (en la actualidad compone el 11% aproximadamente). Además, la población con una edad superior a 80 años aumentara un 40% con respecto a la actual (Rodríguez-Medina, 2015).

Las fracturas de cadera suponen uno de los fenómenos más dados en la población anciana, ya que según Serra et ál. (2012) se estima que el 90% de la incidencia de las fracturas de cadera concurren en personas ancianas, perteneciendo un 78% de éstas al sexo femenino.

Una de las principales causas de las fracturas de cadera son las caídas en sí, debido a la elevada tasa de incidencias existente en toda la población, la cual aumenta en el colectivo anciano, suponiendo esto un serio peligro para la estabilidad física de dicha población. Aunque a las caídas, también hay que añadirle los factores sociodemográficos en los que se encuentre la persona que se cae, tales como la superficie de impacto, los objetos personales,... (Valvas y Gómez, 2019).

La incidencia de las fracturas de cadera en la población ha ido en aumento con el paso de los años. En términos globales, podemos destacar que a principios de siglo se registraron 1,7 millones de fracturas, pero se estima que para el año

2050 esta cantidad oscilará entre 7 y 21 millones de fracturas de cadera (Camacho et ál., 2015).

En Latino América en el año 2016, se registraron elevados porcentajes de fracturas de cadera en la población superior a los 65 años, suponiendo éste un 10,2% con respecto a su grupo de población (López Gavilánez et ál., 2018).

En Europa, más concretamente en el Reino Unido se han registrado aproximadamente unas 86.000 fracturas de cadera durante el 2013, cantidad que va aumentando considerablemente con el paso de los años (Camacho et ál., 2015).

En España, la fractura de cadera supone uno de las principales afecciones funcionales de la población anciana, constituyendo una de las primeras causas de muerte en este tipo de población, debido al elevado número de complicaciones asociadas. Se han registrado 146.383 casos de fractura de cadera. Partiendo del total, un 78% son pertenecientes al género femenino y un 89,1% pertenecientes a la población con una edad superior a los 64 años (Fernández et ál., 2015).

En relación a las comunidades autónomas, Murcia se posiciona como la undécima comunidad autónoma con mayor incidencia en fracturas cadera, con 2.731 casos recogidos (Azagra et ál., 2015).

Con respecto a la artroplastia de cadera, podemos mencionar que presenta una elevada incidencia, ya que en España, se estima que 2,3 de cada mil habitantes, ha sufrido la implantación de una prótesis de cadera, e incluso, dicha relación va en aumento cada año (Andrés, 2014).

Tras la realización de la artroplastia de cadera, se observa que un elevado porcentaje sufre algún tipo de complicación postoperatoria, perjudicando considerablemente la estabilidad funcional del paciente intervenido (González-Vélez et ál., 2016).

La principal complicación de la intervención quirúrgica es el dolor asociado a la operación, el cual los pacientes lo describen como un dolor agudo, punzante e incapacitante. Hasta incluso, aquellos pacientes cuyo nivel de dolor es muy alto

y tienen una edad avanzada, podrían desencadenar episodios de delirio, lo que supone un perjuicio grave para la salud mental de los mismos. Así mismo, se ha demostrado que aquellos pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, refieren poseer mayor dolor cuando sus seres queridos no están con ellos (Vilchis-Rentería y Zaragoza-Lemus, 2012).

Según los datos del estudio realizado por Arce, entre 1997 y 2007, se observa como las complicaciones hemodinámicas suponen un riesgo añadido a la recuperación postquirúrgica inmediata, ya que durante las primeras horas tras la operación existe un riesgo de 6,7% de sufrir cualquier alteración hemodinámica, generando un aumento de la mortalidad de un 0,8% (Arce, 2009).

En otro estudio se demostró, a partir de una muestra de 426 pacientes que sufrieron una intervención quirúrgica para la colocación de una prótesis de cadera, las dos complicaciones con mayor incidencia, las cuales fueron la subluxación temprana de la cadera con un 3,6% (debido a la realización de una movilización inadecuada en el 1,2% de los casos) y el 1,8 % de ellos, presentaron una infección temprana de la herida quirúrgica. Lo que supuso una tasa elevada de reintervención, correspondiéndose en un 2,7% del total de la muestra (Páez, 2006).

Vemos importante la realización de una investigación cualitativa, ya que las fracturas de cadera son un fenómeno muy común en todo el mundo. Además, una gran parte sufre complicaciones asociadas, tales como mayor dificultad para defecar y un gran aumento del dolor. También queremos relacionar el manejo del dolor, con las visitas de sus seres queridos durante su estancia hospitalaria y con una movilización precoz. El adecuado conocimiento de estos elementos, los consideramos de gran importancia para el crecimiento profesional de Enfermería y para conseguir mejorar la esfera biopsicosocial del paciente.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo General.

Describir el papel de Enfermería en el control del dolor producido tras la colocación de una prótesis total de cadera (PTC).

2.2. Objetivos Específicos.

- Identificar los tratamientos analgésicos y su adecuación en pacientes intervenidos de una PTC.
- Exponer la importancia del papel de Enfermería en los cuidados postquirúrgicos de estos pacientes.
- Conocer la relación entre la remisión del dolor y la presencia de los familiares.
- Elaborar un plan de cuidados basándome en las taxonomías NANDA, las clasificaciones NIC, NOC y los problemas de colaboración de Lynda Juall Carpenito, en una paciente operada quirúrgicamente de una PTC.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Fractura de Cadera.

3.1.1. Definiciones.

3.1.1.1. Definición de fractura.

Una fractura supone la discontinuidad en los huesos afectados, debido principalmente a golpes, al efecto producido por una sobrecarga de los huesos o a una tracción motora cuya fuerza supere con creces la elasticidad soportada por el propio hueso. Hay dos tipos de fractura en general, los cuales se corresponden a fracturas traumáticas (en personas sanas) o fracturas patológicas (en personas poseedoras de alguna enfermedad) (Saúl, 2017).

3.1.1.2. Definición de fractura de cadera.

En lo referente a fractura de cadera, podemos decir que suele referirse a fracturas de la cabeza del hueso del muslo (fémur), del trocánter del fémur o de la zona intertrocantérica. Otra forma de definir las fracturas de cadera, alude a llamarlas de forma coloquial como “grieta” o “rotura” de la parte más proximal a la articulación de la cadera del fémur. Éstas a su vez, pueden ocurrir en dos localizaciones, en el interior de la articulación de la cadera, recibiendo el nombre de intracapsulares o en el exterior de dicha articulación, recibiendo el nombre de extracapsulares (Rodríguez, 2018).

3.1.2. Recuerdo anatómico de la cadera.

La articulación de la cadera, se corresponde con una articulación de diartrosis de tipo enartrosis, ya que permite que la cabeza del fémur encaje y rote (hasta un máximo de 130°), en el interior del acetábulo (siendo ésta una cavidad cóncava) (Saúl, 2017).

Este complejo, se encuentra recubierto por una cápsula de líquido sinovial, la cual permite el movimiento con facilidad de las dos zonas óseas que

se hallan en contacto, facilitando su desplazamiento sin producir daños en ambos huesos (Marín et ál., 2016).

A su vez, ambos huesos también esta recubiertos de un elemento cartilaginoso, formado por numerosos condrocitos. Este cartílago está formado por sustancias muy importantes para el hueso, ya que es el elemento que le proporciona elasticidad y resistencia a los problemas mecánicos que puedan surgir. Sin embargo, en aquellas situaciones en las que se produce una fractura, la regeneración del tejido cartilaginoso es escaso, debido a que la irrigación vascular a la zona afectada, es deficiente y a que en las personas de edad avanzada los condrocitos dejan de renovarse (Saúl, 2017).

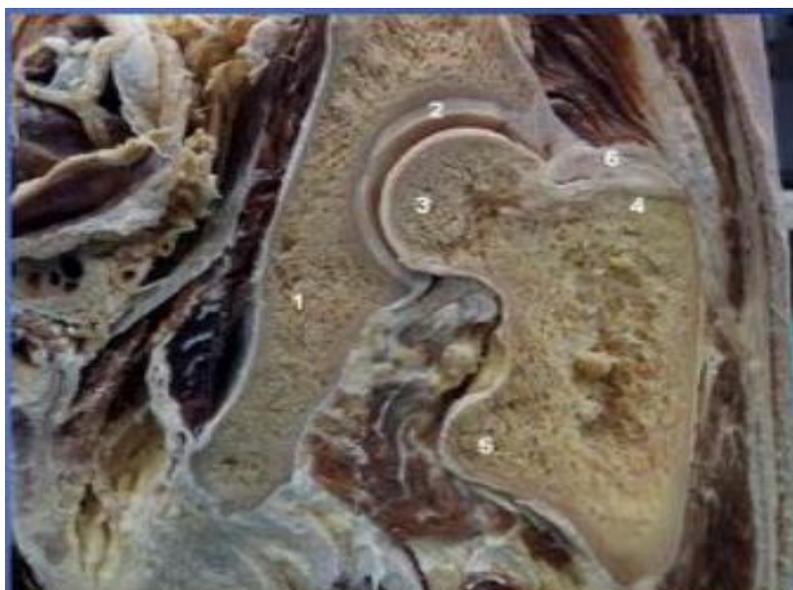


Figura 1. Recuerdo anatómico de la cadera. Fuente: Cegarra et ál. (2018).

En la Figura 1 podemos observar las zonas descritas anteriormente, ya que observamos el hueso ilíaco, con el acetábulo (número 1), el cartílago articular (número 2), la cabeza del fémur que encaja perfectamente con el acetábulo (número 3), el trocánter mayor (número 4), el trocánter menor (número 5), y los ligamentos y la cápsula de articulación (número 6).

3.1.3. Mortalidad.

Atendiendo a la tasa de mortalidad de pacientes que sufren una fractura de cadera a nivel mundial, cabe destacar que sobre el 5% y el 10% fallecen en el primer mes postoperatorio, y entre el 10% y el 20% fallecen durante el primer

año de la operación quirúrgica. Sin embargo, transcurrido un año tras la operación quirúrgica, la tasa de mortalidad se iguala con la población general de su misma edad (Mariblanca, 2012; Negrete et ál., 2014).

Además, existen diversos factores que influyen negativamente en la mortalidad en pacientes con fractura de cadera, así como la edad, el género, el estilo de vida, padecer alguna enfermedad,... Por lo tanto, al intentar evitar aquellos factores modificables, se consigue una considerable disminución de la mortalidad. Como por ejemplo, en los pacientes que se encuentran en la fase aguda de alguna enfermedad, estaría indicado el retraso de la operación quirúrgica en casos no urgente, hasta la consecución de la denominada estabilización terapéutica, ya que este tipo de pacientes tienen una mayor probabilidad de fallecer por alguna complicación (Valdés et ál., 2018).

3.1.4. Factores de riesgo.

Son factores de riesgo se dividen en dos grupos según Mariblanca (2012) y Muñoz et ál. (2018):

Modificables en su totalidad o parcialmente:

- Problemas óseos: Estos problemas contribuyen a la disminución de la densidad ósea, facilitando la producción de la fractura (osteoporosis).
- Demencia: Se ha demostrado que los pacientes que sufren una fractura de cadera son diagnosticados en cierto grado de demencia.
- Trastornos neurológicos.
- Enfermedades crónicas.
- Problemas visuales.
- Fracturas de cadera recidivantes.
- Caídas previas.
- Polimedicados.
- Consumo frecuente de hábitos tóxicos.
- Bajo peso corporal: Las personas que presentan cierto grado de sobrepeso, tienen menor riesgo de sufrir fracturas, ya que el tejido cartilaginoso, adiposo y óseo, es mayor con respecto a las personas con un índice de masa corporal menor a 18,5.

- Pacientes institucionalizados.

No Modificables:

- Edad: Aquellos con edad superior a los 65 años, aumentan considerablemente los riesgos de sufrir una fractura de cadera.
- Sexo: El 80% aproximadamente de las fracturas de cadera, las padece el sexo femenino.
- Raza: Los pacientes de raza blanca presentan una mayor incidencia de sufrir una fractura de cadera.
- Estatura: Aquellos pacientes de estatura alta, presentan mayor riesgo comparado con aquellos de estatura media, debido a que los huesos son más largos.

3.1.5. Medidas preventivas.

Mediante los estudios de Mariblanca (2012) y Gentilini (2005), sabemos cuáles son las medidas no farmacológicas más eficaces para disminuir la incidencia de las fracturas de cadera en el anciano:

- Evitar la disminución de la masa ósea, mediante la ingesta de alimentos ricos en calcio y en vitamina D (ambos son esenciales para garantizar un adecuado metabolismo óseo), mantener una dieta saludable, anular o disminuir la ingesta de alcohol y/o de tabaco.
- Realización constante de ejercicio físico, atendiendo a las limitaciones y complicaciones que pueda padecer el paciente.
- Empleo de soportes externos para evitar y/o disminuir las caídas, tales como bastones, andadores,...
- Reducción de los factores ambientales que faciliten la caída en una persona con movilidad reducida, o que padece cierto grado de deterioro funcional.

- Tratamiento eficaz de las limitaciones sensoriales, tales como pérdida de audición, problemas visuales,...

3.1.6. *Diagnóstico.*

El método de diagnóstico de una fractura de cadera se considera un elemento muy importante. Aproximadamente el 15% de dichas fracturas no son desplazadas, por lo que los cambios obtenidos en una radiografía (Rx) serán mínimos, si los comparamos con una Rx de una persona sin fractura (Muñoz et ál., 2018).

Se puede diagnosticar una fractura de cadera grave con facilidad, debido a que la mayoría de estos pacientes manifiestan dolor en la zona afectada, dificultad para apoyar, o hasta incluso para caminar. No obstante, es imprescindible la realización de una Rx, el uso de la historia clínica y la realización de un examen físico meticuloso. En aquellos casos en los que hay dudas diagnósticas mediante los elementos mencionados anteriormente, se remitirá a la realización de una resonancia magnética, ya que esta prueba permite una visualización completa de la zona afectada, facilitando una visión más nítida (Muñoz et ál., 2018).

3.1.7. *Complicaciones de las fracturas de cadera.*

En aquellas fracturas cuyo abordaje terapéutico es tardío, pueden producirse dos complicaciones muy graves, lo que supone un aumento considerable de la mortalidad. Estas complicaciones se corresponden con la producción de necrosis ósea en la cabeza del fémur (debido a que con la fragmentación ósea, la irrigación sanguínea se ve perjudicada, produciendo necrosis de la zona circundante a la lesión), y a la defectuosa solidificación ósea. También se puede producir artritis a partir de una fractura, debido al daño que sufre el cartílago situado en la zona lesionada (Bolaños, 2017).

3.1.8. *Clasificación de las fracturas de cadera.*

Según López (2012) y Bolaños (2017), las fracturas de cadera se clasifican de la siguiente manera:

- Fractura de la cabeza femoral.

- Fractura intracapsulares: Son aquellas que engloban el cuello del fémur.
- Fractura extracapsulares: Son aquellas que engloban la zona interna del trocánter.
- Fracturas subtrocantéricas: Son aquellas localizadas por debajo del trocánter del fémur.
- Fracturas de cadera con desplazamiento (manejo más dificultoso) o sin desplazamiento.

3.1.9. Tratamiento corrector.

Tratamiento ortopédico: A día de hoy, este método terapéutico es muy poco utilizado debido principalmente, a que requiere una estancia hospitalaria muy prolongada, y sus resultados son peores en comparación con el tratamiento quirúrgico. Por esto, la mayoría de las fracturas de cadera son tratadas mediante el tratamiento quirúrgico. Mayoritariamente, este tipo de tratamiento, se utiliza en aquellos pacientes que se hallan institucionalizados, de edad avanzada y con una fractura de cadera ínfima, por lo que su paso por quirófano supondría un mayor riesgo que beneficio. El tratamiento ortopédico, pretende conseguir el mayor grado de estabilidad funcional posible (Muñoz et ál., 2018).

Las fracturas intracapsulares sin desplazamiento producidas en personas de elevada edad, son propensas a la elección de este modo de tratamiento, ya que mediante el uso de analgésicos, reposo diario y movilizaciones pasivas se logra su adecuada corrección. Por el contrario, en el caso de las fracturas extracapsulares, si se usa un tratamiento conservador, se debe utilizar la tracción mecánica mantenida de dos a tres meses. Haciendo referencia a los ancianos, por lo general son personas débiles, cuya capacidad de aguantar una inmovilización prolongada sería prácticamente nula. Debido a esto, el anciano podría entrar en un estado de pérdida de la capacidad funcional, y por lo tanto de deterioro de movilidad física y de dependencia (Muñoz et ál., 2018).

Tratamiento quirúrgico: en caso de elección del tratamiento quirúrgico, se deberá realizar durante el primer día del suceso, ya que si se prolonga su intervención quirúrgica, aumenta considerablemente la probabilidad de sufrir

complicaciones y/o mortalidad en el periodo posoperatorio. A no ser, de que el retraso de la intervención quirúrgica venga por lo mencionado anteriormente, cuya finalidad sea estabilizar un proceso agudo de otra enfermedad, que esté produciéndose en el paciente. Dependiendo del tipo de fractura establecida, el tratamiento quirúrgico podrá ser osteosíntesis del cuello femoral o artroplastia de cadera total o parcial (Muñoz et ál., 2018).

Además, hay que tener en cuenta que la aparición de una infección, podría retrasar el tratamiento corrector establecido, por lo que el uso de antibioterapia en el momento previo o durante la realización del procedimiento quirúrgico, ha demostrado que ha reducido las tasas de incidencia de las infecciones en el periodo postquirúrgico, y el tiempo de espera de los pacientes para recibir su pertinente tratamiento (Palomino et ál., 2016).

3.2. Artroplastia de cadera.

3.2.1. Definición.

La colocación de una prótesis de cadera es un procedimiento, a través del cual se consigue una sustitución efectiva de la articulación afectada por una articulación artificial, como se puede observar en la Figura 2. El principal indicador de la colocación de la prótesis, supone el alivio del inmenso dolor que padecen este tipo de pacientes, para así conseguir un adecuado retorno de la actividad funcional (Cuichán, 2018).



Figura 2. Colocación de prótesis de cadera. Fuente: Gordon y Starkebaum (2017).

3.2.2. Elementos que componen la prótesis de cadera.

Generalmente, se pueden dividir las prótesis de cadera en tres componentes según los autores Fariña (2014) y Cuichán (2018):

- Cabeza femoral: Elemento que sustituye a la cabeza femoral afectada. Permite la conexión entre el vástago y el cótilo.
- Acetábulo o cótilo: Esta pieza se ha de adaptar a la pelvis, y es la que permite el engranaje con la cabeza femoral.
- Vástago del fémur: Es una pieza alargada que le proporciona una mayor rigidez y firmeza a la prótesis.

3.2.3. Clasificación de tipos de prótesis de cadera atendiendo a la zona lesionada.

Haciendo uso de la clasificación propuesta por Cuichán (2018) y Mendoza (2017), las podemos clasificar en tres tipos diferentes de prótesis de cadera:

- Prótesis de cadera total: Alude a la sustitución de toda la articulación de la cadera. Esto por lo tanto conlleva, la utilización del vástago femoral, el cótilo y de la cabeza del femoral.
- Prótesis de cadera parcial: Alude a la sustitución de la cabeza femoral, manteniendo íntegro el resto de los componentes de la articulación de la cadera.
- Recubrimiento superficial de la articulación de la cadera: Supone la realización de un revestimiento artificial en la cabeza femoral. Se realiza en pacientes jóvenes que presentan un deterioro de dicha articulación, pero no ha llegado a producirse la fractura.

3.2.4. Complicaciones.

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

venosa profunda, afectación de nervios a nivel periférico y dislocación. Además, de forma tardía pueden presentar osteolisis o aflojamiento. La complicación denominada aflojamiento aséptico, supone la complicación más común con el paso del tiempo, lo que conduce a la producción de un alto nivel de dolor agudo (Bucholz, 2014).

3.3. Dolor.

3.3.1. Definición.

El dolor es un término con una elevada dificultad para ser definido, ya que éste, hace referencia a una dimensión propia de cada ser humano, pudiendo referenciarlo incluso como algo personal de cada paciente. El dolor, puede ser causado por multitud de motivos, ocasionar innumerables sensaciones perjudiciales para el paciente, pudiendo influir incluso en cualquier nivel de la esfera biopsicosocial, según Sepúlveda (2018). Es por esto, que la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como un aspecto de origen sensitivo y emocional desagradable para el paciente, que es acompañado de daño a nivel tisular actual o potencial. A su vez, el dolor puede existir en la persona sin la necesidad de que haya daño tisular evidente. Esta organización también refiere y citamos textualmente, “el dolor es lo que el paciente dice que es” (Sepúlveda, 2018, p.128).

Recientemente, en el artículo de López y Rivera se describe una nueva modificación de la definición propuesta por la IASP. Ésta hace referencia a: “El dolor es una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales” (2018, p. 342).

Además, queda recogido en el artículo de Sepúlveda, una serie de pautas que favorezcan la comunicación y una descripción efectiva del dolor entre los profesionales sanitarios. Para ello, la IASP propone unos ítems que facilitan el lenguaje del dolor entre los distintos profesionales de Enfermería que abordan este aspecto. Hacen referencia a cinco ítems: “1. Región Afectada; 2. Sistema involucrado; 3. Características del dolor en el momento de

la aparición; 4. Intensidad expresada por el paciente; 5. Etiología” (2018, p.127).

3.3.2. Tipos de dolor.

Se pueden realizar dos clasificaciones, atendiendo a la duración del dolor y a su patogenia.

3.3.2.1. Según la duración del dolor.

3.3.2.1.1. Dolor Agudo.

El dolor agudo, es aquel que aparece de forma inesperada y cuya sensación se mantiene durante un corto tiempo de acción. Éste, puede ser debido a una lesión a cualquier nivel del organismo, o a un problema muscular o visceral sin manifestar ningún deterioro a nivel tisular (Rosa-Díaz et ál., 2014).

El dolor producido tras una intervención quirúrgica, es generado por el trauma a nivel tisular, con su consecuente afectación visceral o somática, generando así, el denominado estímulo nocivo. Éste, participa en la activación de los nociceptores, dando lugar a la producción de una sensibilización periférica (hiperalgesia primaria). Una vez que se haya dado la primera hiperalgesia, se facilita la llegada de estos estímulos nocivos a la médula. Si los estímulos de dolor agudo se mantienen en el tiempo, dará lugar a la segunda hiperalgesia, afectando a nivel central y convirtiendo el dolor agudo en dolor crónico postoperatorio (Rosa-Díaz et ál., 2014).

3.3.2.1.2. Dolor Crónico.

El dolor crónico, es definido como la persistencia del dolor agudo durante uno o más meses. El dolor agudo se entiende como aquel acompañado de una enfermedad aguda, mientras que el dolor crónico se ha de entender como una enfermedad por sí misma (Sepúlveda, 2018).

Este tipo de dolor facilita la afectación en el nivel psicológico (miedo, estrés, ansiedad,...) y social (personales, laborales,...). Estos componentes, aunque se muestran independientes de la enfermedad que padezca el

paciente, afectan perjudicialmente al transcurso de la misma. Por lo que, el trato al paciente de forma biopsicosocial cobra una gran importancia y sentido, en el manejo del dolor (González, 2014).

El artículo de Gutiérrez (2014) nos demuestra la importancia de modificar el trato al paciente, ya que éste suele realizar mediante un modelo unidimensional, centrándose en el tratamiento al dolor según sea la lesión tisular. Mientras que el más adecuado, sería el modelo multidimensional, focalizando todos los aspectos requeridos por el paciente para conseguir un adecuado abordaje del dolor. De esta manera, conseguiríamos una mejor concienciación de los enfermos sobre sus recursos sociales, personales, familiares y sanitarios. Por lo tanto, el objetivo de Enfermería en el manejo del dolor crónico, sería que el paciente sea capaz de afrontar el dolor, realizando de esta manera una mejoría en la calidad de vida.

3.3.2.2. Según la patogenia del dolor.

3.3.2.2.1. Dolor Psicógeno.

Según Sepúlveda (2018), el dolor psicógeno hace referencia a una mala interpretación psicológica del dolor sentido, acompañado o no de destrucción tisular. Se produce una desviación y amplificación de los impulsos dolorosos, debido a la acción de problemas psicológicos asociados a la aparición de dicho dolor, tales como ansiedad, irritabilidad,...

3.3.2.2.2. Dolor Neuropático.

El dolor neuropático, es definido como aquel dolor crónico, producido por una enfermedad que afecta a nivel del sistema nervioso central o periférico. Éste, genera una sensación “nueva” de dolor, por lo que a los pacientes muestran mayor dificultad para expresarlo. La sintomatología asociada al dolor neuropático refiere disestesia, hiperalgesia y alodinia. Puede generarse sin la evidencia clara de la aparición de un estímulo nocivo (Maritza, 2014).

3.3.2.2.3. Dolor Somático.

El dolor somático, es aquel que se produce por un deterioro de la integridad física, el cual facilita la activación de los nociceptores. Este dolor, se define como localizado y fácilmente descrito por el paciente (Sepúlveda, 2018).

3.3.3. Profilaxis analgésica previa a la intervención quirúrgica.

Se ha demostrado que con la administración de medicamentos analgésicos (opioides o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)) en el momento previo a la realización de la intervención quirúrgica, se consigue un importante descenso del dolor agudo en la etapa del postoperatorio inmediato. Por lo que esto, permite al colectivo enfermero mantener un control más satisfactorio del dolor, generalizado en el momento posterior a la intervención quirúrgica (Díaz-Heredia et ál., 2015; Rodríguez, 2020).

3.3.4. Tratamiento analgésico más eficaz en pacientes con prótesis de cadera y alta edad.

En la siguiente Figura 3, la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece tres eslabones de utilización para el correcto abordaje del manejo del dolor.

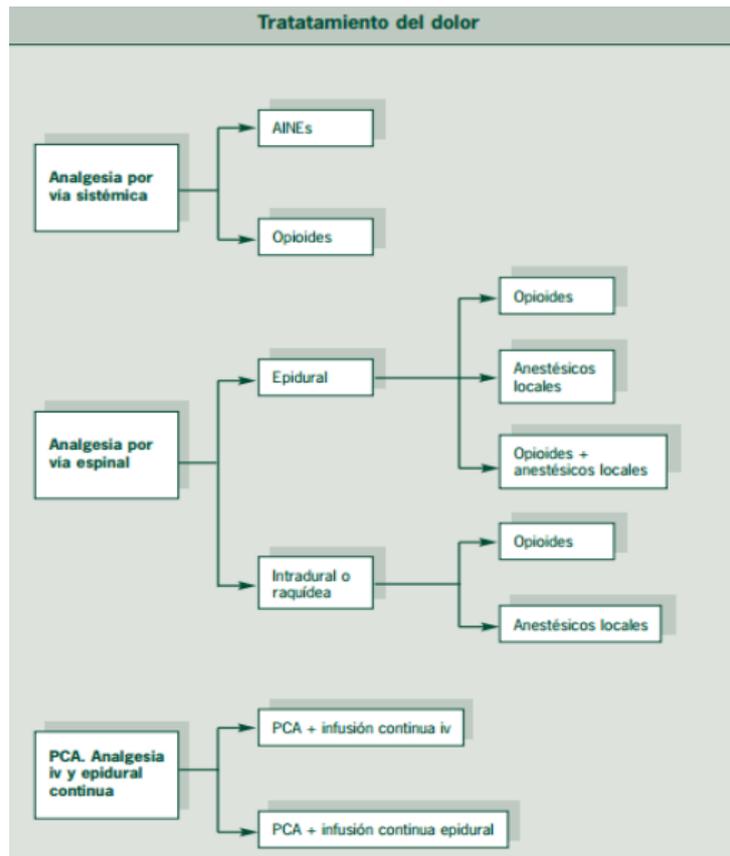


Figura 3. Tratamiento analgésico del dolor. Fuente: Tandazo (2014)

A su vez, podemos mencionar que una artroplastia de cadera, se considera como una cirugía de mediana gravedad, la cual supone el uso del segundo o tercer eslabón debido al alto y mantenido dolor agudo que pueden llegar a sufrir los pacientes. También, hace mención al supuesto grupo de riesgo del paciente, ya que si éste presenta una elevada edad, hay mayor probabilidad de que el fármaco utilizado, si se corresponde al primer eslabón no sea eficaz. Esto es debido principalmente, a las resistencias que puede haber creado dicho colectivo durante su vida (Tandazo, 2014).

La sociedad americana del dolor nos facilita una serie de recomendaciones para conseguir un óptimo manejo del dolor postoperatorio, entre las que destacamos: analgesia multimodal, elección de la vía de administración epidural y uso de mínimas dosis de analgesia de categoría opioide (Esteve-Pérez et ál., 2017).

Mediante el estudio generalizado de Ojeda et ál. (2018), hemos podido obtener información acerca de cuál es el analgésico más efectivo para la disminución del dolor en pacientes afectados de una artroplastia de cadera. La Morfina de 1 microgramo multiplicado por el peso del paciente haciendo uso de la vía intratecal, sería el fármaco elegido, ya que permite la disminución satisfactoria, duradera y fiable del dolor. Además, si el dolor no disminuye con la administración de dicha droga, se podría hacer uso de analgesia de rescate, administrando ketorolaco unido al paracetamol, ya que se realiza un tratamiento unimodal con un AINE o un opioide, no se abarcaría un adecuado control del dolor. Este tratamiento, por lo tanto debe ser de carácter multimodal y preventivo.

La elección para la administración de la morfina sería la vía epidural, ya que se consigue una mejor y mayor distribución del opioide a través de la duramadre, el líquido cefalorraquídeo y el sistema nervioso central. Gracias a esto, se hace uso de una menor dosis de la droga elegida, si se realiza la administración vía epidural, obteniendo los mismos resultados que si se hiciese uso de otra vía de administración con su respectiva dosis, la cual siempre sería mayor que la propuesta anteriormente para conseguir un efecto satisfactorio para el paciente, según Mercanoğlu et ál. (2013). Esto conlleva, un memorable decrecimiento de los efectos adversos que pueden surgir con la administración de la morfina, disminuyendo por tanto la probabilidad de padecer náuseas, cefaleas, retención urinaria o prurito, entre otros. La vida media de este fármaco administrado vía intratecal, supone de unas 18-24 horas, permitiendo al paciente una mejoría de la sintomatología física y funcional. Esto anterior, permite una mayor facilidad para que el paciente comience la movilización precoz, disminuyendo así el riesgo de padecer cualquier problema asociado a la inmovilización, ya que el dolor es un incapacitante de la correcta y temprana movilización del paciente (Morales, 2015).

Por otro lado, para aquellos pacientes que se nieguen a la administración de la analgesia vía intratecal, o directamente suponga un riesgo añadido su administración, se podría administrar otro tipo de fármacos. Atendiendo al estudio de Fernández-Castillo et ál. (2016), los fármacos elegidos serían la combinación de paracetamol con un AINE, ya que se ha

conseguido demostrar que la combinación de ambos reduce en un 50% aproximadamente el consumo de opioides. Esto conlleva, a la disminución de las complicaciones asociadas al uso de morfínicos.

También, se podría hacer uso de cualquier otro opioide administrado vía intravenosa para conseguir una disminución del dolor. No obstante, supone un aumento del riesgo al que se exponen los pacientes, ya que el número de los efectos adversos son muy elevados, debido a que la dosis necesitada para obtener un abordaje eficaz del dolor, es mayor con respecto a las rutas terapéuticas mencionadas anteriormente (Harkouk et ál., 2018).

3.3.5. *Cómo se valora el dolor.*

La medición del dolor, es un aspecto con una elevada complejidad, debido principalmente a la vertiente subjetiva y multidimensional que demuestra, según Zúñiga y Tarraza (2018). Por esto, podemos decir que la mejor manera de conseguir una adecuada medición del dolor es preguntándole al paciente directamente, aunque deberíamos tener en cuenta la vertiente psicológica o emocional, ya que puede hacer que modifique severamente el resultado del dolor percibido.

Según González-Estavillo et ál. (2018), un elemento muy útil para realizar una efectiva medición del dolor, son las escalas analógicas de medición del dolor, éstas se pueden dividir en tres tipos diferentes:

La escala visual analógica del dolor, supone la realización de una línea vertical u horizontal de diez centímetros de longitud, los cuales se corresponden a los niveles de dolor que puede sentir el paciente desde cero (no dolor) hasta diez (el peor dolor posible), como podemos observar en la Figura 4.

Esta escala presenta una gran utilidad, puesto que los pacientes nos manifiestan su nivel de dolor de forma fácil, clara y concisa. Es la más utilizada a nivel mundial.

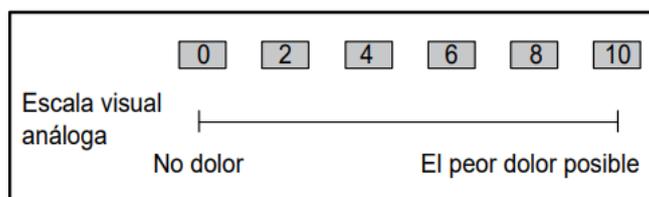


Figura 4. Escala visual análoga del dolor. Fuente: González-Estavillo et ál. (2018).

La escala numérica análoga del dolor, consiste en una secuencia numérica de cero hasta diez (Figura 5), la cual muestra mucha facilidad para clasificar el nivel de dolor. Como presenta la numeración, se ha utilizado para observar la eficacia del tratamiento analgésico administrado.

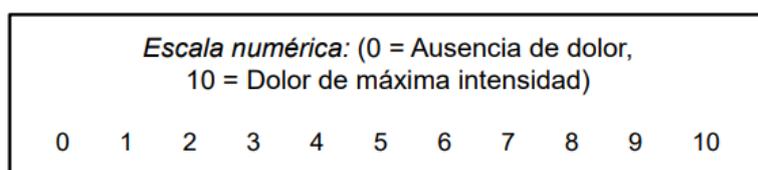


Figura 5. Escala numérica análoga del dolor. Fuente: González-Estavillo et ál. (2018).

La escala verbal análoga del dolor, consiste en una exposición descriptiva de la intensidad del dolor, desde ausente, leve, moderado, hasta intenso (Figura 6). Presenta múltiples ventajas en su utilización, pero también manifiesta más complicaciones que las dos escalas anteriores, ya que es dependiente del idioma y requiere que el paciente comprenda y que no posea ninguna alteración mental.

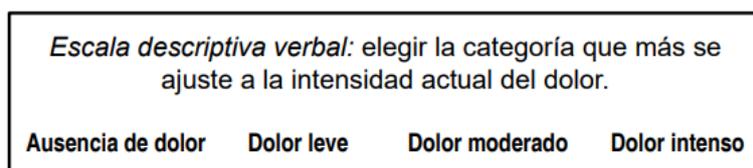


Figura 6. Escala verbal análoga del dolor. Fuente: González-Estavillo et ál. (2018).

Además, también es importante para realizar una valoración multimodal, mencionar la escala analgésica propuesta por la OMS, mostrada en la Figura 7. La cual, divide en cuatro niveles la analgesia existente, aumentando la potencia de los analgésicos conforme avanzamos en dichos niveles.

Escala analgésica de la O.M.S.			
			Escalón IV
Escalón I	Escalón II	Escalón III	
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos ± Escalón I	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
----- Paracetamol AINE Metamizol	----- - Codeína Tramadol	----- -- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Figura 7. Escala de analgesia de la OMS. Fuente: Puebla (2013).

3.3.6. Papel de Enfermería.

Desde los inicios de la humanidad, la persona siempre ha ido acompañada de enfermedad y de dolor. Es por esto, que la población siempre ha tenido que buscar métodos, los cuales sirvan para disminuir o eliminar el dolor sentido, ya bien sea, a nivel personal, institucional o gubernamental. Gracias a esto, la población ha podido dar grandes pasos en el manejo del dolor, aportando cada vez más nuevas técnicas, tratamientos,... Todos estos cambios mencionados anteriormente, implican directamente al personal de Enfermería, ya que éste es el más cercano al paciente (Moscoso, 2013).

Es importante conseguir un adecuado manejo del dolor en actuaciones postquirúrgicas, ya que se considera que este tipo de dolor agudo, está infravalorado y en la mayoría de los casos no se actúa de forma adecuada para conseguir una liberación total del dolor. Según el estudio de Machado-Alba et ál. (2013), podemos decir que en la mayoría de los pacientes que han sufrido una operación quirúrgica, durante las primeras cuatro horas, aún mantienen niveles altos de dolor, ya bien sea por nula terapia analgésica, escasa terapia analgésica o incluso por no abordar sus necesidades esenciales (Goberna Iglesias et ál., 2014).

El dolor, no es una sensación que se permita evitar después de realizar un procedimiento quirúrgico, o después de padecer una situación traumática, pero sí se puede aliviar, y para ello, Enfermería tiene un papel muy importante, ya que en gran medida, son los profesionales sanitarios que están en mayor contacto con los pacientes.

Gómez y Cecilia (2014) proponen una serie de retos que debe implementar Enfermería en su metodología de trabajo, y mediante los cuales, nos permitirá abordar de forma más eficaz el manejo del dolor:

- **El primer reto**, alude a la comprensión de los cambios culturales, de significado y entendimiento que ha sufrido el término “alivio del dolor”. Así, conseguiríamos una adecuada comprensión más efectiva del pensamiento del paciente acerca del dolor, entendiéndolo desde su punto de vista, y no desde la visión científica, paradigmática y por lo tanto general, que se nos ha propuesto desde el inicio de la formación en la práctica enfermera.
- **El segundo reto**, consistiría en definir de forma eficaz y sensata una ruta de actuación para conseguir de forma efectiva ese alivio del dolor, no olvidando que la base de la práctica enfermera es el cuidado. Para conseguir adecuadamente este eslabón, Enfermería debe saber cuál es su fundamento acerca de la prevención y alivio del dolor en pacientes que se encuentren en grupos de riesgo (niños, ancianos, crónicos, pacientes quirúrgicos,...).
- **El tercer reto**, supone la formación académica en conceptos referentes al dolor, tales como: mecanismo de acción, tipos, tratamientos,... Estos conocimientos, deben provenir no solamente de las academias o escuelas formadoras del personal de Enfermería, sino también del interés del propio profesional y de la experiencia adquirida con el paso del tiempo.
- **El cuarto reto**, alude a la puesta en práctica de lo mencionado anteriormente, siempre en función de cada paciente, abordándolo de forma personal y no general (protocolaria).

Para concluir este apartado, la naturaleza de la profesión de Enfermería es el cuidado al paciente, mostrándose de la forma más cercana posible. Esto, nos permite abordar el manejo del dolor desde una perspectiva más humana y digna, atendiendo todas las necesidades biopsicosociales que se presente. El respeto a un paciente que manifiesta dolor, nos permite evitar la agudización repentina del dolor, ya que la práctica sanitaria tiende a despersonalizar el dolor en muchos de los casos de forma inconsciente, ignorando que la enfermedad, actos traumáticos o intervenciones quirúrgicas, entre otras causas que producen dolor, y por lo tanto se han de abordar de forma diferente y no de manera general (Gómez y Cecilia, 2014).

3.4. Movilización precoz en pacientes con prótesis de cadera.

3.4.1. Relación de la movilización precoz con la disminución del dolor.

Durante los primeros días del postoperatorio, se buscará reducir la sintomatología física y relacionada con la herida, ya que los niveles de dolor que padecen este tipo de pacientes, les impide iniciar las movilizaciones adecuadas. Al cabo de unos días o cuando mantengan un nivel de dolor leve/moderado, ya se podrá inducir la realización de una movilización precoz, según Andrés (2014). Por lo tanto, definimos las movilizaciones precoces como un proceso que tiene como objetivo producir un estímulo motor y sensitivo, que le ayude a combatir el ingreso en la unidad de cuidados intensivos, disminuya los niveles de dolor y favorezca la recuperación de su estado de salud.

Además, existen una serie de complicaciones si la movilización se realiza de forma tardía o pasiva, éstas se corresponderían a trombosis venosa y a infecciones. No obstante, ambas están bien controladas mediante la administración de profilaxis y a la realización de movilizaciones precoces (Cuichán, 2018; Avendaño et ál., 2016).

Los pacientes que son sometidos a una artroplastia de cadera, mantienen un menor umbral de dolor, ya que es un tipo de intervención que favorece la realización de movilización de carácter precoz, consiguiendo de

este modo una recuperación total de la capacidad funcional que presentaba en el momento previo a la fractura (Araujo y Alejandro, 2013).

La realización de la práctica enfermera y fisioterapéutica de forma combinada, ha supuesto un gran avance en la recuperación de los pacientes operados de una prótesis de cadera, ya que se ha conseguido una disminución del dolor, por lo tanto, del uso de analgesia (disminuyendo así los efectos adversos asociados a su administración), del estrés postquirúrgico, de las náuseas y de los vómitos (Fernández et ál., 2015).

Las movilizaciones precoces, se han de realizar en pacientes operados de prótesis de cadera con la finalidad de evitar una posible luxación de la prótesis, facilitar la recuperación de la actividad funcional, tonificar la musculatura circundante a la zona intervenida, disminuir el dolor y las complicaciones asociado a la herida y a la estancia prolongada en la cama. Además, se ha demostrado que uno de los principales tratamientos para aliviar el dolor, es la realización de ejercicios de la forma más precoz como sea posible (Pagès et ál., 2007).

Cuichán (2018) expone una serie de ejercicios, los cuales se deben realizar en el postoperatorio a los pacientes que han sufrido una artroplastia de cadera, con la finalidad de disminuir el dolor y recuperar la capacidad funcional:

- Una de las primeras consideraciones, será conseguir la disminución del edema. Para ello, se debe colocar al paciente en decúbito supino, flexionando los miembros inferiores en un ángulo de 60°. Otra forma de eliminar el edema, será mediante la sedestación del paciente en la cama, y además, realizando rotación externa e interna con los tobillos, facilitando así la circulación sanguínea.
- Cambios posturales para prevenir la formación de úlceras por presión.
- Fisioterapia respiratoria, ya que para conseguir un estado óptimo de ejercicio, se deberá ajustar la respiración al ejercicio realizado. De esta forma se exhalará aire durante la realización del ejercicio y se inhalará

durante el periodo de descanso, consiguiendo así una respiración acompasada.

- Realizar contracciones musculares en la zona de los glúteos y cuádriceps en estático (si el estado de salud del paciente lo permite).
- Tras haber transcurrido dos días de la intervención quirúrgica, se podrá añadir el apoyo parcial del peso sobre andadores o muletas, pero sin introducir la marcha, ya que ésta deberá introducirse transcurridos diez días aproximadamente.
- Estiramientos de Thomas, estos deben realizarlos pasados tres días de la intervención quirúrgica. Su uso está diagnosticado para evitar la formación de contracturas en la zona de la cadera. La flexión que hay que ejercer en este tipo de estiramientos, debe ser mínima al inicio e ir aumentándola conforme vaya recuperando la capacidad. Este tipo de estiramientos, ayudan a valorar un acortamiento o deterioro del psoas iliaco y por lo tanto, una disminución de la capacidad funcional (Acosta y Belinda, 2018).

Además, debemos mencionar al paciente, aquellos movimientos que tiene prohibido realizar hasta una recuperación de la movilidad física y de la capacidad funcional: No flexionar el miembro inferior dañado más de 90°, evitar la rotación externa del miembro afectado, no inducir la posición equina en bipedestación y conseguir la prevención de la aducción (Andrés, 2014).

3.4.2. Consideraciones importantes.

El paciente debe tener en cuenta una serie de premisas para una recuperación óptima sobre su estado de salud. Cuichán (2018) destaca:

- Evitar la postura lateral sobre el miembro afectado los primeros días.
- No deberán agacharse hasta el suelo.
- Las sillas se deben ajustar a la altura del paciente, ya que estas no deben quedar a una altura muy baja. Así mismo, deberán tener

reposabrazos, debido a que es un elemento indispensable para adquirir una postura de bipedestación.

- No cruzar las piernas.
- No se deberá flexionar las rodillas en exceso, solamente llevarlas hasta la consecución de un ángulo recto.
- Evitar la rotación de la cadera.
- Evitar la formación de úlceras por presión.
- Al situarse en posición lateral, se deberá introducir una almohada entre las piernas y tobillos.

3.4.3. ¿Es adecuado el mantenimiento de ejercicios en casa?

El establecimiento de un programa de ejercicios a nivel domiciliario, se ha demostrado que contribuye a la recuperación de la fortaleza muscular y favorece el retorno a la marcha y a la capacidad funcional de forma más efectiva. Este programa de ejercicios, debe contener ejercicios isométricos (ejercicios que favorecen la activación muscular, pero no requieren de movimientos), ejercicios de fortalecimiento muscular y aquellos que favorezcan la movilidad (Andrés, 2014).

3.5. Mantenimiento de un adecuado patrón de eliminación intestinal.

3.5.1. Relación directa con una disminución del dolor tras prótesis de cadera.

Una vez producida la fractura de cadera, con su consecuente reparación mediante una artroplastia de cadera, pueden producirse numerosas complicaciones asociadas a la hospitalización, la herida quirúrgica, la realización de movilizaciones de forma tardía,... Según Carrillo (2011) cuando se produce alguna de las complicaciones mencionadas, favorece que se dé lugar a una disminución de los factores de una correcta eliminación intestinal, tales como una menor producción de jugos gástricos y enzimas digestivas, una disminución de la musculatura, un descenso de la motilidad intestinal,... Si esto se diese, ocurriría una retención de masa fecal rígida (conocido como constipación), que traería consigo la necesidad de administrar enemas y

adoptar una postura adecuada, para así facilitar la evacuación y disminuir el dolor asociado a ésta (Filinich, 2018).

Además, también habrá que indicarle al paciente, que para favorecer el tránsito intestinal, deberá ingerir líquidos calientes previamente al desayuno y aumentar el consumo de fibra en la dieta (Jiménez, 2002).

Si se llega a producir el fenómeno conocido como constipación, habrá un aumento del cansancio, estrés, debilidad, dolor y estancia hospitalaria. A esto anterior, también hay que añadirle un aumento de la morbimortalidad (Carrillo, 2011).

Una de las soluciones más eficaces, es la ingesta de laxantes, lo cual acarreará la aparición de una defecación diarreica, favoreciendo en el paciente la deshidratación y los trastornos metabólicos (Filinich, 2018).

También, tras la aparición de la constipación, se podrá efectuar un masaje abdominal (Figura 8 y 9). Ya que éste, permite la estimulación intestinal, favoreciendo el tránsito, y por tanto, disminuyendo el dolor sentido por la retención fecal, Torres y González (2015). La posición que se debe adoptar, es en decúbito supino con las rodillas semiflexionadas y la dirección del masaje ha de efectuarse desde la zona abdominal inferior derecha, hacia la zona abdominal inferior izquierda, a la vez que se ejerce presión en la zona umbilical. Con este masaje, se traza el recorrido del colon, favoreciendo su transcurso para poder ser eliminadas (Rodríguez, 2014).

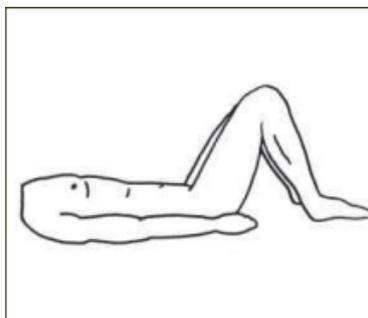


Figura 8. Posición ideal para realizar el masaje. Fuente: Rodríguez (2014)



Figura 9. Dirección del masaje. Fuente: Rodríguez (2014).

La presión intraabdominal (PIA) es la presión que hay en interior de la cavidad abdominal, cuyos valores oscilan entre 0 y 6 milímetros de mercurio. Aunque existen procesos fisiológicos que acarrearán un aumento de dichos valores sin causar una patología asociada, tales como embarazo, al defecar,... Cuando los valores de PIA superan los 12 milímetros de mercurio, se comienza a considerar hipertensión intraabdominal (Carrillo y Garnica, 2010; Castañón et ál., 2013).

Debido a la imposibilidad (en algunos casos), de efectuar adecuadamente el proceso de defecación, como ya hemos mencionado anteriormente, se ha demostrado que se produce un severo aumento de la PIA. Una vez la PIA ha superado los valores comprendidos como normales en el momento de la defecación, se produce un aumento del dolor de la zona circundante a la cadera, suponiendo una imposibilidad para efectuar la defecación y trayendo consigo una serie de complicaciones asociadas a la misma (Nanco y Paredes, 2015).

En la actualidad, la medición de la PIA en pacientes que se encuentran en estado crítico tras la realización de un procedimiento quirúrgico, supone un elemento muy importante para obtener evidencia a cerca de posibles complicaciones que puedan surgir, ya que se considera que su elevación alude a la aparición de fiebre, taquicardia y/o taquipnea (Filgueiras et ál., 2011).

Para conseguir una adecuada disminución del dolor en estas situaciones, deberemos efectuar un adecuado monitoreo del estado intestinal del paciente y de la defecación, manteniendo un especial hincapié, en la posición adoptada a la hora de realizar la evacuación, ya que así

conseguiremos que la PIA se mantenga estable y por lo tanto no aumente dicho dolor (Filinich, 2018).

3.5.2. Postura a adoptar para conseguir un adecuado patrón de eliminación intestinal, en pacientes operados de una PTC.

Como ya hemos mencionado en el apartado anterior, la postura que deben adoptar los pacientes a la hora de defecar, es sumamente importante para adquirir un adecuado patrón intestinal y así poder manejar y/o prevenir con mayor eficacia el dolor. Según Carrillo (2011) la postura a adoptar, debe ser una posición la cual, los miembros inferiores estén por encima de un ángulo recto, con ambos pies apoyados sobre el nivel del suelo y en un plano recto sin oscilaciones del terreno, acentuando la fuerza en los muslos sobre el abdomen para que así se comprima la cavidad abdominal y favorezca el tránsito intestinal. No obstante, debido al dolor sentido por los pacientes que han sufrido una fractura de cadera, no pueden efectuar dicha postura, por lo que deberemos adaptar las características del inodoro a las necesidades de los pacientes y ofrecer ayuda en aquellos casos que sea necesario (Carrillo, 2011).

Según Celeiro (2014), el inodoro deberá ser adaptado a la altura del paciente, ya que por regla general, se encuentra por debajo de la altura apropiada para este tipo de pacientes, existiendo elementos de elevación que se pueden adaptar con facilidad a cualquier inodoro. Además, habrá que ajustar dispositivos de apoyo que favorezcan la sedestación y la bipedestación, debido a que en pacientes que han sido operados de fractura de cadera, no se considera apropiado la realización de esfuerzos sin el uso de medidas de ayuda, ya que se produciría un aumento de la presión en la zona de la herida quirúrgica, que podría acarrear una elevación del dolor padecido (Carrera, 2013).

En la figura 10 se muestra la posición más acorde a la hora de realizar las necesidades de este tipo de pacientes. De esta manera, se evita la producción de dolor, por lo que conlleva un considerable aumento de la calidad de vida.

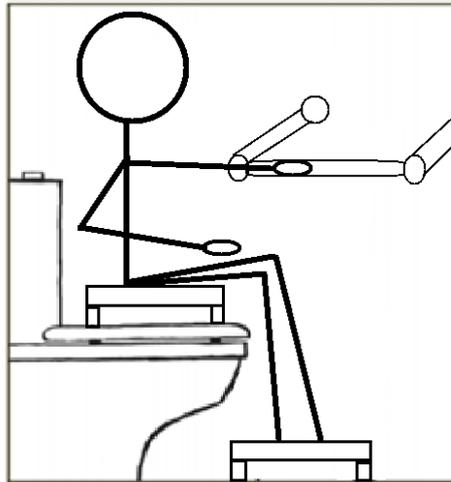


Figura 10. Posición ideal, con soporte de elevación y barandillas de apoyo para la sedestación y bipedestación. Fuente: Elaboración propia del autor basada en Celeiro (2014).

Con respecto a los cuidados de un paciente encamado tras intervención quirúrgica, es muy importante conocer los protocolos de actuación a la hora de atender al patrón intestinal. Este tipo de pacientes, durante el postoperatorio inmediato requieren de inmovilización durante unas horas o días, por lo que el personal sanitario tiene que atender sus necesidades básicas. Para ello, se hace uso de la denominada cuña o pañal, posicionando el uso del pañal como principal, ya que requiere una menor manipulación del paciente (Acosta, 2018).

Las premisas para conseguir una actuación más eficaz y satisfactoria para el paciente, cuando se efectúa el cambio de pañal, son las siguientes, según Hernando et ál. (2017):

- Dentro de la UCI, hay que colocar un biombo que separe al paciente del resto de paciente, con la finalidad de preservar con mayor éxito su intimidad.
- Observar la cantidad de la defecación, y previo a la retirada del pañal antiguo, realizar el lavado de la zona, si es necesario.
- Es necesaria la ayuda de dos profesionales sanitarios más, ya que tenemos la finalidad de producir el menor daño posible durante el cambio. Uno va a tratar de mantener alineado los miembros inferiores (MMII) con respecto al resto del cuerpo, mientras que el otro profesional se va a encargar de mover el tronco y la cabeza del paciente.

- Colocar al paciente en decúbito lateral. El primer movimiento siempre ha de ser hacia el lado no lesionado.
- Almohadillar la zona dañada.
- Una vez se haya colocado el pañal parcialmente, el paciente adopta la posición de decúbito supino, para posteriormente, con ayuda de los dos profesionales de la salud, posicionarse con una leve inclinación sobre el lado dañado, intentando mantener esta posición el menor tiempo posible.

3.6. Importancia de las visitas en pacientes postquirúrgicos.

3.6.1. Restricciones de visitas frente a puertas abiertas en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

La UCI, surge gracias a la organización realizada por Florence Nightingale, ya que ésta ordenaba a los pacientes atendiendo a su estado de salud, agrupando a aquellos que presentaban mayor estado de gravedad juntos y tratados por profesionales de mayor experiencia (Achury, 2014).

Según Gil et ál. (2013) el dolor y el miedo, son las dos principales sensaciones que tienen los pacientes ante una hospitalización en UCI, ya que manifiestan sentirse solos durante su estancia, abogando así, un incremento de los estados de ansiedad o estrés. Por lo que, la principal consideración a tener en cuenta, sería una mayor interacción de los pacientes con sus seres queridos. Se ha demostrado que a mayor relación con sus seres queridos, menor será el dolor percibido y menos complicaciones psicológicas acarreará el paciente (Chamorro y Romera, 2015).

La UCI, según López (2018) es un servicio cuyo régimen organizativo se basa en facilitar la práctica de los profesionales sanitarios, debido a la alta tecnología y dificultad de alguno de los procedimientos realizados. La mayoría de las UCIs en España, siguen el modelo organizativo, basado en las restricciones horarias para las visitas, favoreciendo la aparición de problemas psicológicos (ansiedad, estrés,...) y agravando aquellos problemas físicos (dolor, rubor,...) que sufren dichos pacientes. En este tipo de UCIs, se consigue

una mayor alimentación de la relación estrés-dolor, ya que se considera como una relación basada en la retroalimentación. Esto es debido, a que se entiende como aquella que mediante el aumento de los niveles de estrés, se propicia al aumento del nivel de dolor y viceversa (Sánchez et ál., 2014).

Escudero et ál. (2014) nos referencian la necesidad de conseguir implantar en España, unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas, ya que demuestran unas inmensas y clarividentes ventajas, con respecto a la organización de restricciones horarias. Al conseguir esto, los pacientes manifiestan sentir una disminución de los problemas que presentan, debido al recibimiento de un trato más humano y comfortable.

Según Bautista et ál. (2016) otra forma de hacer partícipe a la familia y aliviar biopsicosocialmente, tanto al paciente como a sus seres queridos, sería la inclusión de un régimen de flexibilidad horaria, donde sea el propio paciente junto con sus seres queridos y la enfermera, quienes decidan el momento y el tiempo de las visitas, pero siempre respetando la autonomía del paciente. De esta manera, lograríamos resolver los problemas asociados a la restricción horaria y además, favoreceríamos la privacidad a los profesionales sanitarios, para realizar sus pertinentes técnicas. Con la imposición de este modelo de visitas, favoreceríamos la satisfacción y la tranquilidad de las familias y de los pacientes (Aparicio, 2018).

Números estudios referencian los beneficios obtenidos en las unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas o de flexibilidad horaria, entre los que destacamos del estudio de Achury (2014):

- **Para el paciente:** Se consigue la disminución del estrés, ansiedad, o cualquier tipo de sintomatología psicológica asociada al proceso de hospitalización o de la enfermedad. Al conseguir disminuir lo mencionado anteriormente, nos conduce a lograr la eliminación de cualquier síntoma de compromiso cardiovascular. Además, también logra una disminución de la sintomatología física, como por ejemplo, se disminuye el umbral del dolor percibido, debido a que se encuentran más reforzados y “arropados” por sus seres queridos, y perciben una mayor seguridad y confianza de cara al profesional sanitario.

- **Para la familia:** Se consigue disminuir el estado ansioso que padecen los familiares de los pacientes de UCI, ya que consigue una mayor interacción con los profesionales sanitarios, aumentando así la información referida a su familiar ingresado. Por tanto, gracias a esto, hay una mayor comunicación entre todas las partes y se lleva a cabo una gratificante involucración y participación de los familiares en el proceso de atención del paciente.
- **Para los profesionales sanitarios:** Se consigue obtener una mayor relación y comunicación profesional-paciente y profesional-familiar, lo que aporta un gran sentimiento de satisfacción profesional al encargado de la aportación de los cuidados sanitarios. También, hay una mayor cantidad de oportunidades para ofrecer educación sanitaria. Por todo esto, se demuestra cierta progresión en el cuidado ofertado a los pacientes en estado crítico.

Es importante destacar la importancia de mejorar en este aspecto, debido a los grandes beneficios mencionados anteriormente. A nivel internacional, hay una gran controversia con respecto a este asunto, ya que por ejemplo en Italia aproximadamente un 85%, se mantiene un régimen restringido de visitas, mientras que en Suecia, se facilita en un 70% una mayor flexibilidad horaria, convirtiéndose en el país europeo con mayor número de instituciones participes de las puertas abiertas, como se demuestra en el estudio realizado por Montenegro et ál., (2016).

En España, actualmente hay una mayor rigidez horaria en las unidades de cuidados intensivos, ya que se estima que el 63% de los hospitales, solamente facilitan el acceso de visitas dos veces diarias. Además, el 58% solamente otorgan a los familiares, un tiempo no superior a la media hora y también mantienen restricciones en el número de familiares que realizan la visita (Achury, 2014).

Las visitas son de gran ayuda para el paciente, ya no solamente en la UCI, si no también durante la hospitalización en planta general. Como hemos visto anteriormente, una mayor cantidad de visitas de sus seres queridos, es beneficioso para todo el personal involucrado en el cuidado del paciente, para

el propio paciente y para sus familiares y seres queridos. De este modo, Molina et ál. (2013) nos referencian el impacto que tienen las visitas de sus seres queridos durante cualquier momento de la hospitalización, sin importar en la unidad en la que se encuentre el paciente. Esto es debido a que facilita y ayuda al mismo, a obtener una mejor concienciación y adaptación a la situación en la que se encuentra y con la que debe lidiar. Además, aportar un acompañamiento que cubra sus esferas biopsicosociales, ayuda a reducir los niveles de dolor sentido y percibido por el paciente.

Por todo lo mencionado anteriormente, un acompañamiento efectivo, facilita y mejora el proceso de recuperación tras la operación quirúrgica, ya que mantiene cierta influencia tanto a nivel físico como emocional (Molina et ál., 2013).

4. METODOLOGÍA.

4.1. Diseño.

Este trabajo ha sido formulado mediante una investigación cualitativa, gracias al uso de Estudio de Caso de tipo descriptivo. La investigación cualitativa es, según Herrera (2017), un método de estudio basado en la captación y asimilación de la información obtenida mediante la experiencia humana. A su vez, Balcázar et ál. (2013) nos referencian que el fin de la investigación cualitativa es lograr responder a las preguntas “¿por qué queremos realizar esta investigación?” y “¿para qué la queremos llevar a cabo?”. El Estudio de Caso de tipo descriptivo, busca obtener información acerca de los componentes del grupo a estudiar, durante un cierto periodo de tiempo, previamente establecido. El Estudio de Caso, por lo tanto hace referencia a un método de aprendizaje de un caso en concreto, el cual se ha de comprender y analizar en profundidad para obtener información completa y veraz de dicho caso (Madera et ál., 2013).

Gracias a este tipo de metodología, podemos mencionar que este trabajo se ha realizado tomando como base a un individuo, el cual hemos analizado de forma sistemática. Además, hemos obtenido la información mediante la realización de una revisión bibliográfica.

4.2. Sujeto del estudio.

Mujer de 87 años, que acudió a urgencias por fractura (Fx) de cadera derecha tras precipitarse por las escaleras de su vivienda, posteriormente de la realización en urgencias de las pruebas indicadas, sube a quirófano (Qx) para colocarle una prótesis total de cadera derecha. Al finalizar dicha operación, la paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para realizarle el postquirúrgico inmediato, ya que nos llega hemodinámicamente inestable. Refiere tener dolor en la zona donde se halla la herida Qx. Aporta un catéter central de inserción periférico. También presenta asociado el Síndrome de Crest.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

Este Estudio de Caso se ha llevado a cabo tomando como objeto de estudio un individuo de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de la Región de Murcia, durante el periodo de prácticas del Practicum III de 4º de Enfermería, comprendido entre el 4 de septiembre y el 27 de octubre de 2019.

La revisión bibliográfica y la realización de este trabajo, fue llevada a cabo entre los meses de enero, febrero y marzo de 2020.

4.4. Procedimiento de recogida de información.

4.4.1. Fuente de información.

Como fuentes de información, nos han ayudado a realizar nuestro trabajo los siguientes instrumentos:

- La historia clínica y pruebas diagnósticas del paciente.
- La valoración de Enfermería.
- Examen físico del paciente.
- Observación directa del caso a estudiar.
- Registros de evolución del profesional de medicina y Enfermería.
- Revisión bibliográfica de los artículos más relevantes al caso.

Para la realización de la revisión bibliográfica, se han utilizado las siguientes bases de datos: SciELO, ScienceDirect, Medlineplus, Mediagraphic y Dialnet. Además, estas bases de datos las hemos obtenido haciendo uso de los metabuscadores BUSCAM y Google Académico.

A su vez, para garantizar una búsqueda optima, hemos utilizado los siguientes descriptores en ciencias de la salud en español: Manejo del Dolor, Cuidado de Enfermería, Fracturas de Cadera, Enfermería en Rehabilitación, Unidades de Terapia Intensiva, Cuidados Postoperatorios y Cuidados Críticos. En inglés: Pain Management, Nursing care, Hip Fractures, Rehabilitacion Nursing, Intensive Care Units, Postoperative Care and Critical Care.

4.4.2. Procedimiento de información.

Para realizar el procedimiento de información, debemos destacar que toda la información recabada a cerca del paciente, ha sido obtenida bajo su consentimiento expresado de forma verbal, además del consentimiento aportado por los profesionales sanitarios que desempeñan su labor en dicha unidad y siempre hemos respetado al derecho a la confidencialidad de los datos del paciente.

La valoración general y la exploración física realizada al paciente, fue acordada de forma general con el mismo tras la intervención quirúrgica, como aspecto importante tras la realización de la cirugía.

La valoración de Enfermería que le realizamos, fue en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (2003). Martínez-Olivares et ál. (2015) exponen que a través de la entrevista al paciente y los datos obtenidos de su historia clínica (alergias, enfermedades previas o crónicas tanto personales como familiares, antecedentes previos personales o familiares,...), podemos clasificar los datos más relevantes del paciente, obteniendo así los patrones alterados o aquellos que se disponen en riesgo de alteración. Gracias a esto último, obtuvimos los principales Diagnósticos de Enfermería.

Además, gracias a lo expuesto anteriormente, pudimos obtener toda la información requerida para nuestro estudio, acompañándolo de la obtención de otros datos aportados por diferentes profesionales sanitarios, tales como pruebas diagnósticas, informe de anestesia, exploración física previa a la cirugía,...

Por último, realizamos una revisión bibliográfica de la evidencia científica más relevante a nuestro estudio, estableciendo un periodo de tiempo desde el 2013 hasta la actualidad, aunque hay que destacar que algún artículo sobrepasa este límite de tiempo debido a la escasez de información. Así mismo, se realizó una limitación de la búsqueda en artículos cuyo idioma se corresponden al español e inglés.

4.4.3. Procesamiento de los datos.

Haciendo uso de la metodología de Enfermería, realizamos una examinación y estructuración de los datos obtenidos. Gracias a esto, pudimos realizar la valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (2003) obteniendo así el Diagnóstico de Enfermería principal y el Problema de Colaboración principal asociado a la situación clínica que padece nuestro paciente. Ambos fueron escogidos mediante la realización de una Red de Razonamiento Clínica basado en el modelo área (Pesut y Herman, 1989).

Además, tras la elección del Diagnóstico de Enfermería principal y el Problema de Colaboración principal, pudimos identificar aquellos objetivos (NOC) con sus respectivos indicadores, según Moorhead (2019) e intervenciones (NIC) con sus respectivas actividades, según Bulechek et ál., (2014) más relevantes a nuestro caso.

Tras esto, se llevó a cabo la ejecución de las actividades propuestas en los apartados anteriores de nuestro plan de cuidados. Se realizó una evaluación comprendida desde el inicio de la estancia hospitalaria en la unidad de cuidados intensivos hasta su alta. Para finalizar, procedemos a presentar los resultados obtenidos en el plan de cuidados realizado.

Hemos realizado un cuadro de carácter visual, con la finalidad de organizar los artículos obtenidos durante la revisión bibliográfica.

Cuadro 1. Artículos encontrados y utilizados en las diferentes bases de datos y metabuscadores.

Bases de datos y metabuscadores	Artículos encontrados	Artículos utilizados
SciELO	1534	9
ScienceDirect	3041	10
Medlineplus	1066	2
Mediagraphic	778	4
Dialnet	215	1
BUSCAM	6354	16
Google Académico	13905	20
Otros (revistas, libros,...)	563	28
TOTAL	27456	90

Fuente: Elaboración propia del autor.

5. RESULTADOS.

5.1. Descripción del caso.

Mujer de 87 años, que acudió a urgencias por Fx de cadera derecha tras precipitarse por las escaleras de su vivienda, posteriormente de la realización en urgencias de las pruebas indicadas, sube a Qx para colocarle una prótesis total de cadera derecha. Al finalizar dicha operación, la paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para realizarle el postquirúrgico inmediato, ya que nos llega hemodinámicamente inestable. Refiere tener dolor en la zona donde se halla la herida Qx. Aporta un catéter central de inserción periférico. También presenta asociado el Síndrome de Crest.

Antecedentes personales

- Fumadora de dos paquetes de tabaco/día.
- En 2011 sufrió una rotura de fémur izquierdo. Padeció de anorexia nerviosa a los 14 años.
- Antecedentes familiares (AF): sin relevancia.
- Síndrome de Crest.
- No alergias medicamentosas (AMC).
- No diabetes mellitus (DM).
- No hipertensión (HTA).
- No dislipemias (DLP).

Exploración física:

Hemodinámicamente inestable con una tensión arterial (TA) 152/89. Adecuada saturación de oxígeno (SatO₂) a 98%. Frecuencia cardiaca (FC) a 76 latidos por minuto (lpm). Frecuencia respiratoria (FR) a 19 respiraciones por minuto (rpm). Temperatura (T^o) a 36,6^o (afebril). Buen estado general (BEG). Peso: 59 kilogramos. Talla: 161 centímetros. La paciente se encuentra consciente y orientada (CyO).

Auscultación cardiopulmonar (ACP): rítmica sin presencia de soplos.

Abdomen (ABD): blando a la palpación, con signos de dolor tras

palpación en la zona más cercana a la cadera.

Miembros superiores (MMSS) y miembros inferiores (MMII): no presenta edemas aunque si una tonalidad de piel más pálida.

Laboratorio:

En su última analítica postquirúrgica presenta un severo descenso de la concentración de hematíes.

Diagnóstico médico principal:

Fx de Cadera derecha.

Tratamiento:

- Inmunoglobulinas 10 gramos (G), vial de 100 mililitros (ml). Administrar 40 G intravenoso (IV) los 3 primeros días postquirúrgico. (cada 24 horas).
- Piperacilina/Tazobactam 4G, vial de 500ml, IV (cada 8 horas).
- Macrogol 10G, oral (VO), (cada 8 horas).
- Trazodona 100 miligramos (MG), VO (cada 24 horas).
- Tramadol 100 MG, intramuscular (IM), (cada 8 horas) (Si precisa)
- Lorazepam 1 MG, VO, (cada 24 horas).
- Metilprednisolona 40 MG, IV, (cada 24 horas).
- Diazepam 10 MG, VO, (cada 24 horas).
- Paracetamol 1 G, IV, (cada 8 horas).
- Suero glucosado (SG) 5%, con una ampolla de cloruro mórfico 10 MG y tres ampollas de Ketorolaco 30 MG.
- Suero fisiológico (SF) 0,9%, con 60 mili equivalentes de Cloruro Potásico, más una ampolla de Sulfato de Magnesio y una ampolla de Cloruro Cálculo.
- Concentrado de Hematíes (Si precisa).
- Control de los signos vitales cada 2 horas.
- Control de la diuresis cada 2 horas.
- Glucometer cada 6 horas.

5.2. Valoración.

Teniendo en cuenta los 11 patrones funcionales de la salud de Marjory Gordon, he podido cumplimentar la encuesta de valoración de mi paciente.

1. Patrón percepción-manejo de la salud

- Mujer, 87 años.
- No AMC.
- Motivo del ingreso: acude a UCI para control de postoperatorio inmediato tras aplicación de una prótesis de cadera derecha.
- Diagnóstico médico: Fx de Cadera.
- Escala Dowton: 0 (Paciente con riesgo normal).
- Hábitos tóxicos: Fumadora de dos paquetes/día. Nos indica que no consume bebidas alcohólicas.
- La paciente refiere verbalmente que no quiere reanimación cardiopulmonar por el deterioro que está sufriendo estos últimos años.
- Tratamiento farmacológico:
 - Inmunoglobulinas 10 G, vial de 100 ml. Administrar 40 G, IV los 3 primeros días postquirúrgico. (cada 24 horas).
 - Piperacilina/Tazobactam 4G, vial de 500ml, IV (cada 8 horas).
 - Macrogol 10G, VO, (cada 8 horas).
 - Trazodona 100 MG, VO (cada 24 horas).
 - Tramadol 100 MG, IM, (cada 8 horas). (Si precisa)
 - Lorazepam 1 MG, VO, (cada 24 horas).
 - Metilprednisolona 40 MG, IV, (cada 24 horas).
 - Diazepam 10 MG, VO, (cada 24 horas).
 - Paracetamol 1 G, IV, (cada 8 horas).
 - SG 5%, con una ampolla de cloruro mórfico 10 MG y tres ampollas de Ketorolaco 30 MG.
 - SF 0,9%, con 60 mili equivalentes de Cloruro Potásico, más una ampolla de Sulfato de Magnesio y una ampolla de Cloruro Cálculo.

➤ Concentrado de Hematíes (Si precisa).

- Aporta como prueba complementaria una resonancia magnética, un electrocardiograma (ECG) y una radiografía de cadera.
- Se realizan los cuidados propios de una persona encamada.
- BEG.
- Refiere una caída previa.
- Ingresos hospitalarios previos: en 2011 debido a una Fx de Fémur izquierdo.

2. Patrón nutricional-metabólico

- T°: 36,6°
- Peso: 59 kilogramos.
- Talla: 161 centímetros.
- Índice de masa corporal (IMC): 22,76 (normopeso).
- No alergias alimenticias.
- Totalmente independiente.
- Abdomen: blando a la palpación.
- Mantiene una buena alimentación equilibrada.
- No presenta dificultades mecánicas en la boca.
- No presenta enrojecimiento ni edemas, a excepción de la zona intervenida que presenta cierto grado de irritación.
- Presenta Fx de Cadera derecha por lo que se coloca prótesis de cadera derecha.
- Escala Norton: 12 (riesgo alto).

3. Patrón eliminación

- La paciente demuestra un correcto patrón miccional y defecatorio.

4. Patrón actividad-ejercicio

- TA 152/89.
- SatO2 98%
- FC 76 lpm
- FR 19 rpm.
- ECG con ritmo sinusal.
- Adecuado patrón respiratorio.

- Auscultación cardiopulmonar: rítmica y sin soplos respiratorios.
- La paciente refiere que le gustaba mucho andar con sus amigas pero debido a la fx de fémur le da miedo hasta ponerse en pie y más ahora con esta nueva fx.
- Indica que presenta cierto grado de cansancio cuando lleva unos diez minutos andando.
- Acudía al centro de mayores a jugar a las cartas con sus amigas antes de la caída.
- Jubilada.
- Independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

5. Patrón sueño-descanso

- Refiere descansar adecuadamente gracias a la medicación proporcionada para relajarse aunque aun así, le cuesta conciliar el sueño debido a la inmovilización de la cadera.
- Suele dormir unas ocho horas diarias.

6. Patrón cognitivo-perceptual

- Paciente CyO.
- Refiere tener dolor en las zonas cercanas a la cadera derecha.
- Aporta gafas debido a miopía.
- Escala Glasgow: 15.
- Escala EVA: 7. Dolor moderado en la zona de la intervención quirúrgica.
- Manifiesta comportamientos, los cuales hacen indicar que la paciente presenta cansancio a la situación que está viviendo, ya que hace dos años se encontró en una situación muy parecida.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto

- Nuestra paciente muestra rasgos de ansiedad debido a la situación que vive, queriendo que esta se solucione lo antes posible.

8. Patrón rol-relaciones

- La paciente se encuentra acompañada por sus hijos en las horas de visita.
- Se encuentra conforme con el rol que tiene en su vida.
- Sus amigas la visitan frecuentemente.
- Su hijo pequeño vive aun con ella, el mayor acude cada vez que puede a

pasar un rato agradable con su madre.

- Manifiesta satisfacción con la situación familiar que vive.
- Viuda desde hace casi 20 años, esta situación ya no supone ningún problema en la vida de nuestra paciente.

9. Patrón sexualidad-reproducción

- La paciente tiene dos hijos.

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés

- La paciente manifiesta signos de estrés, el cual aumenta debido a las normas de la UCI, ya que sus familiares solamente pueden estar con ella dos horas diarias.
- Tiene pelotas anti-estrés que le han aportado sus hijos, gracias a las cuales se relaja considerablemente.
- La paciente refiere que debido al deterioro y sufrimiento asociado a su edad y a los últimos acontecimientos de su vida, nos especifica verbalmente que “no me salven si me pasase algo”.
- Medicamentos utilizados para la relajación: Lorazepam y Diazepam.

11. Patrón Valores-Creencias.

- Paciente creyente y practicante de la religión católica.

5.3. Diagnósticos de Enfermería.

Basándome en aquellos patrones de la valoración por patrones de Marjory Gordon, he podido obtener los diagnósticos de enfermería que mejor se pueden adaptar a la situación que presenta nuestra paciente, gracias al uso de la taxonomía II de Nanda I (Herdman y Kamitsuru, 2015).

I Patrón Percepción-Manejo de la salud:

(00188) Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con (r/c) tabaquismo manifestado por (m/p) fracaso al emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.

- Definición: Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejoren el estado de salud.

- Dominio 1: Promoción de la salud.
 - Definición: Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.
- Clase 2: Gestión de la salud.
 - Definición: Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar.

(00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo.

- Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud.
- Dominio 11: Seguridad/Protección.
 - Definición: Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.
- Clase 1: Infección.
 - Definición: Respuesta del huésped tras una invasión patógena.

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c tabaquismo m/p alteración de la función motora.

- Definición: Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.
- Dominio 4: Actividad/Reposo.
 - Definición: Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.
- Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares.
 - Definición: Mecanismos cardiopulmonares que apoyan a la actividad y el reposo.

(00213) Riesgo de traumatismo vascular r/c lugar de la inserción y tiempo que el catéter estará insertado.

- Definición: Vulnerable a una lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones, que puede comprometer la salud.
- Dominio 11: Seguridad/Protección.
 - Definición: Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.
- Clase 2: Lesión física.
 - Definición: Lesión o herida corporal.

(00257) Síndrome de fragilidad del anciano r/c antecedentes de caídas m/p deterioro de la movilidad física y desesperanza.

- Definición: Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.
- Dominio 1: Promoción de la salud.
 - Definición: Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.
- Clase 2: Gestión de la salud.
 - Definición: Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar.

II Patrón nutricional-metabólico.

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c edades extremas, deterioro de la circulación y procedimiento quirúrgico m/p lesión tisular.

- Definición: Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.
- Dominio 11: Seguridad/Protección.
 - Definición: Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.
- Clase 2: Lesión física.
 - Definición: Lesión o herida corporal.

IV Patrón actividad-ejercicio.

(00085) Deterioro de la movilidad física r/c alteración de la integridad de la estructura ósea, deterioro musculoesquelético y dolor m/p alteración de las habilidades motoras gruesas y disnea de esfuerzo.

- Definición: Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.
- Dominio 4: Actividad/Reposo.
 - Definición: Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.
- Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares.
 - Definición: Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo.

(00205) Riesgo de shock r/c hipovolemia.

- Definición: Vulnerable a un aporte sanguíneo inadecuado para los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituya una amenaza para la vida, que puede comprometer la salud.
- Dominio 11: Seguridad/Protección.

- Definición: Ausencia de peligro, lesión física o alteración del sistema inmunitario, preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.
- Clase 2: Lesión física.
 - Definición: Lesión o herida corporal.

V Patrón sueño-descanso.

(00198) Trastorno del patrón del sueño r/c inmovilización m/p despertarse sin querer y dificultad para conciliar el sueño.

- Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.
- Dominio 4: Actividad/Reposo.
 - Definición: Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.
- Clase 1: Sueño/Reposo.
 - Definición: Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad

VI Patrón cognitivo-perceptual.

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (p. ej., absceso, amputación, quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobreentrenamiento) m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas y expresión facial de dolor.

- Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.
- Dominio 12: Confort.
 - Definición: Sensación de bienestar o alivio mental, físico social.

- Clase 1: Confort físico.
 - Definición: Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.

VII Patrón autopercepción-autoconcepto.

(00146) Ansiedad r/c crisis situacional y conflicto de valores m/p nerviosismo e incertidumbre.

- Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
- Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
 - Definición: Convivir con los eventos/ procesos vitales.
- Clase 2: Respuestas de afrontamiento.
 - Definición: Procesos de gestión del estrés del entorno.

X Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

(00069) Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional y alto grado de amenaza m/p conducta de riesgo y enfermedades frecuentes.

- Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.
- Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
 - Definición: Convivir con los eventos/ procesos vitales.
- Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

5.3.1. Priorización del diagnóstico de enfermería, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo ÁREA.

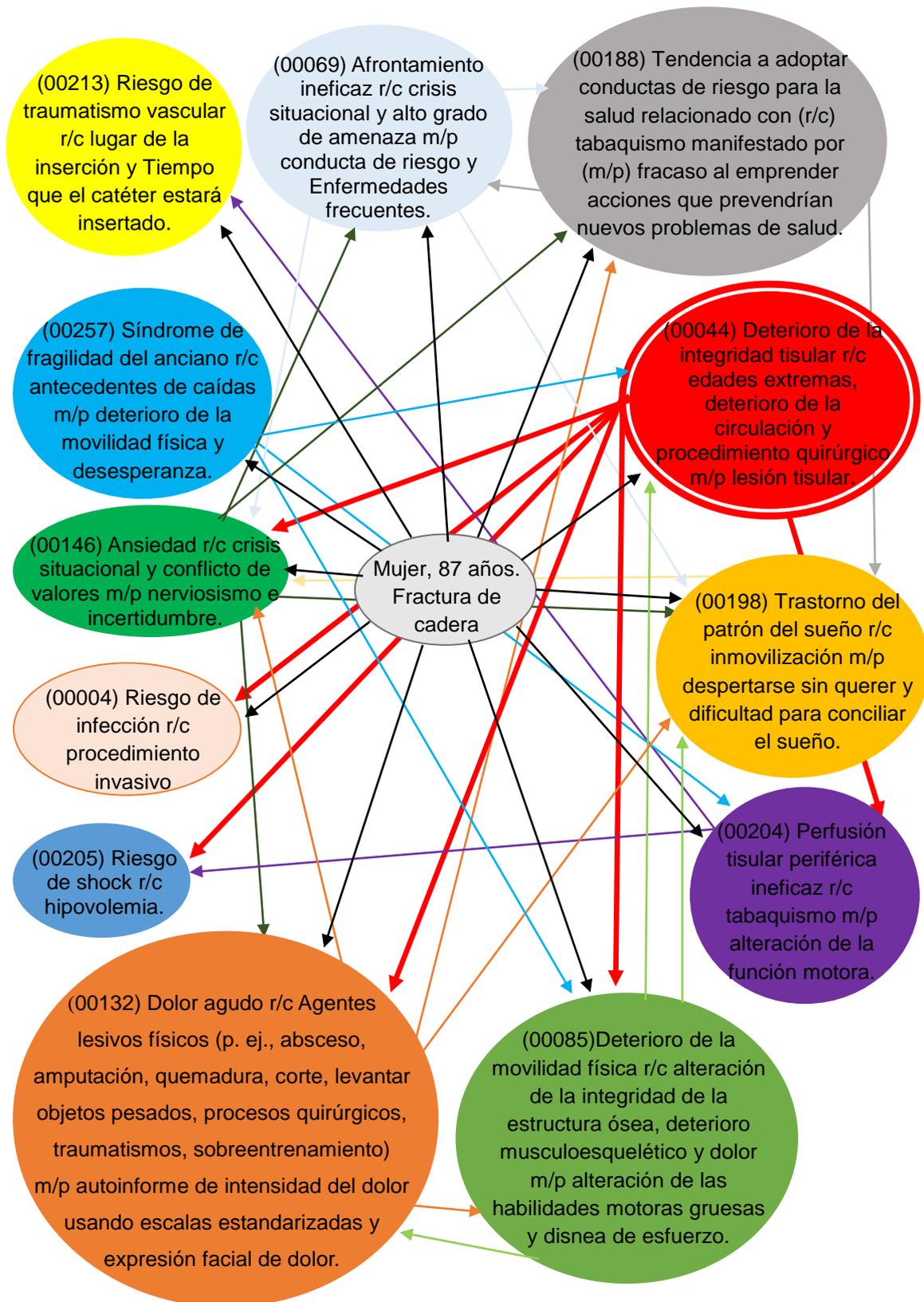


Figura 11. Red de razonamiento clínica de los Diagnósticos de Enfermería. Fuente: Elaboración propia basada en Pesut y Herman (1989).

Haciendo referencia a la red de razonamiento anterior, he obtenido como diagnóstico de enfermería principal (DxEp): (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c edades extremas, deterioro de la circulación y procedimiento quirúrgico m/p lesión tisular.

5.3.2. Justificación del DxE principal.

Como se puede observar, hay una gran relación entre mi DxEp con el resto de diagnósticos de enfermería (DxE), que trataré de justificar aportando evidencia científica.

Haciendo referencia a la relación que hay entre mi DxEp con (00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo, según Villar et ál. (2010) cualquier herida que abarque la región tisular, tiene un alto porcentaje de sufrir una infección en la zona, que esta, a su vez puede desembocar en una sepsis, finalizando casi con un 70% de mortalidad. En nuestro caso, tras la colocación de la prótesis de cadera queda expuesta al medio la herida quirúrgica, por lo que deberemos extremar las precauciones para evitar una infección de la zona, según Martínez (2010). Como hemos podido observar de González-Vélez et ál. (2011) la infección en una prótesis de cadera es la complicación más temerosa para los profesionales sanitarios, ya que hace que aumente las incidencias de tiempo de hospitalización, costes sanitarios y económicos, y como ya he comentado anteriormente, la mortalidad. Aunque según este último estudio, se puede observar que el 2,71% de los pacientes que sufren una artroplastia de cadera evolucionan hacia una infección, en mi opinión, este porcentaje es demasiado elevado y la labor de los profesionales sanitarios se ha de centrar en disminuirlo.

Siguiendo con las relaciones de mi DxEp con el resto de DxE, puedo obtener que se relaciona adecuadamente con (00085) Deterioro de la movilidad física r/c alteración de la integridad de la estructura ósea, deterioro musculoesquelético y dolor m/p alteración de las habilidades motoras gruesas y disnea de esfuerzo, ya que según López et ál. (2012) hemos podido observar que hay un gran número de cambios inmediatos con una enorme importancia para la vida de un paciente con una prótesis de cadera, uno de los más significativos es la posterior inmovilización que requiere el paciente en los días

posteriores a la operación quirúrgica, con la finalidad de evitar que la lesión tisular empeore, evitando así las complicaciones postquirúrgicas. Debido a esto, es relevante mencionar que el deterioro de la movilidad en este tipo de pacientes, puede causar un gran discomfort, causando en el propio paciente alteraciones psicológicas que hagan que aumente el tiempo de recuperación de la lesión tisular (Palma y Santiago, 2019).

A continuación, procedemos a evidenciar la relación de mi DxEp con (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (p. ej., absceso, amputación, quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobreentrenamiento) m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas y expresión facial de dolor, ya que según de Castro (2000) hay varios tipos de dolor, pero el más idóneo con nuestra relación de diagnósticos es el dolor clínico, ya que este es el dolor que siente un paciente que posee una lesión tisular propia de cualquier acto quirúrgico, siendo más propiamente de la lesión tisular el daño clínico con respuesta inflamatoria. Este tipo de dolor se ve provocado por los cambios de sensibilidad que se produce en la zona afectada, un aumento de la amplitud de la respuesta dolorosa irradiada hacia los tejidos no dañados y un aumento de la intensidad de la respuesta dolorosa, dando lugar un dolor que antes no existía en dicha zona. Para finalizar con esta relación, cabe destacar que la lesión tisular conlleva dos tipos de estímulos dolorosos: el primero de ellos se produce durante la provocación de la lesión tisular mediante la cirugía, y el segundo tras el proceso inflamatorio, por lo que habrá que iniciar la analgesia preventiva con la finalidad de evitar estas sensaciones de dolor a los pacientes postquirúrgicos Valdés et ál. (2003). También se podría relacionar nuestro DxEp con este anterior y (00146) Ansiedad r/c crisis situacional y conflicto de valores m/p nerviosismo e incertidumbre, debido a que según de Castro (2000) aquellos pacientes que sufren una hospitalización por un procedimiento quirúrgico generan consigo un alto nivel de ansiedad, pudiendo verse agravados debido al dolor que pueden sentir.

Atendiendo a la relación que guarda nuestro DxEp con (00205) Riesgo de shock r/c hipovolemia, cabe destacar que Zaragoza y Benito (2011) nos comentan que aquellos pacientes que presentan una lesión a nivel tisular

tienen una relación directa con el shock hipovolémico. Este a su vez, es inversamente proporcional, ya que una vez se ha producido el shock hace que disminuya la perfusión a nivel tisular haciendo que empeore drásticamente la lesión tisular general por la intervención quirúrgica Serrano et ál. (2002). Cuando se produce una pérdida masiva de sangre, como ya hemos comentado anteriormente, se produce un descenso de los niveles de oxígeno en sangre, por lo cual se genera una disminución de la perfusión a la zona lesionada, lo que provocaría un agravamiento de dicha lesión tisular, si esa hemorragia no se detiene a tiempo, podría ocasionar el denominado shock hipovolémico, trayendo consigo una importante sintomatología asociada (Mauriz et ál., 2017).

Para finalizar, debemos referenciar la relación entre nuestro DxEp con (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c tabaquismo m/p alteración de la función motora, debido a la lesión tisular que sufre nuestra paciente, y como ya hemos comentado anteriormente, lesión tisular y signos inflamatorios en el postquirúrgico siempre “van de la mano”, cabe destacar la disminución de la circulación sanguínea debido a dicha respuesta inflamatoria. Según Candel et ál. (2008), hemos podido observar como se demuestra una gran preocupación por la intervención temprana y la reposición de líquidos con la finalidad de reestablecer la circulación tisular periférica, evitando así posibles complicaciones futuras, como por ejemplo la isquemia o la acidosis González-Villavelázquez y García-González (2013). También una mala perfusión sanguínea puede afectar a la cicatrización de la lesión tisular, haciendo que cuyo tiempo de recuperación sea más prolongado (Vargas, 2016).

5.4. Problema de Colaboración (PC)/ Riesgo de Complicación.

A través de (Lynda Juall Carpenito. (2012-2014). Manual de Diagnósticos Enfermeros. España: Lippincott) hemos podido obtener los RC más acordes con nuestra paciente:

- Prótesis total de una articulación (artroplastia de cadera, rodilla u hombro):
 - RC de embolia grasa.
 - RC de hemorragia/formación de hematomas.
 - RC de dislocación/subluxación de una articulación.
 - RC de fractura de estrés.
 - RC de compromiso neurovascular.
 - RC de hernia sinovial.
 - RC de tromboembolia.
 - RC de sepsis.

5.4.1. Priorización del riesgo de complicación principal.

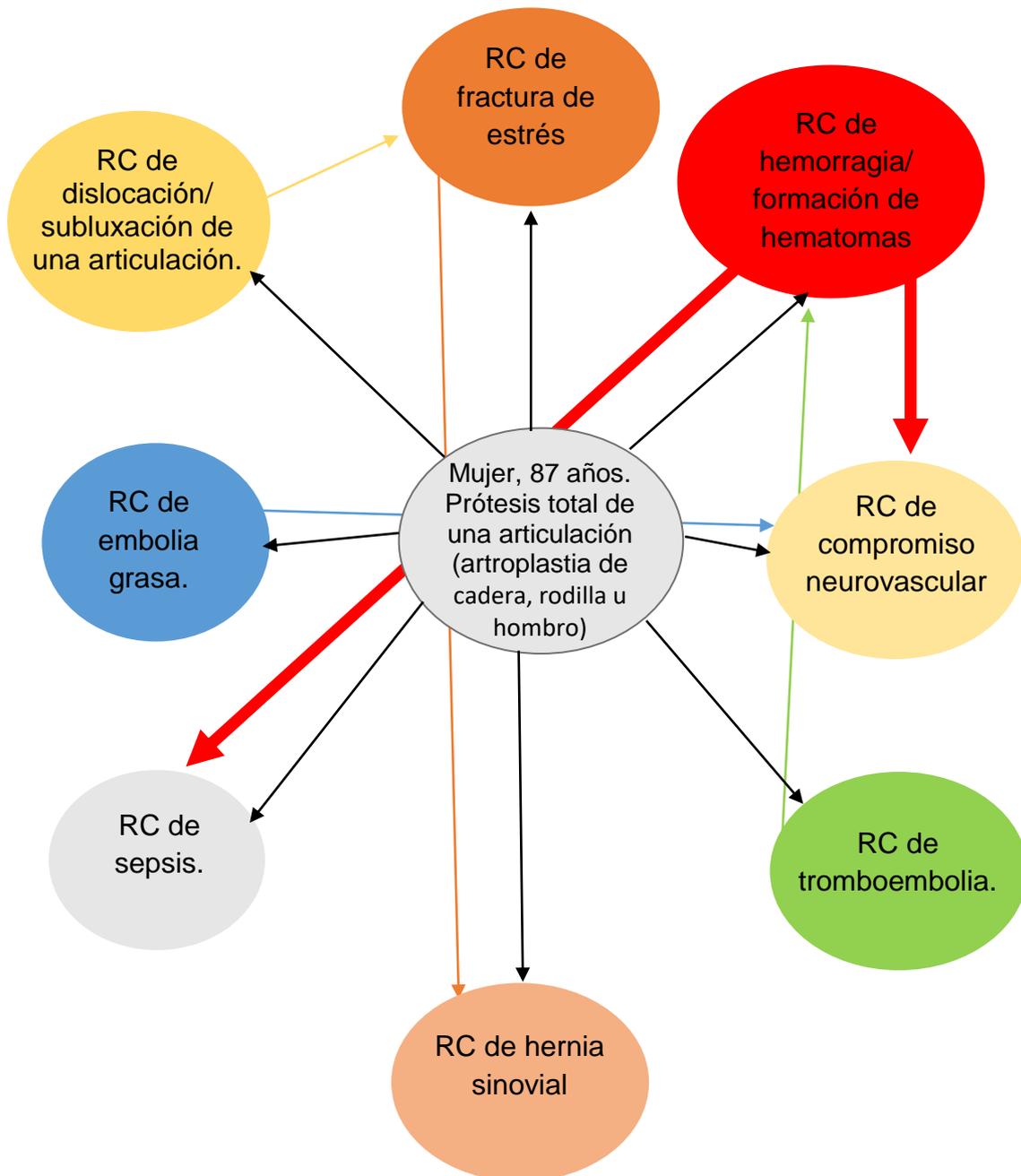


Figura 12. Red de razonamiento clínica de los Riesgos de Complicación. Fuente: Elaboración propia basada en Pesut y Herman (1989).

Atendiendo a las relaciones obtenidas en la red de razonamiento anterior, podemos mencionar que nuestro riesgo de complicación principal (RCp) ha sido: RC de hemorragia/ formación de hematomas.

5.4.2. Justificación del RC principal.

Haciendo alusión a las relaciones de nuestro RCp con el resto de RC, trataremos de demostrarlas aportando evidencia científica.

Refiriéndose a la primera relación obtenida, que es la de nuestro RCp con RC de sepsis, hemos podido obtener del estudio de (Castro et ál. 1997) que hay que hacer especial hincapié en el control de las sepsis en pacientes que han sufrido una herida traumática o que han sido intervenidos quirúrgicamente, a su vez, en este tipos de pacientes, se ha demostrado que aquellos que han presentado también, posteriormente al traumatismo o a la intervención quirúrgica una hemorragia o una hipovolemia, hace que aumente las probabilidades de sufrir un estado séptico en cualquiera de sus estadios. Cuando se produce una hemorragia masiva que se acompaña de fiebre, zona quirúrgica enrojecida, caliente y edematosa, sudoración entre otros síntomas, hace referencia a que se está produciendo una infección bacteriana generalizada Coronell et ál. (2009). En casos más graves, donde se produce un shock hemorrágico, hay una serie de respuestas, las cuales manifiestan una sintomatología más severa, hasta incluso llegar a darse la situación de un shock séptico, contribuyendo a provocar una hipotensión grave. Esta hipotensión mantenida, es debida a la inhibición de la producción de una hormona llamada vasopresina, la cual se libera al inicio de ambos shock con la finalidad de mantener en valores adecuados la tensión arterial, pero al cabo de una hora, si no se solucionan los shocks hemorrágico y séptico, decaería su respectiva producción (Briceño, 2005).

La ultima relación que hemos podido obtener de nuestro RCp, hace referencia a la relación con RC de compromiso neurovascular, ya que según Víctor (2011) podemos saber que cuando se produce una hemorragia lleva consigo una elevada disminución del aporte de oxígeno (el cual se transporta unido principalmente a una pequeña porción de hemoglobina disuelta en el plasma, por lo que ésta también se vería disminuida) hacia las células de los

tejidos de los grandes órganos, comprometiendo generalmente al sistema respiratorio y al sistema vascular, si esta situación se mantiene durante un largo periodo de tiempo, también se vería afectado el sistema nervioso debido a la progresiva disminución del aporte de oxígeno a la región neurológica. Como ya hemos mencionado anteriormente, la hemoglobina se ve disminuida considerablemente debido a la pérdida sanguínea que se produce durante la hemorragia, por lo que hay que tener muy en cuenta la indicación de iniciar una transfusión sanguínea cuando los valores de hemoglobina descienden de 8 gramos por cada decilitro si no manifiestan ningún signo de deterioro neurovascular. Pero, por otro lado, los pacientes que manifiestan signos de deterioro neurovascular, el valor límite a tener muy en cuenta para iniciar las transfusiones sanguíneas ha de ser de 10 gramos por decilitro, según Riera (2016). Para finalizar con la justificación científica de esta relación, podemos recalcar que hay algunos tipos de hemorragias, las cuales pueden llegar a producir un vasoespasmo e isquemia a nivel cerebral, lo cual englobaría una sintomatología de elevada complejidad para abordar, por lo que el índice de mortalidad o de quedar secuelas tras la recuperación se encuentra muy elevado si se diese dicha situación (Espinosa et ál., 2014).

5.5. Planificación.

5.5.1. Planificación del DxEp.

5.5.1.1. Resultados (NOC).

Gracias a nuestro DxEp: (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c edades extremas, deterioro de la circulación y procedimiento quirúrgico m/p lesión tisular, hemos podido adquirir aquellos NOC que hemos considerado más adecuados (Moorhead et ál., 2019).

(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

- Definición: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

- Dominio 2: Salud fisiológica.
 - Definición: Resultados que describen el funcionamiento orgánico.
- Clase L: Integridad tisular.
 - Definición: Resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona.

(0401) Estado circulatorio.

- Definición: Flujo sanguíneo sin obstrucción, unidireccional a una presión adecuada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémico y pulmonar.
- Dominio 2: Salud fisiológica.
 - Definición: Resultados que describen el funcionamiento orgánico.
- Clase E: Cardiopulmonar.
 - Definición: Resultados que describen el estado cardíaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de una persona.

(0208) Movilidad.

- Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.
- Dominio 1: Salud funcional.
 - Definición: Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.
- Clase C: Movilidad.
 - Definición: Resultados que describen la movilidad física de una persona y las secuelas de la restricción de movimientos.

Entre todos estos NOCs, hemos escogido como NOC principal (NOCp): (0401) Estado circulatorio ya que lo consideramos de vital importancia para que nuestra paciente recupere los valores de circulación periférica y arterial que se consideran normales, y que por esto precisamente se nos ha sido enviada a la UCI, para tener un control exhaustivo de dichos valores. Si todo marcha según

lo indicado, esta permanecida en dicho servicio por un periodo de 24 horas, y una vez se hayan estabilizado los valores mencionados anteriormente subiría a planta, por tanto este objetivo sería el más idóneo si se consiguiesen todos sus indicadores propuestos.

INDICADORES:

Cuadro 2. Atendiendo a nuestro DxEp, hemos obtenido la puntuación de nuestro NOCp.

NOC PRINCIPAL	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	TIEMPO
(0401)Estado circulatorio	3	4	24 horas
Escala Likert: 1-Grave 2-Sustancial 3-Moderada 4- Leve 5-Sin desviación			

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead et ál. (2019).

Cuadro 3. Atendiendo a nuestro NOCp, hemos obtenido la puntuación de sus indicadores.

INDICADORES	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	TIEMPO
(040101)Presión arterial sistólica	3	5	24 horas
(040102)Presión arterial diastólica	3	5	24 horas
(040137)Saturación de oxígeno	4	5	24 horas
(040154)Gasto urinario	3	5	24 horas
(040120)Edema periférico	3	4	24 horas
Escala Likert: 1-Grave 2-Sustancial 3-Moderada 4- Leve 5-Sin desviación			

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead et ál. (2019).

5.5.1.2. Intervenciones (NIC).

Gracias a nuestro NOCp: (0401) Estado circulatorio, hemos podido adquirir aquellas intervenciones (NIC) que hemos considerado más adecuados (Bulecheck et ál., 2014).

(0840) Cambio de posición.

- Definición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.
- Campo 1: Fisiológico: Básico.
 - Definición: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
- Clase C: Control la inmovilidad.
 - Definición: Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.
- Actividades:
 - Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
 - Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda.
 - Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
 - Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal), según corresponda.
 - Girar al paciente en bloque.

(4200) Terapia intravenosa (i.v).

- Definición: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.
- Campo 2: Fisiológico: Complejo.
 - Definición: Cuidados que apoyan la regulación homeostática.
- Clase N: Control de la perfusión tisular.
 - Definición: Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.
- Actividades:
 - Verificar la orden de la terapia i.v.

- Comprobar las cinco reglas de la administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia correctos).
- Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas.
- Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación i.v.
- Realizar comprobaciones del sitio de punción i.v., según el protocolo del centro.

(4130) Monitorización de Líquidos.

- Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.
- Campo 2: Fisiológico Complejo
 - Definición: Cuidados que apoyan la regulación homeostática.
- Clase N: Control de la perfusión tisular.
 - Definición: Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.
- Actividades:
 - Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.
 - Monitorizar el peso.
 - Monitorizar las entradas y salidas.
 - Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipoalbuminemia, quemaduras, desnutrición, sepsis, síndrome nefrótico, hipertermia, terapia diurética, nefropatías, insuficiencia cardíaca, diaforesis, insuficiencia hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).
 - Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.

5.5.2. Planificación del RCp.

5.5.2.1. Resultados (NOC).

Gracias a nuestro RCp: RC de hemorragia/ formación de hematomas, hemos podido adquirir aquellos NOCs que hemos considerado más adecuados (Moorhead et ál., 2019)

(0413) Severidad de la pérdida de sangre.

- Definición: Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa.
- Dominio 2: Salud Fisiológica.
 - Definición: Resultados que describen el funcionamiento orgánico.
- Clase E: Cardiopulmonar.
 - Definición: Resultados que describen el estado cardíaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de una persona.

(0419) Severidad del shock: hipovolémico.

- Definición: Gravedad de los signos y síntomas de un flujo sanguíneo inadecuado para la perfusión de tejidos, debido a una fuerte disminución del volumen de flujo intravascular.
- Dominio 2: Salud fisiológica.
 - Definición: Resultados que describen el funcionamiento orgánico.
- Clase E: Cardiopulmonar.
 - Definición: Resultados que describen el estado cardíaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de una persona.

(0700) Reacción transfusional sanguínea.

- Definición: Gravedad de las complicaciones con la reacción transfusional sanguínea.
- Dominio 2: Salud Fisiológica.
 - Definición: Resultados que describen el funcionamiento orgánico.

- Clase H: Respuesta inmune.
 - Definición: Resultados que describen el estado cardíaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de una persona.

Entre los NOCs anteriores, hemos elegido como NOCp: (0413) Severidad de la pérdida de sangre, ya que en caso de que nuestro RCp se diese, nuestro paciente sufriría una hemorragia, con su consecuente pérdida sanguínea, por lo que deberíamos evaluar la gravedad de esta situación para poder evitar sus posibles complicaciones. Según (Sicras et ál. 2012) una de las principales y más comunes de las complicaciones tras la colocación de una prótesis de cadera derecha es el sangrado, ya que está altamente asociado a la pérdida masiva de sangre en el periodo postoperatorio, justificando de esta manera la elección de nuestro RCp y NOCp (Torres y Mallen, 2015).

INDICADORES

Cuadro 4. Atendiendo a nuestro RCp, hemos obtenido la puntuación de nuestro NOCp.

NOC PRINCIPAL	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	TIEMPO
(0413) Severidad de la pérdida de sangre	5	5	24 horas
Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno.			

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead et ál. (2019).

Cuadro 5. Atendiendo a nuestro NOCp, hemos obtenido la puntuación de sus indicadores.

INDICADORES	PI	PD	TIEMPO
(041301) Pérdida sanguínea visible	5	5	24 horas
(041302) Hematuria	5	5	24 horas
(041312) Pérdida de calor corporal	5	5	24 horas
(041315) Disminución de la cognición	5	5	24 horas
(041308) Hemorragia postoperatoria	5	5	24 horas
Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno.			

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead et ál. (2019).

5.5.2.2. Intervenciones (NIC).

Gracias a nuestro NOCp: (0413) Severidad de la pérdida de sangre, hemos podido adquirir aquellos NICs que hemos considerado más adecuados (Bulecheck et ál., 2014).

(4150) Regulación hemodinámica.

- Definición: Optimización de la frecuencia, la precarga, la poscarga y la contractilidad cardíacas.
- Campo 2: Fisiológico: complejo.
 - Definición: Cuidados que apoyan la regulación homeostática.
- Clase N: Control de la perfusión tisular.
 - Definición: Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.
- Actividades:
 - Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos, presión venosa yugular, presión venosa central, presiones auriculares y ventriculares izquierdas y derechas, así como presión de la arteria

pulmonar), según corresponda.

- Determinar el estado de volumen (si el paciente presenta hipervolemia, hipovolemia o normovolemia).
- Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades.
- Vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente, según corresponda.
- Monitorizar los niveles de electrolitos.

(2080) Manejo de líquidos/electrolitos.

- Definición: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos.
- Campo 2: Fisiológico: Complejo.
 - Definición: Cuidados que apoyan la regulación homeostática.
- Clase G: Control de electrolitos y acidobásico
 - Definición: Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y acidobásico y prevenir complicaciones.
- Actividades:
 - Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación.
 - Mantener un ritmo adecuado de infusión i.v., transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba.
 - Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolalidad sérica y gravedad específica de la orina).
 - Llevar un registro preciso de entradas y salidas.
 - Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

(4180) Manejo de la hipovolemia.

- Definición: Expansión del volumen de líquido intravascular en un paciente con hipovolemia.
- Campo 2: Fisiológico: complejo.
 - Definición: Cuidados que apoyan la regulación homeostática.
- Clase N: Control de la perfusión tisular.
 - Definición: Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.
- Actividades:
 - Monitorizar los signos de deshidratación (p. ej., escasa turgencia cutánea, retraso del relleno capilar, pulso débil/filiforme, sed intensa, sequedad de mucosas y oliguria).
 - Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis, y taquipnea).
 - Monitorizar la presencia de datos laboratorio de hemorragia (p. ej., hemoglobina, hematocrito, pruebas de sangre oculta en heces), si están disponibles.
 - Administrar soluciones isotónicas i.v. prescritas (p. ej., suero salino fisiológico o solución de Ringer lactato) para la rehidratación extracelular a un flujo apropiado, según corresponda.
 - Administrar los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda.

5.6. Ejecución.

En este apartado comentaremos la ejecución de las intervenciones elegidas, tras esto, explicaremos la evolución que ha tenido nuestra paciente en los siguientes turnos hasta completar la estancia hospitalaria en la UCI de 24 horas.

Nuestra paciente ingresó en la UCI el día 8 de octubre de 2019 sobre las 08:30 horas aproximadamente.

- Turno de mañana del día 8 de octubre de 2019 (08:30 a 15:30):

La primera intervención enfermera se la realizamos a nuestra paciente a las 08:30, la cual será (4150) Regulación hemodinámica, ya que es de vital importancia mantener un estricto control del funcionamiento cardiovascular en un paciente crítico, debido a que esto nos permitiría adelantarnos ante un problema que puede que suceda en los próximos minutos y establecer la mejor ruta terapéutica para nuestra paciente. El principal objetivo del control hemodinámico es obtener información con la finalidad de establecer si se encuentra alterado o no la perfusión de los tejidos (Ochagavía et ál., 2014).

Para ello determinaremos el estado del volumen, es decir, cómo se encuentra el estado volémico de nuestra paciente, realizándole una analítica y comprobando que el valor de la hemoglobina en sangre se halla en un rango inferior a los considerados como normales. También observaremos si presenta edema y el estado de los pulsos periféricos, manifestando una leve inflamación de la zona quirúrgica. Realizaremos la medición de las constantes vitales cada dos horas para llevar un exhaustivo control y también, controlaremos la diuresis en el mismo intervalo de tiempo que lo mencionado anteriormente, observando que mantiene un ritmo diurético adecuado, con una micción de 160 ml cada dos horas, a excepción de las primeras horas de la mañana, la cual refiere no poder iniciar la correspondiente micción. Todo lo citado anteriormente, se realiza con la finalidad de llevar un riguroso control de los niveles de electrolitos. Al realizar las actividades anteriores, observamos que mantiene el estado hemodinámico un poco alterado ya que la TA se encuentra en 152/89, debido principalmente al acto quirúrgico en sí (De la Fuente, 2018).

Para realizar este NIC emplearemos un tiempo total de 10 minutos.

La segunda intervención realizada sobre las 10:30, se corresponde con (0840) Cambio de posición, ya que según López et ál. (2012) podemos observar cómo de importante es llevar a cabo cambios de posición en una paciente que ha sido operada de una Fx de cadera con su respectiva colocación de una prótesis de cadera. Para ello, comenzaremos explicándole a nuestra paciente que le vamos a realizar cambios posturales con la finalidad de evitar la formación de úlceras por presión, debido al estado de inmovilización

de la zona afectada por la operación quirúrgica Díaz (2009), colocándole un colchón antiescaras, comprobando los valores de la SatO2 antes y después de la realización de los cambios de posición, observando que no ha habido ninguna alteración del estado respiratorio, ni que esta se ve alterada con la nueva posición adoptada. Hay que movilizar a este tipo de pacientes en bloque, para que no sufran más daño del ya sentido, además se acolchan aquellas zonas propensas a la aparición de úlceras por presión y en aquellas regiones edematosas si es posible, y también mantendremos una correcta hidratación de la piel (Sotillos, 2015).

Tras la realización de todo esto, observamos que no hay ningún deterioro de la piel, sin presentar signos de aparición de úlceras por presión. Es muy importante monitorizar esta intervención debido a que nuestra paciente muestra un alto riesgo en la escala de Norton.

El tiempo estimado para la realización de estos cambios posturales es de unos 20 minutos aproximadamente.

La tercera intervención enfermera que nos proponemos realizar a las 11:30 se corresponde con (4180) Manejo de la hipovolemia, debido a que una de las principales causas de producir una hipovolemia es la hemorragia, ya que esta se define como la severa disminución de la cantidad de sangre circulante, con la consiguiente disminución del volumen plasmático por lo que habría una reducción del oxígeno celular.

Para establecer un correcto control de la hipovolemia, con la finalidad de evitar un estado hipovolémico disminuido, lo primero que deberemos realizar será administrar las soluciones isotónicas prescritas, para ello, se le administra SF 0,9%, con 60 mili equivalentes de Cloruro Potásico, más una ampolla de Sulfato de Magnesio y una ampolla de Cloruro Cálcico. También con la finalidad de reponer la volemia y la presión plasmática habrá que administrar hemoderivados, lo cual es necesario debido a que los resultados del análisis de sangre que se encontraban alterados. Si fuese necesario también podríamos realizar las pruebas complementarias para detectar cualquier tipo de hemorragia interna (Félix-Sifuentes, 2018).

Tras la realización de este NIC observamos que nuestra paciente

mantiene una adecuada volemia corporal, ya que las actividades están encaminadas a evitar la aparición de dicha volemia. Las pruebas complementarias mencionadas anteriormente no fueron necesarias durante el turno de la mañana. Tampoco se mostró signos de sangrado en la herida quirúrgica.

El tiempo estimado para realizar esta intervención se corresponde aproximadamente con 10 minutos.

La cuarta intervención se realiza sobre las 12:30 horas, y será (4200) Terapia intravenosa (iv), que esta se define como la administración directa de líquidos o medicamentos directamente al torrente sanguíneo del paciente. Para ello, deberemos seguir las reglas de administración, verificando que todo lo que se administra sigue las normas de las “cinco c”, fármaco correcto, dosis correcta, paciente correcto, vía correcta y frecuencia correcta, prestando especial interés en las posibles alergias que pueda presentar nuestra paciente. Una vez esto se ha realizado, deberemos comprobar que el catéter se encuentra permeable y que no haya signos de flebitis en la zona de punción. Posteriormente prepararemos las diluciones correctas atendiendo a cada uno de los fármacos a administrar. Una vez todo se está infundiendo podremos observar si hay sobrecarga de líquidos o cualquier reacción negativa a la infusión (Victoria et ál., 2005).

Este NIC es extremadamente importante debido al estado que presenta nuestra paciente, ya que esta intervención nos permitirá mantener un correcto estado circulatorio y también hará que disminuya la sintomatología asociada a la intervención quirúrgica, según Carrero (2008). La paciente muestra cierta mejoría con respecto a su sintomatología, manifestando una disminución del dolor, indicando una puntuación de 5 en la escala EVA.

El tiempo invertido en preparar las diluciones de los fármacos, realizar las comprobaciones propias y administrarlas estará comprendido alrededor de 20 minutos.

Las dos últimas intervenciones habrá que abordarlas de forma conjunta a las 14:30, estas son (4130) Monitorización de líquidos y (2080) Manejo de líquidos/electrolitos, según Hernández-Cortez y Ramírez-Aldana (2016), estas

intervenciones están encaminadas en el riguroso control de los líquidos y electrolitos administrados y expulsados por el paciente, con la finalidad de mantener un correcto volumen intravascular y por tanto una correcta función cardiovascular, manteniendo de este modo una adecuada TA y SatO₂. Cuando haya pasado más tiempo y nuestra paciente se pueda poner en bipedestación, sería conveniente comprobar el peso de la misma, con la finalidad de monitorizar el posible cambio que haya surgido entre el nuevo peso de nuestra paciente con el establecido en el momento de su ingreso. Además, para una correcta monitorización de líquidos y electrolitos, es muy importante la realización de un balance hídrico tras la finalización de cada turno, teniendo muy en cuenta la comprobación de la temperatura de nuestra paciente, ya que habría que sumarle a las pérdidas del balance las pérdidas insensibles López et ál. (2012), pero tras comprobar la temperatura nuestra paciente se muestra afebril. Tras la realización de la analítica pudimos observar las deficiencias de líquidos y electrolitos, por lo que procederemos a instaurarle la respectiva sueroterapia pautada (Bocángel y Salazar, 2003).

Tras finalizar el turno procedemos a comprobar el balance hídrico que hemos obtenido durante el turno de la mañana, siendo este positivo, dentro de los valores normales, con lo cual, nos indica que la sueroterapia es la adecuada con respecto a las pérdidas que sufre nuestra paciente.

El tiempo estimado en la realización de estas intervenciones oscilará entre 15-20 minutos.

- Durante el turno de tarde procederemos a la realización de las mismas actividades descritas anteriormente, siguiendo las mismas indicaciones, y además recalcaremos la evolución que ha sufrido nuestra paciente durante su hospitalización en la UCI respecto a las actividades programadas. El turno de tarde se corresponde con la franja horaria de 15:30 a 22:30.

Haciendo referencia al NIC (4150) Regulación hemodinámica, podemos observar una importante disminución de la TA, encontrándose unos valores dentro del rango considerado como normal, siendo la TA de 126/75. Esta disminución es debida principalmente al inicio del tratamiento pautado y a la

continua eliminación urinaria, manteniendo un adecuado patrón miccional. Además, debido a la transfusión sanguínea que fue sometida nuestra paciente, obtuvo unos valores adecuados de hemoglobina, habiéndose corregido el defecto obtenido durante la intervención quirúrgica. Con respecto al edema presentado en la zona donde se halla la herida quirúrgica, se encuentra de la misma forma que durante el turno anterior, aunque sigue sin ser un signo de alarma, ya que se considera como una respuesta normal ante el procedimiento quirúrgico que fue sometida nuestra paciente.

Con respecto al NIC (0840) Cambio de posición, durante el turno de la tarde se continuó con los cambios posturales con el claro fin de conseguir el mismo objetivo que el mencionado en la realización de este NIC durante el turno de la mañana, el cual hace referencia a prevenir la aparición de las úlceras por presión en nuestra paciente, ya que esta debe permanecer encamada.

La tercera intervención realizada a nuestra paciente se corresponde con (4180) Manejo de la hipovolemia, la cual se mantiene en valores de normalidad debido a las perfusiones de sueroterapia que se le están infundiendo en perfusión continua. Durante el turno de la tarde no necesitó ninguna transfusión sanguínea, ya que como hemos indicado anteriormente, se habían estabilizado los valores que en el turno anterior aparecían como anormales, ni tampoco se hace uso de la realización de pruebas complementarias para detectar hemorragias internas, ni se observa ninguna hemorragia externa.

Aludiendo a la cuarta intervención propuesta, la cual se corresponde con (4200) Terapia intravenosa (i.v), podemos comprobar que se le administra toda la medicación programada para el turno de la tarde, suponiendo una mejora para el estado de nuestra paciente. Además, muestra una disminución del dolor, indicando una puntuación de 2 en la escala EVA, ya que manifiesta una leve molestia en la zona intervenida.

Las dos últimas intervenciones son (4130) Monitorización de líquidos y (2080) Manejo de líquidos/electrólitos, nuestra paciente vuelve a mostrar un balance adecuado a su situación, significando esto un adecuado estado de equilibrio entre las ganancias y las pérdidas de líquidos.

- Durante el turno de noche procederemos a la realización de las mismas actividades descritas durante el turno de la mañana, siguiendo las mismas indicaciones, y además recalcaremos la evolución que ha sufrido nuestra paciente durante el tiempo que ha estado hospitalizada respecto a las actividades programadas. El turno de noche se corresponde con la franja horaria de 22:30 a 08:30 del día 9 de octubre de 2019.

Comenzando por el NIC (4150) Regulación hemodinámica, podemos observar que nuestra paciente mantiene TA estables, con una adecuada SatO₂ y FC. Sigue con un ritmo diurético de 150 ml cada dos horas aproximadamente. Con respecto al edema localizado en la zona de la intervención quirúrgica, podemos observar como disminuye de tamaño considerablemente, significando que nuestra paciente muestra una herida quirúrgica limpia sin signos ni síntomas de infección ni de ninguna otra complicación.

Con respecto a la segunda intervención (0840) Cambio de posición, podemos recalcar que debido al alto riesgo que presenta nuestra paciente de formar úlceras por presión, como nos indica la escala de Norton, se continua realizando movilizaciones posturales de las zonas no afectadas, acolchamientos de aquellas zonas más propensas a desarrollar úlceras y mantiene un colchón antiescaras. Tras vigilar todo lo mencionado anteriormente, se observa que nuestra paciente no ha desarrollado ninguna úlcera ni aparece ningún signo o síntoma que indique la instauración de las mismas.

La tercera intervención realizada a nuestra paciente se corresponde con (4180) Manejo de la hipovolemia, la cual sigue su trascurso con total normalidad, como ya habíamos indicado durante el turno de la tarde. No precisa la realización de ningún test para determinar si hay o no hemorragias, ya que la herida se muestra con buen aspecto y el estado hemodinámico e hipovolémico no se halla alterado.

Aludiendo a la cuarta intervención propuesta, la cual se corresponde con (4200) Terapia intravenosa (i.v), podemos mencionar que se le administra todo el tratamiento pautado para el turno de la noche. Mantiene un adecuado control

de la sintomatología asociada a la intervención quirúrgica y refiere mantener una escala EVA de 0 debido a la acción de la analgesia administrada.

Las dos últimas intervenciones son (4130) Monitorización de líquidos y (2080) Manejo de líquidos/electrólitos, nuestra paciente muestra un balance hídrico de 24 horas positivo, indicando, como en los turnos anteriores, que las perfusiones continuas que se le están infundiendo son las adecuadas en referencia a las pérdidas que presenta nuestra paciente. Gracias a este dato, podemos casi saber que no está padeciendo nuestra paciente ninguna sobrecarga de líquidos evitando la consecuente producción de edemas o problemas cardiocirculatorios.

5.6.1. Cronograma de intervenciones / actividades.

En el siguiente cronograma indicaremos en que momento del día realizaremos las actividades propuestas anteriormente. El periodo de tiempo en el cual han sido programadas se comprende entre las 08:00 hasta las 24:00, ya que el objetivo se halla en que nuestra paciente descanse durante la noche. A la mañana del día siguiente, si todo ha ido según lo previsto, nuestra paciente subirá a planta, ya que el control necesario no es tan riguroso como en las primeras 24 horas.

Cuadro 6. Cronograma parte 1.

NIC \ Hora	08:30	09:30	10:30	11:30	12:30	13:30	14:30	15:30	16:30
(0840) Cambio de posición.			X						
(4200) Terapia intravenosa (i.v).					X				
(4130) Monitorización de líquidos.							X		
(4150) Regulación hemodinámica.	X		X		X		X		X
(2080) Manejo de líquidos/electrólitos.							X		
(4180) Manejo de la hipovolemia.				X					

Fuente: Elaboración propia del autor.

Cuadro 7. Cronograma parte 2

NIC \ Hora	17:30	18:30	19:30	20:30	21:30	22:30	23:30	24:00	07:30
(0840) Cambio de posición.	X						X		
(4200) Terapia intravenosa (i.v).				X				X	
(4130) Monitorización de líquidos.						X			X
(4150) Regulación hemodinámica.		X		X		X		X	
(2080) Manejo de líquidos/electrólitos.						X			X
(4180) Manejo de la hipovolemia.			X				X		

Fuente: Elaboración propia del autor.

5.7. Evaluación.

5.7.1. Evaluación del resultado del DxEp.

Cuadro 8. Atendiendo a nuestro DxEp, hemos obtenido la puntuación de nuestro NOCp. ggg

NOC	PI	PD	PA	TIEMPO
PRINCIPAL				
(0401)Estado circulatorio	3	4	4	24 horas
Escala Likert: 1-Desviación grave del rango normal, 2-Desviación sustancial del rango normal, 3-Desviación moderada del rango normal, 4-Desviación				

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead et ál. (2019).

Cuadro 9. Atendiendo a nuestro NOCp, hemos obtenido la puntuación de sus indicadores.

INDICADORES	PI	PD	PA	TIEMPO
(040101)Presión arterial sistólica	3	5	5	24 horas
(040102)Presión arterial diastólica	3	5	5	24 horas
(040137)Saturación de oxígeno	4	5	5	24 horas
(040154)Gasto urinario	3	5	5	24 horas
Escala Likert: 1-Desviación grave del rango normal, 2-Desviación sustancial del rango normal, 3-Desviación moderada del rango normal, 4-Desviación leve del rango normal, 5-Sin desviación del rango normal				
(040120)Edema periférico	3	4	4	24 horas
Escala Likert: 1-Grave, 2-Sustancial, 3-Moderado, 4-Leve, 5-Ninguno.				

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead et ál. (2019).

Como podemos observar en el cuadro anterior, nuestro NOCp (0401) Estado circulatorio se ha conseguido, ya que la PA es la propuesta en la planificación del DxEp por la PD, aunque el tiempo haya sido un poco escaso debido a que la estancia hospitalaria de nuestra paciente en UCI se corresponde solamente a 24 horas. Con respecto a los indicadores de nuestro NOCp también se han conseguido con creces todos y cada uno de ellos,

haciendo referencia a (040101) Presión arterial sistólica y (040102) Presión arterial diastólica, podemos referenciar que nuestra paciente obtuvo unos valores de TA acordes a los que refería mantener en el pasado, estabilizándose estos dentro de los rangos de normalidad. Haciendo referencia a (040137) Saturación de oxígeno, podemos decir que cuando ingresó en UCI mantuvo durante las primeras horas una SatO2 levemente disminuida con respecto a los valores normales, durante su estancia se estabilizó sin necesidad de administrar ningún tratamiento de oxigenoterapia, ya que esa disminución era considerada normal debido a la intervención quirúrgica. Con respecto a (040154) Gasto urinario, podemos mencionar que se mantuvo siempre un correcto patrón miccional, a excepción de las primeras horas, que refería sentir dificultad para realizar una adecuada micción. Para finalizar es importante mencionar la evolución de (040120) Edema periférico, ya que se mostró una leve inflamación de la herida quirúrgica durante todo el día, la cual se vio disminuida durante el turno de la noche. En conclusión, me hallo contento con la evolución que ha sufrido nuestra paciente, ya que ha mejorado considerablemente todos los parámetros que se habían mostrado alterados tras el procedimiento quirúrgico, logrando la correspondiente consecución del NOCp y de todos los indicadores propuestos en la planificación.

5.7.2. Evaluación del resultado del RCp.

Cuadro 10. Atendiendo a nuestro RCp, hemos obtenido la puntuación de nuestro NOCP.

NOC PRINCIPAL	PI	PD	PA	TIEMPO
(0413) Severidad de la pérdida de sangre	5	5	5	24 horas
Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno.				

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead et ál. (2019).

Cuadro 11. Atendiendo a nuestro NOCp, hemos obtenido la puntuación de sus indicadores.

INDICADORES	PI	PD	PA	TIEMPO
(041301) Pérdida sanguínea visible	5	5	5	24 horas
(041302) Hematuria	5	5	5	24 horas
(041312) Pérdida de calor corporal	5	5	5	24 horas
(041315) Disminución de la cognición	5	5	5	24 horas
(041308) Hemorragia postoperatoria	5	5	5	24 horas
Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno.				

Fuente: Elaboración propia basada en la taxonomía NOC Moorhead et ál., (2019).

Haciendo referencia al NOCp de nuestro RCp: (0413) Severidad de la pérdida de sangre, hemos podido observar que se ha conseguido con creces, ya que el objetivo era lograr una adecuada monitorización con la finalidad de que este no se llegase a producir. Para ello, hemos planificado una serie de indicadores, a través de los cuales nos permitirá mantener monitorizado de mejor manera nuestro NOCp. Aludiendo a (041301) Pérdida sanguínea visible y (041308) Hemorragia postoperatoria, hemos podido observar que estos indicadores no se han producido ya que la herida quirúrgica no ha mostrado signo de sangrado; el siguiente indicador (041302) Hematuria tampoco se ha llegado a producir, ya que el aspecto de la orina de nuestra paciente era el adecuado; con respecto a (041312) Pérdida de calor corporal, podemos observar que la temperatura corporal se mantuvo en valores constantes, mostrándose normofebril en todo momento; el siguiente indicador, (041315) Disminución de la cognición nos indica que tuvimos que estar alerta en todo momento para que nuestra paciente no mostrase ningún deterioro del nivel de cognición, percibiendo en todo momento lo que está ocurriendo y manteniéndose CyO. En conclusión, me hallo satisfecho con la consecución de nuestro NOCp del RCp y de sus indicadores, evitando así la aparición de una

Manejo del dolor en el anciano intervenido de prótesis total de cadera

complicación que hubiese supuesto un elevado deterioro del estado sanitario de nuestra paciente, por lo que la recuperación de la misma continúa su evolución natural.

6. DISCUSIÓN.

La definición de fractura, supone una discontinuidad en los huesos afectados debido a factores mecánicos o fisiológicos, según Saúl (2017). Teniendo en cuenta el motivo de consulta de nuestra paciente, éste se puede definir como la discontinuidad de los huesos propios de la cadera.

A su vez, hemos podido contrastar de varios autores la tasa de incidencia y de morbilidad de las fracturas de cadera. Todos coinciden en la elevada tasa de incidencias a nivel mundial, suponiendo una de las principales afecciones de la población adulta. En lo referente a la morbilidad, todos referencian que el 20% aproximadamente, fallece durante el primer año de ser operado de fractura de cadera (Mariblanca, 2012; Negrete et ál., 2014; Camacho et ál., 2015; Fernández et ál., 2015; López et ál., 2018).

A propósito del caso estudiado, mujer de edad avanzada que sufre una fractura de cadera de la que es intervenida, podemos ratificar lo mencionado anteriormente, ya que la evidencia encontrada afirma que las fracturas de cadera poseen mayor incidencia en mujeres y en la población anciana en general, colectivo del cual, se conoce el avance progresivo que va a encauzar en los próximos años, causando un aumento del 50% (Serra et ál., 2012; Duran, 2013; Rodríguez-Medina, 2015).

Sepúlveda (2018), define el dolor como algo intrínseco de cada ser humano, ya que cada uno puede tener una percepción propia del dolor. Es por esto, que lo define como una sensación de origen sensitivo y/o emocional, acompañado o no de daño tisular. Esta definición queda reafirmada por Marcos y Tizón (2013) y López y Rivera (2018), y además la completan, asociando el término de dolor a componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales. Nuestra paciente, se mostraba al inicio con un alto nivel de dolor, ya que se veía lejos de casa y sin sus seres queridos, en un ambiente desconocido, y emocionalmente afectada.

Muchos autores confirman el dolor como la principal complicación tras la colocación de la prótesis de cadera, síntoma que se puede observar en la paciente del caso de estudio. El dolor supone un síntoma incapacitante tras la colocación de una prótesis de cadera, por lo que éste ha sido el foco de estudio durante este presente trabajo (Vilchis-Rentería y Zaragoza-Lemus, 2012).

Existen muchos tipos de dolor, pero como hemos podido observar, el dolor agudo es aquel tipo que padece nuestra paciente, ya que ésta presenta dolor de forma inesperada y esporádica, debido a la lesión tisular, provocada por la operación quirúrgica. Esta información la podemos ratificar mediante el estudio de (Rosa-Díaz et ál., 2014).

Díaz-Heredía et ál. (2015) y Rodríguez (2020), resaltan la importancia de administrar profilaxis analgésica a los pacientes que van a sufrir una operación quirúrgica de tal índole, ya que conlleva a una disminución del dolor durante el postquirúrgico inmediato. La ausencia de dicha profilaxis a nuestra paciente, podría explicar el elevado dolor padecido durante su postquirúrgico en la UCI.

Debido a la subjetividad del dolor, diferentes autores coinciden en el instrumento utilizado para la medición del dolor, las escalas análogas, por su eficacia, efectividad y utilidad para cualquier colectivo social (desde pediatrias hasta ancianos), debido a su fácil manejo, González-Estavillo et ál. (2018). Por otro lado, Zúñiga y Tarraza (2018), comentan la efectividad de la observación directa para cuantificar el dolor, aunque también referencian la importancia de hacer uso de las escalas mencionadas anteriormente. Además, Ballester et ál. (2018), nos propone un elemento de medición que englobe lo propuesto por los dos autores anteriores, es decir, que englobe la verbalización del dolor con la observación directa del dolor, mediante observación de la expresión facial, rigidez muscular,... En nuestro caso, se le realizó a nuestra paciente una escala visual análoga, debido a que atendiendo a su edad, fue la que mejor resultado nos aportó. A su vez, hicimos hincapié en la observación directa de ésta.

El papel enfermero que adoptamos para el manejo del dolor de nuestra paciente, fue abordándolo desde una perspectiva humana y satisfaciendo sus necesidades biopsicosociales, tratando al dolor de forma individual y evitando el uso de protocolos. Como hemos mencionado anteriormente, el dolor de la paciente, es lo que ella dice que es, coincidiendo así con la información aportada por (Gómez y Cecilia, 2014; Moscoso, 2013).

El tratamiento más eficaz para una operación de colocación de prótesis de cadera, es el uso de analgesia en modo multimodal. Administrando opioides vía intratecal como primera opción, debido al bajo índice de efectos adversos, ya que necesitan menos dosis para conseguir efectos óptimos, unido a AINEs. Extrapolando esta información a nuestra paciente, el dolor que padecía era muy elevado, debido principalmente a que no se empleó el uso de este tipo de tratamiento analgésico (Morales, 2015; Mercanoğlu et ál., 2013; Ojeda et ál. 2018).

Por el contrario, autores como García et ál., (2018) y Alliance y Santa (2016) deniegan el uso de la vía intratecal debido a los efectos adversos producidos por el propio catéter, tales como infección, técnica de inserción dolorosa,... o por la eyección de medicación, tales como edema, nauseas,...

Según nos referencia la evidencia científica, y comparándolo con los resultados positivos que mostró nuestra paciente, la realización de movilizaciones de forma precoz en pacientes tras colocación de prótesis de cadera, reduce considerablemente la sintomatología física y las complicaciones asociadas a la intervención (Araujo y Alejandro, 2013; Andrés, 2014).

Por otro lado, hay autores que afirman el retraso en la realización de movilizaciones, aunque esto no fue necesario en nuestro caso, ya que nuestra paciente se mostró proactiva en la realización de dichas movilizaciones. El motivo del retraso, es que a causa del dolor generan rigidez de los miembros, lo cual les imposibilita la realización de movilizaciones durante los episodios agudos de dolor, por lo que consideran apropiadas el retraso de dichas movilizaciones (Vittecoq et ál., 2018; Martínez y Lacoma, 2018).

Varios autores comentan que en este tipo de pacientes, existe un mayor porcentaje de presentar problemas en el patrón de eliminación intestinal. Según Carrillo (2011) y Filinich (2018) se ocasionará uno de los problemas de eliminación más frecuentes, conocido como constipación, lo que dará lugar a aumento de dolor, ansiedad,... Además, Torres y González (2015), coinciden con Rodríguez (2014) en la realización del masaje abdominal como método para facilitar la defecación, y por lo tanto disminuir la sintomatología asociada. En el caso de nuestra paciente, no fue necesario la realización del masaje abdominal, ya que mantuvo un adecuado patrón de eliminación intestinal.

La literatura consultada, también coincide en la postura que deben adoptar estos pacientes para realizar una adecuada evacuación del contenido intestinal, ya que requieren de la adopción de una postura diferente a la de la población "sana". Gracias a las pertinentes explicaciones aportadas a la paciente, ésta mantuvo una adecuada postura durante la defecación (Celeiro, 2014; Carrera, 2013).

Según Acosta (2018), hay predilección sobre la elección del pañal frente a la cuña en este tipo de pacientes para recoger sus productos de desecho, ya que considera que hay menor manipulación de la zona afectada para realizar la colocación del pañal. En el caso de nuestra paciente, se hizo uso del pañal, ya que lo consideramos como un elemento de menor manipulación y de mayor comodidad para la paciente. No obstante, Hernando et ál. (2017), referencia el uso de la cuña al mismo nivel que el pañal, basándose en la elección de uno u otro por mero gusto personal. En el caso de nuestra paciente, se hizo uso del pañal, ya que lo consideramos como un elemento de menor manipulación y de mayor comodidad para la paciente.

Según Chamorro y Romera (2015) y Gil et ál. (2013), las UCIs con restricción de visitas, abogan un aumento de la sintomatología física y psíquica, perjudicando así a los pacientes ingresados. En nuestro caso, debido a que nuestra paciente se encontraba en este tipo de UCI, le generó una serie de síntomas, tales como aumentos de ansiedad, dolor, soledad,... (Gil et ál., 2013).

Por otro lado, la bibliografía nos referencia las múltiples ventajas que proporciona una UCI de puertas abiertas, ya que los pacientes sienten una mayor satisfacción debido a la presencia de sus familiares y seres queridos, mostrando incluso menor nivel de dolor y/o estrés asociado a su proceso quirúrgico, efectos que no pudimos observar en nuestra paciente, debido al modelo organizativo que seguía la UCI donde estuvo ingresada. Es por esto que todos los autores contrastados confirman los beneficios de este tipo de organización estructural, el cual debe ir implantándose en toda UCI (Sánchez et ál., 2014; Escudero et ál., 2014; Achury, 2014).

6.1. Limitaciones.

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- Tiempo limitado para realizar un seguimiento más exhaustivo del caso de estudio presentado, ya que en la UCI pasa solamente el postoperatorio inmediato, trasladándose a planta tras la estabilización completa de todas sus demandas y problemas de salud asociadas a la operación.
- Limitaciones de acceso a la información durante la entrevista, debido a su estado emocional.

7. CONCLUSIONES.

Las conclusiones que hemos identificado tras la realización de este trabajo son:

1. El dolor, es la complicación que mayor incidencia tiene tras la colocación de PTC, por lo que Enfermería posee un papel muy importante en el manejo del dolor y el cuidado a este tipo de pacientes. Enfermería debe detectar, clasificar y paliar el dolor en todo momento, tratando a los pacientes desde su esfera biopsicosocial.
2. El tratamiento de elección ante una operación quirúrgica de colocación de PTC, aún supone un reto para el personal sanitario. No obstante, se conoce que la vertiente de analgesia multimodal es la más eficaz, ya que se ha demostrado que se obtiene una óptima disminución del dolor. Y por otro lado, la administración de mórficos vía epidural, como la ruta de tratamiento a seguir en estos pacientes, nos permite un mayor manejo del dolor, haciendo uso de menor cantidad de fármaco empleado.
3. Los factores que más influyen en la recuperación de la paciente, están relacionados con el manejo del mismo por parte de Enfermería, en su proceso de postoperatorio inmediato, ya que el uso de una adecuada movilización de ésta y posición para hacer vientre, nos permite obtener un impecable manejo del dolor, consiguiendo incluso mejores resultados en su proceso de recuperación.
4. La restricción de visitas o presencia de familiares empeora la estancia hospitalaria (patrón habitual en las UCIs españolas). Se ha demostrado que la implantación de UCIs de puertas abiertas, mejora sistemáticamente el estado biopsicosocial de los pacientes, mostrando una disminución de la sintomatología asociada al proceso que han sufrido y hasta incluso, menor incidencia de complicaciones asociadas.

5. La realización del presente plan de cuidados, haciendo uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC, permitió identificar como diagnóstico principal "(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c edades extremas, deterioro de la circulación y procedimiento quirúrgico m/p lesión tisular", asociado a la complicación potencial principal "RC de hemorragia/ formación de hematoma". A su vez, esto se planificó junto a unos objetivos e intervenciones, las cuales permitieron satisfacer las necesidades de la paciente.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alliance, S. P., y Santa, C. A. (2016). Conferencia de Consenso sobre Polianalgésia (PACC). Recomendaciones para la administración de fármacos por vía intratecal: guía para mejorar la seguridad y mitigar los riesgos.
- Achury, L. F. (2014). Panorama general de las visitas en las unidades de cuidados intensivos. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16(1), 61-71.
- Acosta, I. (2018). *Tratamiento fisioterapéutico en luxación congénita de cadera*. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2324>
- Acosta, L., y Belinda, E. (2018). Acortamiento del psoas iliaco y dolor lumbar en pacientes del Hospital III EsSalud Chimbote—2017. *Universidad San Pedro*. <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/5759>
- Andrés, N. S. (2014). Fisioterapia en las prótesis de cadera tras una fractura. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 6(3). <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1706>
- Aparicio, A. (2018). *¿Tiene impacto en los usuarios de las UCI de adultos el régimen de visitas abierto?* <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/4081>
- Araujo, S., y Alejandro, M. (2013). *Cadera dolorosa y coxartrosis en el adulto joven revisión bibliográfica a propósito de un caso*. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2550>
- Arce, J. C. (2009). Complicaciones hemodinámicas en la artroplastía de cadera cementada. *ACTA ORTOPÉDICA MEXICANA*, 4.

- Azagra, R., López-Expósito, F., Martín-Sánchez, J. C., Aguyé-Batista, A., Gabriel-Escoda, P., Zwart, M., Díaz-Herrera, M. A., Pujol-Salud, J., Iglesias-Martínez, M., y Puchol-Ruiz, N. (2015). Incidencia de la fractura de fémur en España (1997-2010). *Medicina Clínica*, 145(11), 465-470. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.02.023>
- Balcázar, P., González-Arratia, M., López-Fuentes, N. I., Gurrola, G. M., y Moysén, A. (2013). *Investigación cualitativa*. Universidad Autónoma del Estado de México. <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/4641>
- Ballester, A., Fuentes, Z., López, S. E., Puerto, T., y Rodríguez, O. (2018). Herramienta de evaluación del paciente con dolor posoperatorio. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 17(2), 1-11.
- Bautista, L. M., Arias, M. F., y Carreño, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297-1309. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Bocángel, D., y Salazar, J. (2003). Aporte parenteral de líquidos y electrolitos. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 42(2), 148-152.
- Bolaños, M. (2017). *Fractura del extremo proximal del fémur*. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81730>
- Briceño, I. (2005). Sepsis: Etiología, Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico. *MEDICRIT Revista de Medicina Crítica*, 2(9), 203. <https://doi.org/10.5413/mrmc.2005.29.55>
- Bucholz, R. W. (2014). Indicaciones, técnicas y resultados de reemplazo total de cadera en estados unidos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(5), 760-764. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70104-X](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70104-X)
- Bulecheck, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., y Wagner, C. M. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier España.

- Candel, F. J., Martínez-Sagasti, F., Matesanz, M., González del Castillo, J., Ortuño, F., Martín, F. J., Moneo, A., y Candel, I. (2008). Detección y manejo inicial del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en las urgencias de medicina: Análisis de 24 horas en un hospital general. *Anales de Medicina Interna*, 25(5), 205-208.
- Camacho, D., Jimenez, C., y Sepulveda, M. (2015). *Aproximación epidemiológica de las fracturas de cadera en Chile*.
- Carrera, M. E. (2013). *Terapia ocupacional en pacientes con prótesis de rodilla para lograr su independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), aseo, vestido y traslado*. 107.
- Carrero, M. C. (2008). *Curso nuevo:Reanima*.
https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:JaHWPB9uBcoJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5
- Carrillo, A. (2011). *Efecto de la ingesta del Lactobacillus casei Shirota en la función del aparato digestivo del paciente hospitalizado con fractura de cadera* [Thesis].
<http://www.repositoriodigital.ipn.mx//handle/123456789/9006>
- Carrillo, R., y Garnica, M. A. (2010). *Presión intraabdominal*. 5.
- Castañón, J. A., Satué, J., Rosales, F. C., Polanco, C., y Miranda, R. (2013). Nueva técnica y dispositivo para medir la presión intraabdominal. *Cirugía y Cirujanos*, 81(2), 112-117.
- Castro, B. L., Ponce, L., González, M., y Álvarez, D. (1997). Trauma y sepsis. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 26(2), 129-140.
- Celeiro, I. (2014). *Productos y tecnología para las actividades de movilidad y autocuidado de las personas dependientes: Análisis de barreras y facilitadores*. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/12449>
- Chamorro, C., y Romera, M. A. (2015). Dolor y miedo en la UCI. *Medicina Intensiva*, 39(7), 442-444. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.05.005>

- Coronell, W., Pérez, C., Guerrero, C., y Bustamante, H. (2009). Sepsis neonatal. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*, 22.23(90), 57-68.
- Cuichán, G. (2018). *Artroplastia de cadera Tratamiento fisioterapéutico aplicado a una paciente con prótesis de cadera en el Hospital Integral del Adulto Mayor en el período diciembre 2017 - febrero 2018*. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/16076>
- De Castro, J. M.-V. (2000). *Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones*. 7, 12.
- De la Fuente, N. (2018). *Atención y cuidados de enfermería en el postoperatorio del paciente quirúrgico*. 59.
- Díaz, M. (2009). *Úlceras por presión en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas de cadera o de rodilla*. 9.
- Díaz-Heredia, J., Loza, E., Cebreiro, I., y Ruiz Iban, M. Á. (2015). Analgesia preventiva en artroplastia de cadera o rodilla: Una revisión sistemática. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 59(2), 73-90. <https://doi.org/10.1016/j.recot.2014.09.004>
- Duran, M. J. (2013). Incidencia de fractura de cuello de fémur secundario a osteoporosis en el Adulto Mayor, en pacientes hospitalizados en la Clínica Durán de la ciudad de Ambato año 2011. *Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/5526>
- Escudero, D., Viña, L., y Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>
- Espinosa, E. L., Valdés, M., y Matamoros, M. S. (2014). *Predictores de vasoespasmo cerebral sintomático en la hemorragia subaracnoidea espontánea - Predictors of Symptomatic Cerebral Vasospasm in Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage*. 12.

- Esteve-Pérez, N., Sansaloni-Perelló, C., Verd-Rodríguez, M., Ribera-Leclerc, H., y Mora-Fernández, C. (2017). Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(3), 132-139. <https://doi.org/10.20986/resed.2017.3542/2016>
- Fariña, D. (2014). *El ejercicio físico tras una artroplastia de cadera: Revisión bibliográfica*. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/14144>
- Félix-Sifuentes, D. J. (2018). Choque hipovolémico, un nuevo enfoque de manejo. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(S1), 169-174.
- Fernández, M., Martínez, J., Olmos, J., González, J., y Hernández, J. (2015). Revisión de la incidencia de la fractura de cadera en España. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 7(4), 115-120.
- Fernández, R. M., Mateos, G. G., Pérez, C. A., Gayoso, M. N., y Vendrell, T. A. (2015). *Gestión del dolor en pacientes del programa Rapid Recovery (RR. 6*.
- Fernández-Castillo, A., Vílchez-Lara, M. J., y Caballero, J. (2016). Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(3), 151-158.
- Filgueiras, B., Bembibre, R., Corona, L. A., y Soler, C. (2011). Monitoreo de la presión intraabdominal (PIA) en el paciente quirúrgico grave. *Revista Cubana de Cirugía*, 40(1), 18-23.
- Filinich, N. (2018). Factores de riesgo asociados a complicaciones posquirúrgicas en fracturas de cadera en pacientes del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo. *Universidad Nacional de San Agustín*. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5535>
- García, J. M., Lizcano, C. T., Torres, M., Álvarez, L. F., Martínez, L. M., y Vallejo, E. (2018). Efectividad analgésica de clonidina vs. Morfina como coadyuvantes de la anestesia espinal con bupivacaína hiperbárica en pacientes sometidas a cesárea. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 207-213. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3619/2017>

- Gentilini, D. J. (2005). *Prevención de la fractura de cadera en ancianos, medidas no farmacológicas*. 9.
- Gil, B., Ballester, R., Gómez, S., y Abizanda, R. (2013). Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 129-138. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12769>
- Goberna, M. J., Mayo Moldes, M., y Lojo Vicente, V. (2014). Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(1), 50-58. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462014000100006>
- Gómez, M., y Cecilia, D. (2014). Restos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: Una forma de humanización. *Revista Cuidarte*, 5(1), 679-688.
- González, M. (2014). *Dolor Crónico y Psicología*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700811>
- González-Estavillo, A. C., Jiménez-Ramos, A., Rojas-Zarco, E. M., Velasco-Sordo, L. R., Chávez-Ramírez, M. A., y Coronado-Ávila, S. A. (2018). *Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio*. 1, 8.
- González-Vélez, A. E., Díaz-Agero Pérez, C., Robustillo-Rodela, A., y Monge-Jodrá, V. (2011). Incidencia y factores asociados a la infección de localización quirúrgica tras artroplastia de cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 55(4), 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.recot.2011.03.004>
- González-Vélez, A. E., Romero-Martín, M., Villanueva-Orbaiz, R., Díaz-Agero Pérez, C., Robustillo-Rodela, A., y Monge-Jodra, V. (2016). El coste de la infección en artroplastia de cadera: Estudio de casos y controles emparejado. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 60(4), 227-233. <https://doi.org/10.1016/j.recot.2016.02.001>

- González-Villavelázquez, M. L., y García-González, A. (2013). *Traumatismo craneoencefálico*. 8.
- Gordon, M. (2003). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Ed 10^o. Madrid. Elsevier.
- Gordon, A., y Starkebaum, M. D. (2017). *Serie sobre artroplastia de cadera—Cuidados postoperatorios*.
https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_presentations/100006_5.htm
- Gutiérrez, J. (2014). Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. *Revista Enfermería CyL*, 6(2), 74-92.
- Harkouk, H., Pares, F., Daoudi, K., y Fletcher, D. (2018). Farmacología de los opioides. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 44(2), 1-24.
[https://doi.org/10.1016/S1280-4703\(18\)89443-9](https://doi.org/10.1016/S1280-4703(18)89443-9)
- Herdman, T. H., y Kamitsuru, S. (2015). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014*. Elsevier España.
- Hernández-Cortez, E., y Ramírez-Aldana, L. (2016). Manejo de líquidos y electrolitos en el neonato. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(S1), 197-199.
- Hernando, A., Guillamas, C., Gutiérrez, E., Sánchez-Cascado, G., Tordesillas, L., y Méndez, M. J. (2017). *Técnicas básicas de enfermería. Novedad 2017*. Editex.
- Herrera, J. (2017). *La investigación cualitativa*.
<http://148.202.167.116:8080/xmlui/handle/123456789/1167>
- Jimenez, C. (2002). *Caso clínico de un individuo con afección motora severa*. 13.
- López, E., Chedraui, P., Guerrero Franco, K., Marriott, D., Palacio, J., y Segale, A. (2018). Fracturas osteoporóticas de cadera en adultos mayores en Ecuador 2016. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 10(2), 63-70. <https://doi.org/10.4321/s1889-836x2018000200002>

- López, M. V. (2018). Unidad de cuidados críticos de adultos: paciente, familia y personal: identificando beneficios, factores facilitadores y obstaculizadores para una política de visitas de puertas abiertas: ¿abrimos las puertas de la UCI?: Revisión bibliográfica.
- López, J. R., y Rivera, S. (2018). Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 340-356.
- López, R. B., Martínez, A. J. P., Molina, M. P., Laserna, A. B., Fernández, M. P. V., y Pérez, Á. D. (2012). Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. *Enfermería Global*, 11(2). <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.2.125101>
- López, R. M. (2012). *Fracturas de cadera en mujeres postmenopáusicas*. 6.
- Machado-Alba, J. E., Machado-Duque, M. E., Calderón, V., González, A., Cardona, F., Ruiz, R., y Montoya, J. (2013). ¿Estamos controlando el dolor posquirúrgico? *Revista Colombiana de Anestesiología*, 41(2), 132-138. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2013.02.001>
- Marcos, M. P., y Tizón, E. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), 168-177. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>
- Mariblanca, C. (2012). *Plan de cuidados de fractura de cadera*. <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/908>
- Marín, O., Fernández-Tormos, E., Dantas, P., Rego, P., y Pérez-Carro, L. (2016). Anatomía y función de la articulación coxofemoral. Anatomía artroscópica de la cadera. *Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular*, 23(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.reaca.2016.02.001>
- Maritza, V. (2014). *Dolor neuropático*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700835>

- Martínez, M., Alonso, C., Gonzalez, D., Latre, L., y Rodríguez, P. (2018). ARTROPLASTIAS DE CADERA Y RODILLA,¿ QUÉ PASA CUANDO SE COMPLICAN?. *Seram*.
- Martínez, M. O. (2010). Prótesis de cadera—Hip prosthesis. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, 74, 29-32.
- Martínez-Olivares, M. V., Cegueda-Benítez, B. E., Romero-Quechol, G., Galarza-Palacios, M. E., y Rosales-Torres, M. G. (2015). Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 3-8.
- Mendoza, S. (2017). *Protocolo de atención de enfermería para pacientes postquirúrgicos de artroplastia de cadera en el Hospital San Luis de Otavalo, en el año 2011*. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/6281>
- Mercanoğlu, E., Alanoğlu, Z., Ekmekçi, P., Demiralp, S., y Alkiş, N. (2013). Comparación de la Morfina Administrada por Vía Intravenosa y Vía Epidural con/sin Bupivacaína o Ropivacaína en el Tratamiento del Dolor Pos toracotomía con la Técnica de Analgesia Controlada por el Paciente. *Brazilian Journal of Anesthesiology (Edición en Español)*, 63(2), 213-219. <https://doi.org/10.1016/j.bjanes.2012.05.003>
- Mauriz, J. L., Martín Renedo, J., Barrio, J. P., Culebras, J. M., y González, P. (2017). Modelos experimentales sobre shock hemorrágico. *Nutrición Hospitalaria*, 22(2), 190-198.
- Molina, J., Figueroa, J., y Uribe, A. (2013). *El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados | Universitas Psychologica*. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/1819>
- Montenegro, P. A., Farias-Reyes, D., Galiano-Gálvez, M. A., y Quiroga-Toledo, N. (2016). Visita restrictiva / Visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. *Aquichan*, 16(3), 340-358. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.6>

- Moorhead, S. (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud*.
- Morales, M. A. (2015). Analgesia en artroplastia total de cadera con microdosis de morfina vs morfina dosis estándar vía subaracnoidea.
- Moscoso, J. (2013). *El dolor crónico en la historia | Revista de Estudios Sociales*.
<https://revistas.uniandes.edu.co/doi/abs/10.7440/res47.2013.13>
- Muñoz, S., Lavanderos, J., Vilches, L., Delgado, M., Cárcamo, K., Passalacqua, S., y Guarda, M. (2018). Fractura de cadera. *Cuadernos de Cirugía*, 22(1), 73-81. <https://doi.org/10.4206/cuad.cir.2008.v22n1-11>
- Murillo, F. J., Payeta, A. M., Martín, I. M., Lara, A. J., Gutiérrez, R. C., Sánchez, J. C., y Moreno, R. V. (2013). Estudio de casos. *Trabajo fin de estudios sin publicar*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Nanco, M., y Paredes, M. G. (2015). *Toma de medición intraabdominal a personas en estado crítico, por el profesional de enfermería*. 4.
- Negrete, J., Alvarado, J. C., y Reyes, L. A. (2014). Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de casos y controles. *Acta Ortopédica Mexicana*, 28(6), 352-362.
- Ochagavía, A., Baigorri, F., Mesquida, J., Ayuela, J. M., Ferrándiz, A., García, X., Monge, M. I., Mateu, L., Sabatier, C., Clau-Terré, F., Vicho, R., Zapata, L., Maynar, J., y Gil, A. (2014). Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. *Medicina Intensiva*, 38(3), 154-169. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.10.006>
- Ojeda, D., Monsalve, V., Palma, F., López, S., Merino, J. A., y Cisternas, P. (2018). Duración efectiva y factores determinantes de la analgesia con morfina intratecal en prótesis de cadera. *Revista Chilena de Anestesia*, 47(s1). <https://doi.org/10.25237/revchilanestv47s01.05>

- Oliva, L. A., Navarro, M. F., Ferrando, M. J., Zafra, M., Carazo, M. V., y Alonso, L. S. (2018). Anatomía de la cadera. Seram.
- Páez, D. R. (2006). Complicaciones tempranas en la artroplastia total primaria de la cadera. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*, 8.
- Pagès, E., Iborra, J., y Cuxart, A. (2007). Artroplastia de cadera. *Rehabilitación*, 41(6), 280-289. [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(07\)75531-7](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(07)75531-7)
- Palma, B., y Santiago, J. (2019). *Cumplimiento de las intervenciones de enfermería en el cuidado de pacientes con heridas traumatológicas en un Hospital General en la Ciudad de Guayaquil*. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12468>
- Palomino, L., Ramírez, R., Vejarano, J., y Ticse, R. (2016). Fractura de cadera en el adulto mayor: La epidemia ignorada en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 33(1), 15-20.
- Pesut D., y Herman J. (1989). Modelo AREA. Ágora de enfermería.
- Puebla, F. (2013). *Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S037848352005000300006&script=sci_arttext&tlng=en
- Riera, C. (2016). *Actuación de Enfermería en la hemorragia digestiva baja*. 18.
- Rodríguez, O. (2020). "Efectividad del diclofenaco sódico y ketorolaco como profilaxis analgésica, en cirugía de terceras molares retenidas, en pacientes de la clínica odontológica Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia Del Santa, departamento de Áncash, año 2018". *Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote*. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/16041>
- Rodríguez, R. (2018). Delirio por fractura de cadera en el adulto mayor Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018. *Universidad de San Martín de Porres – USMP*. <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3786>

- Rodríguez, T. (2014). *Guía de recomendaciones higiénico-dietéticas dirigidas a la población para prevenir y tratar el estreñimiento y su justificación científica*. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5099>
- Rodríguez-Medina, L.M. (2015). *Deterioro funcional tras intervención de prótesis de rodilla en adulto mayor de 65 años: Papel de enfermería*. <http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/1624>
- Rosa-Díaz, J., Navarrete-Zuazo, V., y Díaz-Mendiondo, M. (2014). *Aspectos básicos del dolor postoperatorio y la analgesia multimodal preventiva*. 1, 9.
- Sánchez, P. T., Sánchez, J. M., Lamo, M., y Peiró, G. (2014). Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica | Free Full-Text | Psicobioquímica (Estrés, Ansiedad y Depresión) en Fibromialgia. *Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica*, 2014; 3: 55 - 68. http://www.psicobioquimica.org/fibromialgia_1_04.html
- Saúl, M. (2017). Proceso de cuidado enfermero en paciente con artroplastia de cadera.
- Serra, J. A., Garrido, G., Vidán, M., Marañón, E., Brañas, F., y Ortiz, J. (2012). Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *Anales de Medicina Interna*, 19(8), 9-19.
- Serrano, S., Domenech, O., Sunyer, I., y Pulido, I. (2002). Shock: Parte I. Generalidades. *Clínica veterinaria de pequeños animales*, 22(1), 0007-0017.
- Sicras, A., De Salas, M., y Ruiz, M. (2012). *Utilización de recursos sanitarios y costes asociados al diagnóstico y tratamiento de cada episodio de trombosis venosa profunda y sangrado en pacientes intervenidos de cirugía ortopédica de cadera o rodilla [Rev Ortop Traumatol (Madrid).2012]-Medes*. <https://medes.com/publication/76366>

- Tandazo, V. E. (2014). *Estudio comparativo de dos esquemas: Fentanyl-Bupivacaína simple y Buprenorfina vía peridural, en el manejo del dolor postquirúrgico en prótesis de cadera. Hospital Regional 2 IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo. 2011-2012* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados).
- Torres, A., y González, M. (2015). Constipación crónica. *Revista chilena de pediatría*, 86(4), 299-304. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.017>
- Torres, A., y Mallen, A. (2015). Factores asociados a un sangrado mayor en reemplazo total de cadera. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2306-41022015000500002&script=sci_arttext
- Valdés, H., Nápoles, M., Peña, G., y Pereda, O. (2018). *Morbimortalidad de las fracturas de caderas.* <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84904>
- Valdés, M. R., Nadal, J. L., Agulla, T. A., Valdés, E. S., y Vargas, M. G. (2003). Empleo de Tramadol como analgesia preventiva. *Rev Cubana Anestesiología y Reanimación*, 2(2). <http://www.revanestesia.sld.cu/index.php/anestRean/article/view/27>
- Valvás, V. M., y Gómez, A. F. (2019). Módulo 2 proceso de atención de enfermería en las caídas del paciente geriátrico.
- Vargas, O. A. (2016). REGENERACION Y CICATRIZACION. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 2256.
- Víctor, M. (2011). Shock hemorrágico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 255-264. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70424-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70424-2)

- Victoria, R., Arroyo, G., Manuell, G., Jiménez, J., Galindo, M., Hernández, G., Sánchez, LE., Hernández, EM., Campos, C., Chávez, M., Garnica, R., Sosa, P. B., Ortiz, MT., Olguín, P., Suárez, M., Jasso, G., Ibarra, G., y Tena, C. (2005). Recomendaciones específicas para enfermería sobre el proceso de terapia endovenosa. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 13(1-2), 53-60.
- Vilchis-Rentería, J. S., y Zaragoza-Lemus, G. (2012). *Déficit cognitivo en artroplastía de cadera y rodilla*. 4.
- Villar, A. E., Villar, Á. R., y Díaz, M. (2010). Descripción de una nueva combinación de técnicas para el desbridamiento de heridas crónicas. *Gerokomos*, 21(1), 44-47.
- Vittecoq, O., Lequerré, T., Michelin, P., y Dujardin, F. (2018). Actitud diagnóstica y tratamiento ante un dolor de cadera en el adulto. *EMC - Tratado de Medicina*, 22(1), 1-6. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(17\)87875-2](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(17)87875-2)
- Zaragoza, P., y Benito, C. (2011). *Comportamiento del exceso de base, lactato y saturación venosa en pacientes con Choque hipovolémico hemorrágico por trauma atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital General Balbuena* [Thesis]. <http://www.repositoriodigital.ipn.mx/handle/123456789/12449>

