

ALEXANDRU BEJENARI

**IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DE CADERA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD
DE VIDA DE PACIENTES JOVENES EN EDAD LABORAL**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por: PhD José Fernández Sáez

Facultad de Enfermería



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

TORTOSA 2020



SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS

Nom i cognoms: ALEXANDRU BEJENARI

DNI: X8220411G

Adreça: C/JOAN XXIII 1, 10

Codi postal: 43530

Població: ALCANAR

Tel. Fix:

Tel. Mòbil: 727799217

Adreça electrònica URV: X8220411@epp-URV.CAT

EXPOSO

Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat:

Impacto de la intervenció de codera en la mejora de la calidad de vida de pacientes jóvenes en edad laboral

Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau:

PhD. José Fernández Sáez

I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO

Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En , 14 de Mayo de 2021

(signatura)

EL/LA TUTOR/A: José Fernández Sáez

Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau

Data i signatura:

14/05/2021

EL/LA COORDINADOR/A: Data de recepció i signatura



“El tamaño del éxito será del tamaño de tu esfuerzo”

FRANCISCO DE MIRANDA

Agradecimientos

Sinceramente, nunca pensé que podría llegar tan lejos, todo empezó con un módulo mediano de auxiliar de enfermería en el que me metí sin saber siquiera lo que realmente me gustaba. Poco a poco me iba dando cuenta que el trato con las personas me encanta y a medida que me iba formando me gustaba más y más.

Este trabajo es nada más y nada menos que el fruto de 4 años de sacrificio y dedicación de mi vida.

Quiero dejar esta nota de agradecimiento a mis padres por todo el apoyo obtenido y por guiarme en el camino correcto que yo mismo escogí y a todo el sacrificio que han hecho por mí una vez dentro de la universidad. Gracias madre por darme ese apoyo que siempre necesitaba y escúchame en los momentos que más tensión tenía y más emoción (aunque sé que nunca te ha gustado lo que te contaba de las practicas ya que te da miedo la sangre). Gracias padre por haber sacrificado tanto y haber luchado por llevarme hasta día de hoy, y por ser la inspiración en la que me baso este trabajo de final de grado. Gracias hermanita por ser tan divertida y por apoyarme en mis decisiones. Y gracias Abril por ser mi pareja y la persona que más me ha escuchado y apoyado durante estos últimos años.

Quiero agradecer a mis profesores, tanto los de los ciclos que hice anteriormente como a los de la Universidad Rovira y Virgili, por darnos las mejores clases y el mejor material para formarnos profesionalmente, quiero agradecer a mis amigos y compañeros de clase por formar tan buen equipo y apoyarnos en la época de exámenes durante estos 4 años, en especial Alejandro “eres el hermano de otra madre” que descubrí durante mi estancia en la carrera.

A todos los tutores y profesionales sanitarios que hemos tenido en nuestras estancias de prácticas clínicas. A mi tutor de trabajo de final de grado, el PhD. José Fernandez Saez por guiarme en cada apartado de este trabajo.

GRACIAS.

Resumen

En España, se realizan aproximadamente unas 35.000 intervenciones de cadera anualmente, la mayoría, en pacientes en edad geriátrica. Una parte de estas intervenciones se realizan a personas jóvenes, en edad laboral que aún no han cumplido su cometido y desean rehacer su vida. El implante de una prótesis de traumatología puede mejorar la calidad de vida de estas personas. El objetivo de este trabajo es realizar una búsqueda bibliográfica para conocer el cambio que supone en la vida de una persona con prótesis de cadera en edad laboral. Se realizó una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos utilizando palabras claves y los criterios de inclusión y exclusión. Se obtuvieron 737 artículos de los que, aplicando dichos criterios, fueron seleccionados 8. Se concluye que los pacientes jóvenes en edad laboral tras una intervención de cadera mejoran mucho su calidad de vida en todos los ámbitos.

Abstract

In Spain, approximately 35,000 hip interventions are performed annually, most of them in geriatric-aged patients. A part of these interventions are carried out to young people, of working age who have not yet fulfilled their mission and wish to rebuild their lives. The implantation of a trauma prosthesis can improve the quality of life of these people. The objective of this work is to carry out a bibliographic search to know the change that it implies in the life of a person with a hip replacement of working age. A bibliographic search was carried out in three databases using keywords and the inclusion and exclusion criteria. 737 articles were obtained from which, applying these criteria, 8 were selected. It is concluded that young patients of working age after hip intervention greatly improve their quality of life in all areas.

ÍNDICE

1- Justificación.....	pág.7-8
2- Marco Teórico y Marco conceptual.....	pág.8-12
3- Hipótesis.....	pág.13
4- Objetivo.....	pág.13
5- Metodología.....	pág.14-25
6- Discusión.....	pág.26-27
7- Conclusión	pág.28
8- Implicación a profesionales.....	pág.28
9- Revisión bibliográfica.....	pág.29-31
10- Anexos.....	pág.32-44



ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- THA/ATC: La artroplastia total de cadera
- RHA/ACS: La artroplastia de cadera de superficie o resurfacing
- AF: Actividad Física
- AVD: Actividad de vida diaria
- RTW: volver al trabajo
- RTS: Volver a la actividad deportiva

1. JUSTIFICACIÓN

La fractura de cadera es una de las lesiones óseas más devastadoras en la población mayor debido a su elevada morbilidad, carga social y económica que determina.

(1)

Una de las áreas de mayor preocupación actual en el campo de la cirugía ortopédica es la llamada cadera del adulto joven y, por lo tanto, todo sobre las prótesis de cadera, en estos pacientes.

Son adultos activos, menores de 55 años, en lo que se busca una mayor supervivencia de las prótesis de cadera y los pacientes esperan seguir con una actividad física más exigente, como corresponde a su etapa vital. El paciente joven es un paciente con implicaciones muy especiales.

Actualmente un paciente portador de una prótesis de cadera puede realizar la misma actividad que realizaba antes, de hecho, podrá realizar más actividad dado que no tendrá el dolor de cadera como principal limitante.

No obstante, es importante remarcar que ninguna prótesis de ninguna articulación está diseñada para realizar actividades de impacto, por lo que no se aconseja correr ni realizar actividades que conlleven impacto en dicha articulación de manera enérgica (fútbol, baloncesto, etc).

Por el contrario cualquier actividad que no implique dicho traumatismo repetitivo es totalmente posible (tenis, paddle, ciclismo, natación, submarinismo, esquí, etc), siempre y cuando el paciente la realizara previamente.

En el caso de las mujeres jóvenes, en edad fértil, se suma, al problema funcional de la cadera, el dolor, la limitación y la rigidez.

Además de un componente de angustia sobre aspectos fundamentales en estas edades, como limitación para una vida familiar o la posibilidad de tener un parto normal con una prótesis de cadera.

Una de las funciones principales de enfermería consiste en explicar al paciente y a la familia los ejercicios que deberá realizar, las actividades contraindicadas y los procedimientos que se van a realizar durante todo el proceso.(2)

La alimentación es un factor vital, ya que un estado de malnutrición produce pérdida de la masa muscular y ósea que empeorará el estado de salud del paciente y aumentará el riesgo de sufrir futuras caídas.

2. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

La artroplastia de cadera es un procedimiento quirúrgico que consiste en sustituir las superficies articulares deterioradas por una prótesis, dicha técnica ha sido uno de los hitos o avances más importantes de la cirugía ortopédica a lo largo de su historia. Desde los primeros intentos de sustituir una cadera lesionada por un elemento artificial, han sido muchos los materiales utilizados con mayor o menor éxito.(3)

El primer gran avance en la artroplastia de cadera ocurre en 1923, cuando Smith-Petersen introdujo el concepto de “artroplastia de molde”. El procedimiento pretendía restaurar las superficies articulares dañadas mediante la exposición del hueso esponjoso en la cabeza femoral y colocación de una cúpula sobre la misma. Se eligió el cristal como material para realizar los primeros implantes, y aunque todas las cúpulas se rompían a los pocos meses, los resultados iniciales parecían esperanzadores.

Se usaron nuevos materiales más resistentes y elásticos como la celulosa, la cual tuvo que ser abandonada por producir importante reacción a cuerpo extraño.

No fue hasta el desarrollo del vitalium en 1938 cuando se dispuso de implantes de duración suficiente, este implante se convirtió desde finales de los años 30 hasta la introducción de la moderna artroplastia total de cadera como la referencia de reconstrucción coxofemoral. En 1957, unos años después de la muerte de Smith-Petersen, Aufranc⁵ publicó un 82% de buenos resultados en 1.000 caderas intervenidas con la copa de Vitalium de Smith-Petersen.

El siguiente adelanto en el desarrollo de la artroplastia de cadera consistió en el diseño de endoprótesis metálicas con vástagos medulares para la fijación esquelética. Los dos modelos más populares fueron desarrollados en Estados Unidos por Fred Thompson en 1950 y A.T. Moore en 1952.

Los vástagos más largos permitían la transmisión de las fuerzas de soporte de peso a lo largo del eje del fémur, en lugar de generar fuerzas de cizallamiento a nivel del cuello femoral, estos nuevos dispositivos endomedulares se basaban en la fijación a presión dentro del canal medular.

La mayor supervivencia conseguida con estas prótesis de vástago largo favoreció la aparición de otro tipo de complicaciones. Así, el mayor problema derivaba de la erosión del hueso en el lado acetabular, por lo que se desarrollaron nuevos implantes con recambio tanto del componente femoral como del acetabular.

Nació así la era de las artroplastias totales de cadera.

La historia de la artroplastia total de cadera ha sido dinámica y se continúa investigando para mejorar los resultados, en especial en los pacientes más jóvenes. En cuanto a los materiales del vástago se ha pasado del acero inoxidable a las aleaciones de cromo – cobalto, y de estas, a las de titanio, más resistentes y biocompatibles. (4)

La cabeza femoral ha modificado su tamaño, y en lugar del acero se prefiere cromo – cobalto.

Con el paso del tiempo se ha visto que el desgaste de la superficie de carga y la pérdida de substrato óseo, consecuencia de la actividad osteolítica como respuesta a partículas de desgaste, es un problema que adquiere cada vez más importancia puesto que es la principal causa del aflojamiento aséptico tardío de los componentes protésicos.(4)

Otra causa de preocupación actualmente es la osteólisis que tiene lugar alrededor de los componentes protésicos consecuencia del llamado “efecto de protección de la carga” Consiste en la atrofia ósea de protección como consecuencia a un mecanismo de remodelación adaptativo del hueso frente a los cambios de tensiones producido por la utilización de vástagos femorales con módulos de elasticidad elevados. Los nuevos diseños y materiales tratan de minimizar este efecto.

Pese a estos problemas, en el momento actual podemos decir que las tasas de buenos resultados con estas técnicas son muy altas y el grado de satisfacción del paciente ante estos resultados es asimismo muy elevado.

Hoy en día, esta técnica está indicada en pacientes con daño articular irreversible, habitualmente en el contexto de una artrosis de cadera, en los que el tratamiento conservador no ha sido capaz de controlar el dolor y la limitación funcional.

La artroplastia total de cadera (THA) consiste en la resección de la cabeza femoral, así como la cruentación del cotilo, seguida de un reemplazamiento articular con un vástago femoral y un componente acetabular.

Como consecuencia del envejecimiento de la población y de la epidemia de obesidad, el número de intervenciones de THA se ha visto incrementado a nivel mundial en los últimos años. Así, por ejemplo, en España se han realizado un total de 23.156 artroplastias totales de cadera en el año 2012, lo que supone un incremento de un 50% en el volumen de intervenciones desde finales de los años 90, este incremento ha sido mayor en varones de edades comprendidas entre los 15- 44 años, y en mayores de 75 años.

Puesto que los pacientes jóvenes son más activos, toleran peor la limitación funcional y sus prótesis estarán sometidas a un mayor estrés durante un largo periodo de tiempo, es necesario seleccionar para ellos un implante que combine a la vez unos buenos resultados funcionales y una larga duración.

La artroplastia total de cadera es una intervención coste-efectiva, y existen numerosos estudios que demuestran que es capaz de disminuir el dolor, corregir la función articular y mejorar la calidad de vida de los pacientes intervenidos. Sin embargo, su uso en pacientes jóvenes es controvertido, debido a que la supervivencia a largo plazo de este tipo de implantes parece ser limitada. Puesto que los pacientes jóvenes son más activos, toleran peor la limitación funcional y sus prótesis estarán sometidas a un mayor estrés durante un largo periodo de tiempo, es necesario seleccionar para ellos un implante que combine a la vez unos buenos resultados funcionales y una larga duración. La artroplastia de cadera de superficie o “resurfacing” (RHA, por sus siglas en inglés) es una alternativa más conservadora a la artroplastia de cadera convencional, puesto que las prótesis de superficie no invaden la metáfisis ni el canal femoral y sólo es necesario recambiar la superficie cotiloidea y la cabeza del fémur.

La RHA es una alternativa más conservadora a la artroplastia de cadera convencional, puesto que las prótesis de superficie no invaden la metáfisis ni el canal femoral y sólo es necesario recambiar la superficie cotiloidea y la cabeza del fémur. Está indicada fundamentalmente en pacientes menores de 65 años, con buena calidad ósea y sin deformaciones severas en la articulación de la cadera.

Entre los factores asociados al éxito de la RHA estarían la edad, el sexo masculino y el tener un tamaño de cabeza femoral mayor de 50 mm de diámetro. Así mismo, los datos publicados por los registros nacionales de Inglaterra-Gales, Suecia y Australia sugieren que el tipo de implante y la técnica quirúrgica utilizada podrían afectar a la frecuencia de complicaciones y a la necesidad posterior de revisión.

La RHA ha experimentado un considerable crecimiento en muchos países desarrollados desde finales de los años 80, gracias al diseño de nuevos implantes y al perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas. En este sentido, en Alemania, Francia y Reino Unido, la artroplastia de superficie representa en la actualidad el 6-9% del total de artroplastias primarias.

En nuestro país no existe un registro nacional que nos permita estudiar la evolución temporal de este procedimiento quirúrgico o conocer su prevalencia actual de uso.(3)

Las fracturas de cadera son una patología bastante frecuente en nuestra sociedad debido al progresivo envejecimiento pues sus principales factores causantes son la osteoporosis y las caídas. En España hay unas 36.000 fracturas de cadera al año, con una incidencia de implantación de prótesis de cadera de 2,23 por cada 1000 personas y se cree que este número irá en aumento.

Estas fracturas se pueden dividir fundamentalmente en intracapsulares y extracapsulares que a su vez se estructuran en varios grupos. Para diagnosticarlas, el médico deberá hacer un buen examen físico del paciente y es imprescindible la radiografía. Tras el diagnóstico, el paciente será operado lo antes posible y comenzará un tratamiento farmacológico y mediante medios físicos. Pero lo más importante de esta patología será la etapa postquirúrgica, que estará marcada por las sesiones de fisioterapia que comenzarán inmediatamente después de la operación y continuarán hasta la completa recuperación.(5)

Las causas principales de la fractura de cadera son dos: osteoporosis y caídas.

La articulación coxofemoral se encuentra constituida por la unión de la cabeza del fémur y la cavidad acetabular o cavidad cotiloidea. Este tipo de articulación se encuentra sujeta por huesos, ligamentos y músculos. Dentro de la clasificación de las articulaciones es una enartrosis y por ello tiene movilidad en los tres ejes del espacio. La cabeza femoral se articula con el acetábulo en forma de copa. Las superficies articulares son recíprocamente curvas, pero no tienen la misma extensión ni son por completo congruentes. La oposición total se obtiene en extensión completa, con ligera abducción y rotación medial.(5)

La cabeza femoral está cubierta por cartílago articular, excepto una fosa rugosa para el ligamento de la cabeza femoral. El cartílago del acetábulo, tiene mayor grosor en el cuadrante anterosuperior. En la cabeza del fémur, la región anterolateral es la que presenta mayor grosor de cartílago. La superficie articular acetabular es un anillo

incompleto, es más ancha por arriba donde actúa la presión del peso del cuerpo, y más estrecha en la región púbica. El anillo es deficiente por la parte inferior, en el punto opuesto de la escotadura acetabular, y se encuentra cubierto por cartílago articular, que es más grueso en el nivel donde la superficie es más ancha. La fosa acetabular en su interior carece de cartílago, pero contiene grasa fibroelástica y se encuentra cubierta, en gran parte, por membrana sinovial. La profundidad del acetábulo resulta aumentada por un rodete acetabular fibrocartilaginoso, que establece un puente a través de la escotadura del acetábulo mediante el ligamento acetabular transversal.

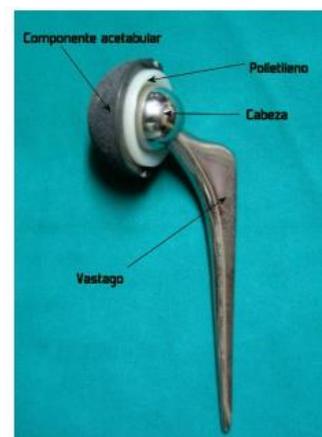
Habitualmente una prótesis de cadera consta de cuatro partes: un vástago de titanio, que se inserta dentro del fémur, el hueso que une la rodilla con la cadera; una "bola" de cerámica, que reemplazará a la "cabeza" del hueso; una cubierta de titanio en forma de copa hemisférica que se insertará en la cadera donde estaba el acetábulo, el hueco donde se articulará la nueva cabeza del fémur; y finalmente un forro de polietileno que recubrirá esta "copa"(6)

El material usado, el titanio o las aleaciones del mismo, puede fundirse con el hueso cuando crece por encima suyo sin necesitar un cemento aparte.

Partes y tipos de prótesis de cadera

Una prótesis para el remplazo total de cadera está compuesta de varias partes, las cuales se pueden diferenciar:

- Anclado al fémur: Aquí encontramos el vástago, cuello y la esfera. El vástago se ancla al fémur gracias a que la superficie es rugosa y a la adición de hidroxipatita la cual ayuda a la osteo-integración. También hay otros casos en los que se añaden cementos especiales entre el vástago y el hueso. Estas tres partes suelen estar fabricadas de una sola pieza y de un mismo material, generalmente una aleación metálica.(7)
- Anclado al acetábulo: Lo forman 2 componentes el cotilo y el acetábulo. El cotilo está anclado de diversas formas en la cavidad cotiloidea, su material suele ser similar a la del vástago, aunque pueden estar fabricados de diferentes aleaciones. El acetábulo está fabricado de plástico de alta densidad con baja fricción, generalmente polietileno.(7)



3. HIPÓTESIS

El implante de una prótesis de Traumatología mejora la calidad de vida en personas de edad laboral

4. OBJETIVO

Realizar una búsqueda bibliográfica para conocer el cambio en la vida en una persona con prótesis de cadera en edad laboral.

Objetivos secundarios

- Conocer la capacidad de comunicación de los profesionales hacia las personas con problemas de cadera.
- Conocer el estado emocional de una persona que aún no ha sido intervenida quirúrgicamente comparándolo con el estado emocional de las personas que si han sido intervenidas.
- Identificar los recursos y los soportes sanitarios que ofrecen en España a los pacientes con THA.
- Estudiar el periodo de rehabilitación y de acompañamiento de recuperación para los intervenidos quirúrgicamente.

5. METODOLOGÍA

Este trabajo de fin de grado, está enfocado en mostrar la evidencia científica mediante la recopilación de información en artículos científicos publicados, basándose en una metodología de la investigación cuantitativa.

Se realizó una búsqueda bibliográfica acerca de las intervenciones de los pacientes con artroplastia total de cadera. Siguiendo este propósito, se establecen los siguientes criterios de inclusión/exclusión. (Tabla 1).

(Tabla1) Criterios de inclusión/exclusión para la búsqueda bibliográfica.

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
	<p>Artículos que hayan sido publicados entre el 2016 y 2021.</p> <p>Disponibles en texto completo.</p> <p>Idioma de publicación: inglés y castellano.</p>	<p>Edad pediátrica o geriátrica de los pacientes sujetos a estudio.</p> <p>Artículos no disponibles de forma gratuita.</p> <p>No pertenecientes al ámbito social y sanitario.</p>

Con el fin de obtener unas referencias bibliográficas más óptimas sobre el tema en cuestión, se realizará una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet y PubMed. También se añadirán los artículos y trabajos de final de grado encontrados a través de búsqueda manual.

Se utilizarán de manera combinada las palabras clave y descriptores con operadores booleanos (Tabla 2) para la síntesis estratégica de la búsqueda.

Atendiendo a los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica, se procederá a la lectura exhaustiva de los artículos valorando su relevancia sobre los objetivos establecidos, teniendo en cuenta las siguientes directrices:

1. Se harán exclusiones por el título,
2. Se procederá a la lectura del resumen rechazando los menos significativos

3. Se analizará el texto completo seleccionando las referencias potencialmente representativas acerca del tema (Tabla 3).
4. Se procederá al análisis de dichas referencias.

Tabla 2: Estrategia de búsqueda en las bases de datos	
Idioma	Palabras clave / Descriptores
Castellano	Prótesis de cadera/ Prótesis/ Cadera/ Adultos/ Enfermería/ Trabajo
Inglés	Hip replacement/Hip fracture/ Quality life/ Anterior vs posterior/ Nurse / Youths/ Emotions/ Recovery

Con estas palabras claves, se realizó una estrategia de búsqueda. En la Tabla 3 se muestra la información sobre cuáles han sido las estrategias de búsqueda utilizadas en cada base de datos, el total de artículos encontrados por título y resumen y cuáles han sido finalmente seleccionados siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 3: Resumen del procedimiento de selección y evaluación de los resultados				
Base de datos consultada	Número de artículos encontrados			
	Selección por descriptores	Selección por título	Selección por resumen	Selección por texto completo
SCIELO	Prótesis cadera AND Trabajo			
	6	2	2	0
	Prótesis AND Cadera			
	31	10	5	1
PUBMED	Total hip arthroplasty AND Rehabilitation AND Youths			
	17	6	3	2
	Hip replacement AND Anterior vs posterior			
	10	2	1	0
	Total hip arthroplasty AND Nursing AND Youths			
	3	1	0	0
	Total hip arthroplasty AND emotions			
	26	5	4	2
	Total hip arthroplasty AND working age AND Recovery			
	18	6	4	2
Total hip arthroplasty AND Quality life AND Youths				
17	2	1	0	
Dialnet	Protesis de cadera AND Enfermeria			
	3	3	2	1
	Protesis cadera AND Adultos			
6	3	1	0	

Resultados.

En total fueron encontrados 737 artículos entre las 3 bases de datos.

Atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 8 artículos válidos para realizar la tabla de resultados. (Tabla 4)

De este total de artículos, 6 fueron extraídos de la base de datos PubMed, uno de Scielo y otro de Dialnet.

Diagrama de Flujo

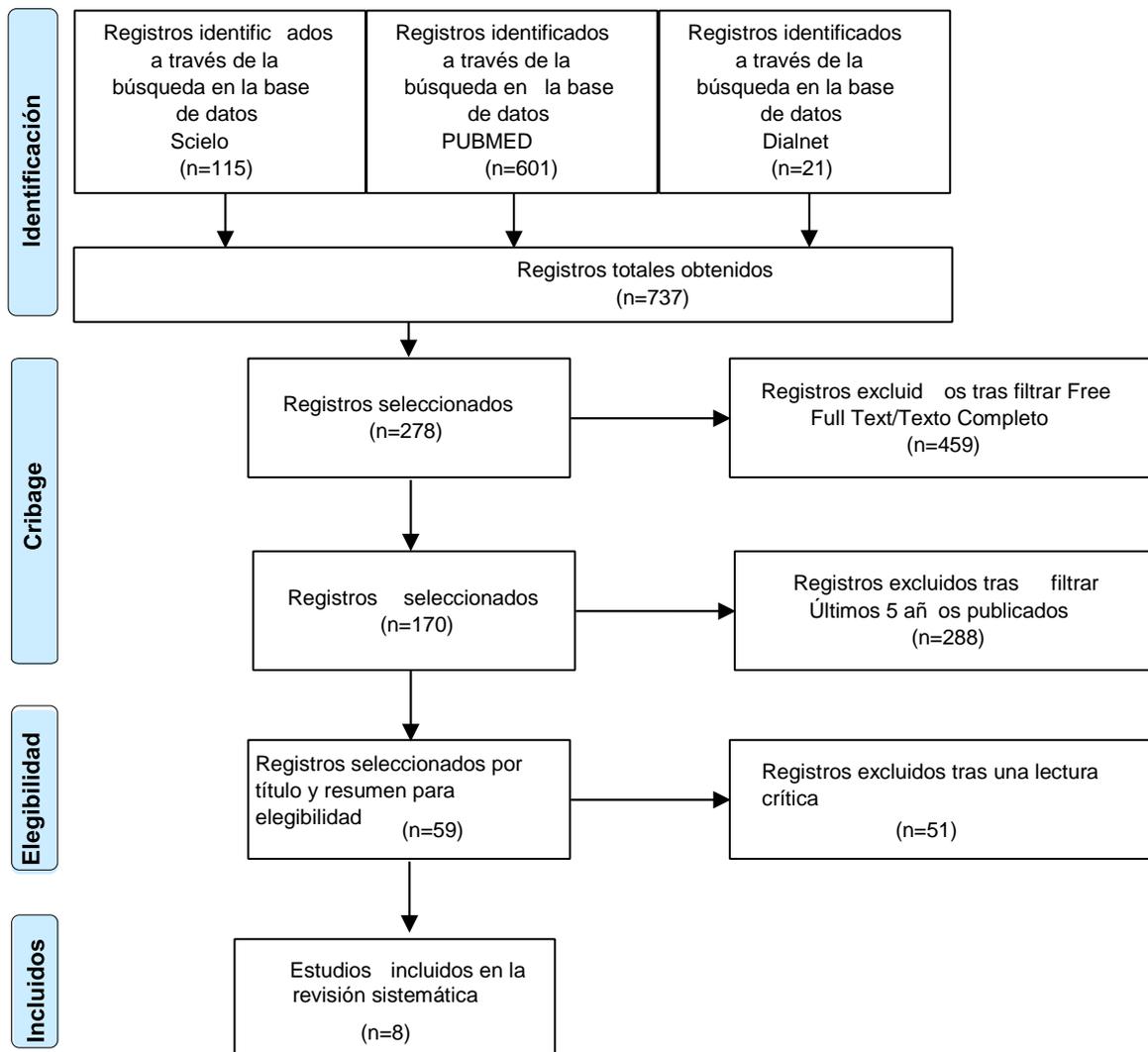




Tabla 4: Resultados relevantes de los artículos seleccionados

Publicación/ Año	Título	Autores	Objetivos	Tipo de estudio	Resultados	Conclusión
Scielo 2018	Revisión de componente femoral con reconstrucción metafisaria proximal con aloinjerto óseo en lajas en paciente multioperado.	J Negrete-Corona JM Jiménez-Aquino LC Pola-Rodríguez	Presentar el caso clínico-radiográfico del tratamiento de una fractura periprotésica con revisión femoral y reconstrucción metafisaria con lajas de cortical y cables de acero en un paciente multioperado. (8)	Investigación exploratoria Investigación aplicada	El paciente cursa con adecuada evolución al año de post operado, deambulando con apoyo de bastón, control radiográfico y adecuada congruencia de los componentes protésicos y datos de consolidación de la fractura. (8)	Esta técnica se ha convertido en una opción viable y de gran ayuda, es posible recurrir al uso de vástagos con apoyo diafisario, ayudado a una adecuada reconstrucción ósea de la fractura con aporte de placas biológicas de aloinjerto cortical, con cables de acero como soporte, con excelentes resultados para el paciente.



Pubmed 2019	No association between preoperative physical activity level and time to return to work in patients after total hip or knee arthroplasty: A prospective cohort study	R, Anton Boersma S, Brouwer W, Koolhaas R, W Brouwer W, P Zijlstra J van Beveren M Stevens	Examinar la asociación entre el nivel de actividad física preoperatoria (total y tiempo libre) y el tiempo de regreso al trabajo (9)	Estudio Observacional Estudio cualitativo	243 pacientes. La mediana de edad fue de 56 años; El 58% se había sometido a una THA. La mediana de tiempo hasta el retorno laboral fue de 85 (THA) días. En el análisis de regresión múltiple, ni el nivel de actividad física total preoperatoria ni el nivel de actividad física en el tiempo libre se asociaron significativamente con el tiempo hasta el retorno laboral.(10)	El nivel de actividad física preoperatoria no se asocia con un menor tiempo de Retorno laboral en pacientes THA o ATR (rodilla) . Ni el nivel de actividad física (AF) total preoperatorio ni el nivel de AF en el tiempo libre mostraron una asociación con el tiempo de retorno laboral, incluso después de ajustar por covariables.(10)
----------------	---	--	--	--	--	--



Pubmed 2016	Determinants of return to work 12 months after total hip and knee arthroplasty “Determinantes de la reincorporación al trabajo 12 meses después de la artroplastia total de cadera y rodilla “	CS, Leichtenberg C, Tilbury P, Kuijer S, Verdegaal R, Wolterbeek R, Nelissen M, Frings-Dresen T, Vliet Vlieland	Identificar las diferencias en los determinantes de la reincorporación al trabajo en ATC y ATR	Estudio observacional prospectivo	De 67 pacientes ATC y 56 pacientes ATR (rodilla) , 9 (13%) y 10 (19%), respectivamente, regresaron parcialmente y 5 (7%) y 6 (11%), respectivamente, no regresaron al trabajo 1 año después de la operación. Los factores preoperatorios asociados con el regreso parcial o nulo al trabajo en los pacientes con ATC fueron el trabajo por cuenta propia, la ausencia del trabajo y una mejor puntuación en la subescala de Actividades de la Vida. (11)	Tanto en ATC como en ATR, la ausencia del trabajo afectó el regreso al trabajo, mientras que el trabajo por cuenta propia y mejores puntuaciones de la subescala de AVD preoperatorias también se asociaron en los pacientes con ATC. (11)
----------------	---	--	--	-----------------------------------	--	--



Pubmed 2020	Changes in health-related quality of life are associated with patient satisfaction following total hip replacement: an analysis of 69,083 patients in the Swedish Hip Arthroplasty Register “Los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud están asociados con la satisfacción del paciente	GS, Ray P, Ekelund S, Nemes O, Rolfson M, Mohaddes	Evaluar si las mejoras en la calidad de vida entre el período preoperatorio y el postoperatorio de 1 año se asociaron con la satisfacción del paciente.	Estudio de registro observacional prospectivo	La mayor mejoría 1 año después de la operación, se observó en la dimensión de dolor / malestar, ya que el 66% de los pacientes informó de una mejoría, el 32% informó que no había cambios y el 2% informó de peores problemas de dolor / malestar. El 55% de los pacientes informó mejoras en la movilidad, el 19% informó mejoras con respecto al autocuidado, el 47% informó mejoras en la capacidad para realizar actividades habituales y el 28% informó mejoras en la dimensión ansiedad / depresión. (12)	Este estudio es un método confiable para la captura de datos, los resultados indican que la satisfacción con la cadera operada es un resultado válido informado por el paciente que refleja los cambios en su vida cotidiana y profesional.
----------------	---	--	---	---	---	---



	después del reemplazo total de cadera: un análisis de 69.083 pacientes en el Registro Sueco de Artroplastia de Cadera “					
Pubmed 2016	Effectiveness of psychological support in patients undergoing primary total hip or knee arthroplasty: a controlled cohort study	V, Tristaino F, Lantieri S, Tornago M, Gramazio E, Carriere A, Camera A	Estudiar si el apoyo psicológico tendría una mejora significativa en la recuperación física y mental de los pacientes sometidos a artroplastia total primaria de cadera o rodilla.	Investigación cualitativa	De los 200 pacientes inscritos, 11 (5 del grupo de control y 6 del grupo experimental) fueron excluidos: 4 debido a complicaciones intraoperatorias o posoperatorias y 7 debido a la falta de más de un elemento de datos (p. Ej., Sujeto no disponible, falta de colaboración, traslado a un centro de fisioterapia diferente al referido).	Hubo una menor incidencia de ansiedad y depresión y mejor bienestar mental en el grupo de pacientes que recibieron el apoyo psicológico. Dentro del grupo de artroplastia de cadera, los pacientes que recibieron apoyo psicológico alcanzaron el objetivo de fisioterapia 1,2 días antes que los pacientes del grupo control. (14)



	<p>“Efectividad del apoyo psicológico en pacientes sometidos a artroplastia total de cadera o rodilla primaria: un estudio de cohorte controlado”</p>				<p>El estudio destacó que el grupo que recibió apoyo psicológico presentó un número significativamente menor de pacientes con un estado de ansiedad y depresión al alta en comparación con el grupo control. (13)</p>	
--	---	--	--	--	---	--



Pubmed 2018	The Effect of Total Hip Arthroplasty on Sports and Work Participation: A Systematic Review and Meta-Analysis “El efecto de la artroplastia total de cadera en la participación deportiva y laboral: revisión sistemática y metaanálisis”	A, Hoorntje KY, Janssen S, Bolder, K, Koenraad, JG, Daams L, Blankevoort G, Kerkhoffs P, Kuijer	Revisar sistemáticamente el grado en que los pacientes desean volver a hacer deporte (RTS) y volver al trabajo (RTW). Después de la ATC.	Revisión sistemática y metaanálisis	Se incluyeron un total de 37 estudios, de los cuales siete fueron estudios prospectivos y 30 fueron estudios retrospectivos Se informó que la media de volver a hacer deporte era del 104% al nivel preoperatorio y del 82% al nivel deportivo presintomático. El tiempo hasta la RTS varió de 16 a 28 semanas. La media de la RTW fue del 69% i el tiempo varió de 1 a 17 semanas.(15)	Una gran mayoría de pacientes vuelven a hacer deporte y retornan a su vida laboral después de una ATC en un período de tiempo de 28 y 17 semanas, respectivamente.
----------------	---	--	--	-------------------------------------	---	--



Pubmed 2019	Factors influencing return to work after hip and knee arthroplasty "Factores que influyen en el regreso al trabajo después de una artroplastia de cadera y rodilla"	L, McGonagle L, Convery-Chan P, DeCruz S, Haebich Fick, R, Khan	Identificar cuándo los pacientes regresan al trabajo (RTW) y si regresan a sus horas y deberes normales, e identificar qué factores influyen en el RTW posoperatorio.(16)	Investigación cuantitativa	Había 116 pacientes (64 hombres, 52 mujeres) con una edad promedio de 56 años. Ciento seis (91%) pacientes regresaron al trabajo. Los pacientes regresaron al trabajo después de (media) 6,4 semanas (ATC), 7,7 semanas (ATR) y 5,9 semanas. El tiempo de RTW no se vio significativamente influenciado por el tipo de cirugía(16)	El tiempo de RTW no se vio significativamente influenciado por el tipo de operación o por las demandas físicas del trabajo. Los pacientes volvieron al trabajo entre 5,9 y 7,7 semanas después de la artroplastia de cadera /rodilla. El dolor, la fatiga y las restricciones médicas impidieron RTW.(16)
Dialnet 2018	Preparación a la prótesis de cadera, el papel de enfermería en el programa de rehabilitación rápida	B, Mallén Santolaria	Mejora de la calidad, reducción de la estancia hospitalaria en los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera.	Investigación cualitativa.	Para ello se han seleccionado cuatro indicadores de calidad, con los cuales se pretende que todos los usuarios en los diferentes niveles de la organización entiendan el significado de los términos que engloba, su fundamento y su importancia en relación con la calidad asistencial y	La implantación del programa de rehabilitación rápida en las intervenciones de prótesis total de cadera con las actividades que éste implica puede conseguir disminuir considerablemente el



					asegurar además su utilidad práctica. Estos indicadores serán evaluados cada 3 meses con los datos obtenidos.	número de días de estancia hospitalaria, lo cual conlleva una disminución en las complicaciones y en los costes.(17)
--	--	--	--	--	---	--



6. DISUCUSION

Tras realizar la búsqueda de artículos y compararlos entre ellos, podemos decir que las artroplastias totales de cadera tienen éxito en la reducción del dolor, el aumento de la movilidad del paciente y la mejora de la calidad de vida en pacientes en edad laboral que padecen osteoartritis avanzada.

Gracias a dichas intervenciones, los pacientes sometidos a ATC pudieron regresar al trabajo parcial o totalmente después de las 6 semanas y a los 3, 6 y 12 meses del postoperatorio se les hacían pruebas para ver que tal iba el progreso a la vuelta a la vida laboral.

No podemos olvidar que los pacientes jóvenes deben realizar actividades físicas para mejorar y ayudar a recuperarse después de la intervención quirúrgica, para ello disponemos del cuestionario SQUASH (Anexo 1) que mide el nivel de actividad física autoevaluado. Es una herramienta bastante confiable y válida que mide el nivel de AF de una población adulta sana después de una ATC.(18)

El SQUASH mide las actividades habituales durante una semana promedio para los siguientes dominios en los últimos meses: ocupación, tiempo libre (caminar, andar en bicicleta, jardinería, reparaciones en el hogar, deportes), tareas del hogar, desplazamientos y otras actividades diarias. La intensidad de las tareas domésticas y las actividades en el trabajo y la escuela se dicotomizan en intensidad ligera y vigorosa, mientras que el tiempo dedicado a estos dos dominios se representa en cantidad promedio de horas por semana. (18)

Los artículos muestran que, aunque la mayoría de los pacientes regresan al trabajo después de una ATC, una proporción considerable de ellos trabaja menos horas o menos días después de la operación y que el trabajo por cuenta propia desempeña un papel en el regreso al trabajo.

Después de las intervenciones, la satisfacción del paciente es una métrica importante que ahora se recopila en el seguimiento de los procedimientos de artroplastia para evaluar los resultados subjetivos. La EVA de satisfacción (Anexo 2) es un instrumento simple que se utiliza para cuantificar la satisfacción del paciente después de la intervención. La importancia de la satisfacción de los pacientes es, en la actualidad, una prioridad en los sistemas sanitarios avanzados, formando parte tanto de las agendas de los responsables de salud, como de las propias organizaciones de pacientes, y ha sido previamente demostrada en diferentes trabajos.(19)

En cualquier caso, la satisfacción es un concepto complejo, multidimensional, difícil de medir y cambiante según las diferentes situaciones y personas, por estar relacionado con la naturaleza de la necesidad que determina la demanda asistencial, así como con otros factores que condicionan la percepción de lo que el paciente espera y recibe durante la prestación del servicio: el estilo de vida, las experiencias anteriores, las expectativas previas y los valores del individuo y la sociedad.(19)

Los pacientes sometidos a las intervenciones a menudo presentan miedo o desconfianza por falta de información o miedo a no poder volver al trabajo nunca más, agravando así su situación económica familiar y sus relaciones sociales. Por ellos uno de los papeles fundamentales de la enfermería, a la hora de recibir al paciente tanto al preoperatorio como meses antes de la intervención, es darle la información necesaria, proporcionarle ayudas psicológicas y ayudar a lograr una recuperación más rápida y eficaz.

En el estudio se ha demostrado que los pacientes más preparados y más informados, se recuperan con mayor facilidad y tienen una estancia hospitalaria más corta después de la intervención. Se observó que los pacientes con apoyo psicológico que fueron sometidos a artroplastia de cadera alcanzaron el objetivo de fisioterapia (capacidad del paciente para caminar 50 metros de forma independiente y subir 10 escalones) en 1, 2 días antes, en promedio, en comparación con los pacientes que lo hicieron no recibir esta terapia. La incorporación del apoyo psicológico en el procedimiento clínico, quirúrgico y rehabilitador también podría ser una mejora en el beneficio económico, de hecho, además de determinar una mejora en el bienestar psicofísico del paciente, podría conllevar una reducción de los costes del tratamiento del paciente como consecuencia de la reducción del tiempo de rehabilitación en el centro de rehabilitación.(20)

Por último, el plan de enfermería en pacientes hospitalizados por ATC, tiene que ser estandarizado, pudimos ver en los artículos mencionados que un correcto plan de curas y una correcta recogida de datos e información del paciente mejora considerablemente el bien estar de la persona intervenida y ligera mucho la estancia y los costes de rehabilitación, por ello es importante la realización de una valoración inicial de enfermería (Anexo 3) un plan de cuidados estándar de la ATC (Anexo 4) y una valoración en el alta del paciente (Anexo 5).

7. CONCLUSIÓN

Se suele asociar que las prótesis de cadera, en su mayoría se intervienen en pacientes geriátricos con problemas óseos o de fracturas, sin embargo, cabe a destacar que una parte de las intervenciones realizadas en España de ATC son en pacientes jóvenes en edad laboral.

Esta revisión bibliográfica muestra como la tecnología y la ética humana está avanzando día tras día, gracias a los avances podemos dar una nueva vida a las personas con problemas de osteoporosis o fracturas de caderas y su importancia a nivel mundial ya que gracias a ellos los pacientes en edad laboral pueden volver al trabajo.

Los pacientes jóvenes en edad laboral tras una intervención de cadera mejoran mucho su calidad de vida en todos los ámbitos.

8. IMPLICACIÓN A PROFESIONALES

Se ha comprobado, que los pacientes correctamente informados y apoyados tanto física como psicológicamente, mejoran más rápidamente su calidad de vida. Debido que la enfermería es una profesión multi funcional, es fundamental dar dicho apoyo al paciente antes, durante y después de la intervención, para ellos se debería recalcar que se cumplan los protocolos de acogida y en el caso de que sea posible mejorarlos.

Lograr una complicidad paciente-enfermera donde se pacte unos días para el plan de curas y promover el autocuidado formando al paciente en curas básicas que el mismo pueda hacer.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Maiche DM, Hernández M, Mendoza B. Características y evolución de las fracturas de cadera operadas en el Banco de Prótesis (enero-diciembre 2013). Rev MEDICA DEL URUGUAY [Internet]. 2019 May 5 [cited 2021 Apr 8];35(3):203–11. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902019000300082&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Plan de cuidados de enfermería a un paciente intervenido de prótesis de cadera - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-un-paciente-intervenido-de-protesis-de-cadera/>
3. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS.
4. Historia de la prótesis total de cadera - Sendagrup [Internet]. [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://www.sendagrup.com/2014/06/16/historia-de-la-protesis-total-de-cadera/>
5. Fractura de cadera: causas, síntomas y tratamiento [Internet]. [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/fractura-cadera>
6. Prótesis de cadera antes de cumplir los 40: los motivos de la nueva “epidemia” mundial [Internet]. [cited 2021 Apr 8]. Available from: https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20190324/protesis-cadera-cumplir-motivos-nueva-epidemia-mundial/383712054_0.html
7. Tipos de prótesis de cadera - MBA blog [Internet]. [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://www.mba.eu/blog/tipos-de-protesis-de-cadera/>
8. Revisión de componente femoral con reconstrucción metafisaria proximal con aloinjerto óseo en lajas en paciente multioperado. Reporte de caso [Internet]. [cited 2021 Apr 8]. Available from: http://www.scielo.org.mx/sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022018000100048&lang=p

9. Boersma AR, Brouwer S, Koolhaas W, Brouwer RW, Zijlstra WP, Van Beveren J, et al. No association between preoperative physical activity level and time to return to work in patients after total hip or knee arthroplasty: A prospective cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2021 Apr 8];14(9). Available from: [/pmc/articles/PMC6719850/](#)
10. Boersma AR, Brouwer S, Koolhaas W, Brouwer RW, Zijlstra WP, Van Beveren J, et al. No association between preoperative physical activity level and time to return to work in patients after total hip or knee arthroplasty: A prospective cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2021 Apr 8];14(9). Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31479493/>
11. Leichtenberg CS, Tilbury C, Kuijer PPFM, Verdegaal SHM, Wolterbeek R, Nelissen RGHH, et al. Determinants of return to work 12 months after total hip and knee arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 8];98(6):387–95. Available from: [/pmc/articles/PMC5209980/](#)
12. Ray GS, Ekelund P, Nemes S, Rolfson O, Mohaddes M. Changes in health-related quality of life are associated with patient satisfaction following total hip replacement: an analysis of 69,083 patients in the Swedish Hip Arthroplasty Register. *Acta Orthop* [Internet]. 2020 Jan 2 [cited 2021 Apr 8];91(1):48–52. Available from: [/pmc/articles/PMC7008235/](#)
13. Tristaino V, Lantieri F, Tornago S, Gramazio M, Carriere E, Camera A. Effectiveness of psychological support in patients undergoing primary total hip or knee arthroplasty: a controlled cohort study. *J Orthop Traumatol* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Apr 8];17(2):137–47. Available from: [/pmc/articles/PMC4882293/](#)
14. Tristaino V, Lantieri F, Tornago S, Gramazio M, Carriere E, Camera A. Effectiveness of psychological support in patients undergoing primary total hip or knee arthroplasty: a controlled cohort study. *J Orthop Traumatol* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Apr 8];17(2):137–47. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/26220315/>
15. Hoorntje A, Janssen KY, Bolder SBT, Koenraadt KLM, Daams JG, Blankevoort L, et al. The Effect of Total Hip Arthroplasty on Sports and Work Participation: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. Vol. 48, *Sports Medicine*. Springer International Publishing; 2018 [cited 2021 Apr 8]. p. 1695–726. Available from: [/pmc/articles/PMC5999146/](#)

16. McGonagle L, Convery-Chan L, DeCruz P, Haebich S, Fick DP, Khan RJK. Factors influencing return to work after hip and knee arthroplasty. *J Orthop Traumatol* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2021 Apr 8];20(1). Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/30637571/>
17. Santolaria BM, María D., Muniesa Herrero P. Premios Fin de Carrera [Internet]. Vol. 0, Atalaya Médica Turolense. 2019 Jun [cited 2021 Apr 8]. Available from: <http://atalayamedica.comteruel.org/index.php/revista/article/view/217>
18. Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en los adultos mayores y ancianos [Internet]. [cited 2021 Apr 9]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000400015
19. Valoración de la satisfacción con el proceso asistencial de pacientes adultos afectados de patología crónica del raquis [Internet]. [cited 2021 Apr 9]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000400004
20. Tristaino V, Lantieri F, Tornago S, Gramazio M, Carriere E, Camera A. Effectiveness of psychological support in patients undergoing primary total hip or knee arthroplasty: a controlled cohort study. *J Orthop Traumatol* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Apr 9];17(2):137–47. Available from: [/pmc/articles/PMC4882293/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27111111/)
21. CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ).
22. López B, Martínez P, Molina P, Laserna B, Fernández V, Pérez G. Enfermería Global.

ANEXO 1 (21)

1.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	<input type="checkbox"/>
2.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
3.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	<input type="checkbox"/>
4.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
5.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	<input type="checkbox"/>
6.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
7.- Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>

VALOR DEL TEST:

1. Caminatas: $3 \times 3 \text{ MET} \times \text{minutos de caminata} \times \text{días por semana}$ (Ej. $3 \times 3 \times 30 \text{ minutos} \times 5 \text{ días} = 495 \text{ MET}$)
2. Actividad Física Moderada: $4 \text{ MET} \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$
3. Actividad Física Vigorosa: $8 \text{ MET} \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$

A continuación sume los tres valores obtenidos:

Total = caminata + actividad física moderada + actividad física vigorosa

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN:

● Actividad Física Moderada:

1. 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día.
2. 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.
3. 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET*.

● Actividad Física Vigorosa:

1. Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET*.
2. 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET*.

* Unidad de medida del test.

ANEXO 2 (19)

1.º ¿Está usted satisfecho/a con la atención recibida?	
Sí	No

2.º ¿Qué es lo que más valora?	2.º ¿Por qué causa?
1. Atención personal	1. Atención personal
2. Técnica del tratamiento	2. Técnica del tratamiento
3. Tiempo de espera	3. Tiempo de espera
4. Otros factores	4. Otros factores

3.º Si lo precisase, ¿repetiría el tratamiento?	3.º Si lo precisase, ¿repetiría el tratamiento?
---	---

ANEXO 3 (22)

APELLIDOS: _____
NOMBRE: _____ FECHA: _____
NHC: _____ EDAD: _____
DIAGNÓSTICO MÉDICO (DSM-IV): _____
ALTERACIONES SOMÁTICAS: _____
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: _____
TERAPEUTA REFERENTE: _____
ENFERMERA REFERENTE: _____
CONSTANTES: TA: FC:

PATRÓN DE PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD:

ASPECTO GENERAL: Adecuado Descuidado Extravagante Meticuloso
HIGIENE PERSONAL: Adecuada Deficiente
HÁBITOS HIGIÉNICOS:
Ducha Frecuencia _____ Higiene dental Frecuencia _____
Baño Frecuencia _____ Higiene cabello Frecuencia _____
ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD: Aceptación Rechazo Indiferencia
Sobrevaloración Negación
ADAPTACIÓN AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO:
Cumple visitas: Si No
Cumple tratamiento farmacológico: Si No
Causas del incumplimiento: _____
ADAPTACIÓN PREVIA A RÉGIMEN TERAPÉUTICO:
Cumplía visitas: Si No
Cumplía tratamiento farmacológico: Si No
Causas del incumplimiento: _____
CONSUMO DE TÓXICOS:
Alcohol Cantidad / día _____ Otros Cantidad / día _____
Tabaco Cantidad / día _____ Otros Cantidad / día _____
DATOS DE INTERÉS: _____

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO:

PESO: _____ TALLA: _____
HÁBITOS ALIMENTARIOS:
DESAYUNO: _____
ALMUERZO: _____
COMIDA: _____
MERIENDA: _____
CENA: _____
VALORACIÓN TIPO DE DIETA: Adecuada Inadecuada
INGESTA: Normal Aumentada Disminuida Autónoma Asistida
DATOS DE INTERÉS: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN:

INTESTINAL: Frecuencia: _____ Trastornos: _____
Medidas correctoras: _____
VESICAL: Frecuencia: _____ Trastornos: _____
Medidas correctoras: _____
CUTÁNEA: Normal Aumentada Disminuida
DATOS DE INTERÉS: _____

PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO:MOVILIDAD: Autónomo Dependiente Ortesis Tipo: _____COMPORTAMIENTO MOTOR: Inhibición Agitación Rigidez
Descoordinación Temblores Estereotipias Otros: _____

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMIENTO MOTOR:

Controlable Limitante Incapacitante

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN COMPORTAMIENTO MOTOR: _____

SITUACIÓN LABORAL: Activo Desempleo Jubilado Pensionista

Profesión: _____

ACTIVIDADES DIARIAS: _____

ACTIVIDADES DOMÉSTICAS: _____

DATOS DE INTERÉS: _____

PATRÓN DE SUEÑO- DESCANSO:

HORAS SUEÑO NOCTURNO: _____ OTROS DESCANSOS: _____

ALTERACIONES: Conciliación Sueño interrumpido Despertar precoz
Hipersomnia Cambio ritmo sueño Pesadillas Otras: _____

MECANISMOS PARA COMBATIR INSOMNIO: _____

DATOS DE INTERÉS: _____

PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN:SEGURIDAD EN SÍ MISMO: Si No

AUTODESCRIPCIÓN: _____

AUTOESTIMA: Sobrevaloración de sus capacidades Infravaloración de sus éxitos Sobrevaloración de sus errores y desgracias AUTOVALORACIÓN: Positiva Negativa SENTIMIENTOS RESPECTO A LA AUTOVALORACIÓN: Inferioridad Inutilidad Culpabilidad Tristeza Impotencia Miedo Ansiedad Ridículo Rabia Superioridad IDEACIÓN TANÁTICA: No Si Estructura: _____

DATOS DE INTERÉS: _____

PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO:

NIVEL DE CONCIENCIA Y ACTITUD RESPECTO AL ENTORNO:

Somnoliento Confuso Apático Hipervigilante Fluctuante ORIENTACIÓN ESPACIAL: Si No ORIENTACIÓN TEMPORAL: Si No ORIENTACIÓN EN PERSONA: Si No

ORGANIZACIÓN DEL CURSO DEL PENSAMIENTO:

Inhibición Aceleración Perseverancia Disgregación Incoherencia

ORGANIZACIÓN DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

Coherente y organizado Distorsionado Ideación delirante ALTERACIONES PERCEPTIVAS: Si No Auditivas Visuales Olfativas Cenestésicas

Descripción: _____

EXPRESIÓN DEL LENGUAJE:

Disgregado Verborreico Monótono Monosilábico Neologismos Otros Especificar: _____Alteraciones en el volumen: Si No Descripción _____Alteraciones del tono y/ o la modulación: : Si No Descripción _____

DATOS DE INTERÉS: _____



PATRÓN DE ROL-RELACIONES:

ESTRUCTURA FAMILIAR (FAMILIOGRAMA):

PERSONA DE SOPORTE: _____

LUGAR DENTRO DE LA FAMILIA Y ROL DESARROLLADO: _____

REACCIÓN DE LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD: _____

PERSONAS CON LAS QUE SE RELACIONA DIARIAMENTE: _____

TIPO DE RELACIÓN: Satisfactoria Insatisfactoria Indiferente

TIPO DE RELACIÓN CÍRCULO DE AMISTADES:

Satisfactoria Insatisfactoria Indiferente No posee

TERAPIA PSICO-EDUCATIVA: Si No Especificar _____

DATOS DE INTERÉS: _____

PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN:

ACTIVIDAD SEXUAL: Satisfactoria Insatisfactoria No posee

DISFUNCIONES SEXUALES: Si No

CONOCIMIENTOS/ USO MEDIDAS ANTICONCEPTIVAS: Si No

MENSTRUACIÓN: Si No Menopausia Alteraciones

Especificar alteraciones: _____

REVISIONES GINECOLÓGICAS ANUALES: Si No

DATOS DE INTERÉS: _____

PATRÓN DE ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS:

ESTADO DE TENSIÓN/ ANSIEDAD: Generalizado Temporal

FACTORES DESENCADENANTES: Ideas/ pensamientos Miedos/ fobias

ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN Y/ O CONTROL DE LA ANSIEDAD:

Somatizaciones Drogas/ Alcohol/ Tabaco/ Juego patológico Inhibición

Análisis del problema Compartir/ Comentar Otras

Especificar: _____

DATOS DE INTERÉS: _____

PATRÓN DE VALORES-CREENCIAS:

CREENCIAS RELIGIOSAS: Si No

Especificar: _____

VALORES FAMILIARES: _____

DATOS DE INTERÉS: _____

D.U.E: _____

ANEXO 4(22)
PLAN DE CUIDADOS ESTANDAR DE ARTROPLASTIA DE CADERA
DOMINIO N° 2: NUTRICIÓN.

DIAGNÓSTICO		<i>(00025) Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c intervención quirúrgica y/o pérdidas excesivas a través de vías anormales (drenajes).</i>				
NOC	ETIQUETA (ETIO).	<i>(0601) Equilibrio hídrico (equidistragio hídrico).</i> <i>(0802) Estado de signos vitales</i> <i>(0401) Estado circulatorio.</i> <i>(0600) Equilibrio electrolítico ácido/base.</i>				
	INDICADORES (INDIC).	<i>(060116) Hidratación cutánea.</i> <i>(060107) Entradas y salidas diarias equilibradas.</i> <i>(060105) Pulsos periféricos.</i> <i>(060019) Ausencia de irritabilidad neuromuscular.</i> <i>(040104) Presión arterial media.</i> <i>(080205) PA sistólica</i> <i>(080202) Frecuencia del pulso apical</i>	<p style="text-align: center;">COMPROMISO</p> <p style="text-align: center;"><u>GRAVEMENTE</u> <u>BASTANTE</u> <u>MEDIO</u> <u>POCO</u> <u>NADA</u></p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p style="text-align: center;">DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL.</p> <p style="text-align: center;"><u>GRAVE</u> <u>SUSTANCIAL</u> <u>MODERADA</u> <u>LEVE</u> <u>NULA</u></p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p>			
NIC	<i>(0601) Manejo de la hipovolemia.</i> <i>(6680) Monitorización de signos vitales.</i> <i>(4030) Administración de productos sanguíneos.</i> <i>(2440) Mantenimiento de DAV.</i> <i>(4160) Control de hemorragias.</i> <i>(4200) Terapia intravenosa.</i> <i>(4010) Prevención de hemorragias.</i> <i>(4130) Monitorización de líquidos</i> <i>(6650) Vigilancia.</i> <i>(2080) Manejo de líquido y electrolitos</i> <i>(4190) Punción intravenosa</i>					
ACTIVIDADES	- El DUE tomará y registrará las constantes vitales del paciente a su llegada a planta y posteriormente cada 8 horas. (Tensión arterial, frecuencia cardíaca). El AE tomará la temperatura del paciente a su llegada a planta y a requerimiento del DUE. - El DUE administrará la fluidoterapia según tratamiento prescrito (Suero fisiológico o Ringer lactato 500 cc e/6-8 h) y aplicará la restricción de sueroterapia prescrita una vez el paciente haya tolerado dieta líquida. - El AE tomará y registrará la diuresis y pérdidas por drenajes del paciente (en caso de portarlo) a su llegada a planta y posteriormente cada 12 horas. - El DUE vigilará el estado de piel y mucosas para valorar el estado de hidratación del paciente. - El DUE vigilará ritmo de fluidoterapia y la zona de punción de la vía venosa según el protocolo de vías venosas del CHUA. - El DUE vigilará tolerancia oral a líquidos del paciente a las 6 horas postintervención y posteriormente la tolerancia a sólidos. - El DUE vigilará el estado del apósito para descartar posible hemorragia por herida quirúrgica. - En el 3º día, el DUE retirará vía venosa si el paciente no tiene medicación intravenosa.					

DOMINIO N° 3 : ELIMINACIÓN / INTERCAMBIO.

DIAGNÓSTICO		<i>(00015) Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente, problemas durante la defecación, falta de tiempo, posición inadecuada para defecar, falta de intimidad.</i>				
NOC	ETIQ.	<i>(0501) Eliminación intestinal.</i>				
	INDIC.	<i>(0501113) Control de eliminación de heces.</i> <i>(0501121) Eliminación fecal sin ayuda.</i>	<p style="text-align: center;">COMPROMISO</p> <p style="text-align: center;"><u>GRAVEMENTE</u> <u>BASTANTE</u> <u>MEDIO</u> <u>POCO</u> <u>NADA</u></p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p>			
NIC	<i>(0450) Manejo del estreñimiento / impactación.</i> <i>(1804) Ayuda del auto cuidado: aseo (eliminación).</i>					
ACTIVIDADES	- El DUE vigilará la aparición de signos y síntomas del estreñimiento - EL DUE identificará factores que puedan causarlo (medicamento, reposo en cama, dieta) - Fomentar el aumento de ingesta de líquidos y asegurar la intimidad del paciente. - Administrar laxantes o enemas prescritos si procede.					
DIAGNÓSTICO		<i>(00023) Retención urinaria r/c alta presión uretral causada por debilidad del músculo detrusor (después de la retirada del sondaje vesical), miedo al dolor por movilización, falta de intimidad, m/p distensión y dolor abdominal o bien anuria u oliguria.</i>				
NOC	ETIQ.	<i>(0503) Eliminación urinaria</i>				
	INDIC.	<i>(0503303) Cantidad de orina.</i> <i>(0503301) Patrón de eliminación.</i>	<p style="text-align: center;">COMPROMISO</p> <p style="text-align: center;"><u>GRAVEMENTE</u> <u>BASTANTE</u> <u>MEDIO</u> <u>POCO</u> <u>NADA</u></p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p style="text-align: center;">DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL.</p> <p style="text-align: center;"><u>GRAVE</u> <u>SUSTANCIAL</u> <u>MODERADA</u> <u>LEVE</u> <u>NULA</u></p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p>			
NIC	<i>(0620) Cuidado de la retención urinaria (ayudar a aliviar la distensión de la vejiga)</i> <i>(0580) Sondaje vesical</i> <i>(0570) Entrenamiento de la vejiga urinaria</i>					

DOMINIO Nº 4 : ACTIVIDAD / REPOSO.

DIAGNOSTICO		(00102) Déficit del autocuidado: alimentación r/c debilidad o cansancio m/p dificultad en preparar los alimentos su ingestión.																			
NOC	ETIQ.	- (1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. - (1004) Estado nutricional.																			
	INDIC.	- (100801) Ingestión alimentaria oral. - (100803) Ingestión de líquidos orales.	<table border="1"> <tr> <th colspan="5">ADECUACION</th> </tr> <tr> <th>INADECUADA</th> <th>LIGERA</th> <th>MODERADA</th> <th>SUSTANCIAL</th> <th>COMPLETA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>				ADECUACION					INADECUADA	LIGERA	MODERADA	SUSTANCIAL	COMPLETA	1	2	3	4	5
ADECUACION																					
INADECUADA	LIGERA	MODERADA	SUSTANCIAL	COMPLETA																	
1	2	3	4	5																	
		- (100410) Tono muscular. - (100401) Ingestión de nutrientes.	<table border="1"> <tr> <th colspan="5">DESVIACION DEL RANGO NORMAL</th> </tr> <tr> <th>GRAVE</th> <th>SUSTANCIAL</th> <th>MODERADA</th> <th>LEVE</th> <th>NULA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>				DESVIACION DEL RANGO NORMAL					GRAVE	SUSTANCIAL	MODERADA	LEVE	NULA	1	2	3	4	5
DESVIACION DEL RANGO NORMAL																					
GRAVE	SUSTANCIAL	MODERADA	LEVE	NULA																	
1	2	3	4	5																	
NIC	- (1050) Alimentación. - (1100) Manejo de la nutrición. - (1803) Ayuda a los autocuidados: alimentación.																				
ACTIVIDADES	- El DUE comprobará la correcta ingesta a sólidos tras la tolerancia a líquidos. - El AE incorporará al paciente en la cama para facilitar la alimentación y le proporcionará la ingesta nutricional si el paciente no pudiese por sí mismo. - Debido a la asociación clara entre malnutrición y recuperación funcional tras artroplastia de cadera (9), el DUE promoverá la correcta alimentación del paciente, y en caso necesario, comunicará al facultativo la necesidad de añadir suplementos dietéticos (9) (14).																				
DIAGNOSTICO		(00108) Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c deterioro musculoesquelético y/o barreras ambientales m/p incapacidad para lavar el cuerpo y sus partes o entrar y salir del baño																			
NOC	ETIQ.	- (0301) Autocuidados: baño. - (0305) Autocuidados: Higiene.	- (0308) Autocuidados: Higiene bucal. - (0300) Autocuidados: Actividades de la vida diaria.																		
	INDIC.	- (030109) Se baña en la ducha. - (030102) Obtiene los suministros para el baño. - (030506) Mantiene la higiene bucal. - (030810) Utiliza un enjuague bucal - (030114) Se baña la parte superior del cuerpo. - (030006) Higiene.	<table border="1"> <tr> <th colspan="5">COMPROMISO</th> </tr> <tr> <th>GRAVEMENTE</th> <th>BASTANTE</th> <th>MEDIO</th> <th>POCO</th> <th>NADA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>				COMPROMISO					GRAVEMENTE	BASTANTE	MEDIO	POCO	NADA	1	2	3	4	5
COMPROMISO																					
GRAVEMENTE	BASTANTE	MEDIO	POCO	NADA																	
1	2	3	4	5																	
NIC	- (1801) Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. - (1710) Mantenimiento de la salud bucal.																				
ACTIVIDADES	- El AE suministrará al paciente, la tarde previa a la intervención, el colutorio para el aseo bucal indicándole que lo realice la mañana de la intervención (7 horas). - El AE realizará el lavado en cama, en caso necesario y cambiará lencería de la cama, la mañana de la intervención (7 h). - El AE comprobará que el paciente lleva las uñas limpias y desprovistas de esmalte. - En el postoperatorio, se realizará el aseo en cama por parte del AE, celador y DUE en caso necesario, preservando la intimidad del paciente y manteniendo / aumentando la autonomía del paciente.																				

DOMINIO Nº 4: ACTIVIDAD / REPOSO.

DIAGNOSTICO		(00085) Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza, dolor, miedo a iniciar el movimiento m/p dificultad para realizar las actividades del autocuidado, reacio a intentar el movimiento y disminución de la fuerza, control y/o masa muscular.																		
NOC	ETIQ.	- (1811) Conocimiento: actividad prescrita. - (0208) Nivel de movilidad - (0200) Deambulación: Caminata.	- (0216) Movimiento articular. - (0201) Realización del traslado. - (0211) Función esquelética.																	
	INDIC.	- (181104) Descripción de las restricciones de la actividad. - (181101) Descripción de la actividad prescrita. - (020804) Movimiento articular. - (020803) Movimiento muscular. - (021002) Traslado de la silla a la cama. - (021001) Traslado de la cama a la silla. - (020014) Anda por la habitación. - (020002) Camina con marcha eficaz. - (021105) Alineación esquelética. - (020809) Coordinación.	<table border="1"> <tr> <th>NINGUNO</th> <th>ESCASO</th> <th>MODERADO</th> <th>SUSTANCIAL</th> <th>EXTENSO</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>				NINGUNO	ESCASO	MODERADO	SUSTANCIAL	EXTENSO	1	2	3	4	5				
		NINGUNO	ESCASO	MODERADO	SUSTANCIAL	EXTENSO														
1	2	3	4	5																
INDIC.	(021609/01) Flexión rodilla recta 90° (izquierda / derecha) (021610/02) Extensión rodilla recta 0° (izquierda/derecha) (021606/14) Abducción de 30° (izquierda/derecha) (021616/08) Rotación externa (izquierda/derecha)	<table border="1"> <tr> <th colspan="5">COMPROMISO</th> </tr> <tr> <th>GRAVEMENTE</th> <th>BASTANTE</th> <th>MEDIO</th> <th>POCO</th> <th>NADA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>				COMPROMISO					GRAVEMENTE	BASTANTE	MEDIO	POCO	NADA	1	2	3	4	5
COMPROMISO																				
GRAVEMENTE	BASTANTE	MEDIO	POCO	NADA																
1	2	3	4	5																
NIC	- (0740) Cuidados del paciente encamado. - (0202) Fomento del ejercicio: extensión. - (0840) Cambio de posición. - (0226) Terapia de ejercicios: control muscular - (0140) Fomentar los mecanismos corporales.																			
NIC	- (5612) Enseñanza actividad/ejercicio prescrito. - (1400) Manejo del dolor. - (0221) Terapia de ejercicios: ambulación. - (0222) Terapia de ejercicios: equilibrio - (0224) Terapia de ejercicios: movilidad articular.																			
ACTIVIDADES	- El DUE explicará al paciente y familiar las razones del reposo en cama. Se fijará el trapecio a la cama. - El DUE colocará al paciente con alineación en cama decúbite supino y con las medidas antiabducción (almohada entre miembros inferiores). (11) El DUE cursará radiografía de control prescrito por el facultativo. - El DUE enseñará al paciente los ejercicios de flexión y extensión del miembro operado y fomentará su realización por parte del paciente. Así mismo, el DUE administrará la profilaxis antitromboembólica prescrita, (HBPM 40 mg SC e/24 h. Grado de recomendación A) (12)(13). - El AE y DUE mantendrán la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas, colocando el timbre y pulsador de la luz a su alcance. - El paciente, tras la realización de radiografía de control, se levantará al sillón con ayuda moderada en la transferencia. El DUE comprobará que el paciente es sentado en un sillón de asiento alto, inmediatamente después de haber sido aseado y curado y con la ayuda del AE y celador de la planta. El 3º día postoperatorio, la transferencia se realizará con ayuda mínima (14) y el paciente deberá quedarse sentado un mínimo de 2 horas antes de empezar la deambulación. - El DUE ayudará en la deambulación del paciente con andador durante 8 metros en el turno de mañana y tarde (14), indicándole la forma correcta de hacerlo (andador, iniciando primero el miembro operado y después el otro).(11)																			

DOMINIO N° 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN.

DIAGNOSTICO		(00126) <i>Conocimientos deficientes r/e</i> limitación cognoscitiva m/p verbalización del problema y petición de información				
NOC	ETIQ.	- (1814) Conocimiento: procedimientos terapéuticos. - (1803) Conocimientos: Proceso de la enfermedad. - (1813) Conocimientos: Régimen terapéutico.				
	INDIC.	- (181401) Descripción del procedimiento terapéutico. - (181404) Descripción de cómo funciona el dispositivo - (181407) Descripción de los cuidados adecuados del equipamiento. - (180311) Descripción de las prevenciones para prevenir complicaciones. - (180310) Descripción de signos y síntomas de las complicaciones. - (181305) Descripción de la dieta prescrita. - (181307) Descripción de la actividad prescrita.	<u>NINGUNO</u>	<u>ESCASO</u>	<u>MODERADO</u>	<u>SUSTANCIAL</u>
NIC	- (5618) Enseñanza: procedimiento/ tratamiento - (5610) Enseñanza: prequirúrgica. - (1780) Cuidados de una prótesis.					- (5520) Facilitar el aprendizaje. - (5612) Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito. - (5602) Enseñanza: Proceso.

DOMINIO N° 5 : PERCEPCIÓN / COGNICIÓN.

DIAGNOSTICO		(00173) <i>Riesgo de confusión aguda r/e</i> traumatismo o reagudización del proceso crónico.				
NOC	ETIQ.	- (2102) Nivel de dolor. - (0600) Equilibrio electrolítico y ácido-base. - (0901) Orientación cognitiva.				
	INDIC.	- (090104) Identifica el día presente. - (090101) Se autoidentifica. - (090103) Identifica el lugar donde está. - (060017) Orientación cognitiva. - (060016) Alerta mental.	<u>COMPROMISO</u>			
NIC	- (4820) Orientación de la realidad. - (6440) Manejo del delirio.					<u>GRAVEMENTE</u> <u>BASTANTE</u> <u>MEDIO</u> <u>POCO</u> <u>NADA</u> 1 2 3 4 5
ACTIVIDADES	-El DUE valorará la posible causa de la confusión o delirio con el médico responsable si fuera necesario, para tomar las medidas oportunas. -El personal de la planta orientará sobre la realidad, intentando razonar con el paciente si fuera posible, dando apoyo a los cuidadores, promoviendo un ambiente seguro, etc. -El DUE administrará la medicación pautada (analgesia, ansiolíticos, hipnóticos), dependiendo de la situación o causa. -En caso necesario se tomarán medidas de tipo "sujeciones mecánicas".					

DOMINIO N° 7 : ROL / RELACIONES.

DIAGNOSTICO		(00062) <i>Riesgo de cansancio del rol cuidador, r/e</i> la vulnerabilidad de la dificultad del rol del cuidador,				
NOC	ETIQ.	- (2204) Relación entre el cuidador y paciente. - (2202) Preparación del cuidado familiar domiciliario.				
	INDIC.	- (220408) Compromiso a largo plazo.(comprometido)	<u>COMPROMISO</u>			
NIC	- (5240) Asesoramiento - (7040) Apoyo al cuidador principal.					<u>GRAVEMENTE</u> <u>BASTANTE</u> <u>MEDIO</u> <u>POCO</u> <u>NADA</u> 1 2 3 4 5
ACTIVIDADES	- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. - Determinar el nivel de conocimiento del cuidador.					<u>ADECUACION</u> <u>INADECUADO</u> <u>LIGERA</u> <u>MODERADA</u> <u>SUSTANCIAL</u> <u>COMPLETA</u> 1 2 3 4 5

DOMINIO N° 9 : AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS.

DIAGNOSTICO		(00074) <i>Afrontamiento familiar comprometido</i> r/e desorganización familiar y cambio de roles temporales m/p que la persona de referencia describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuado que interfiere con las conductas efectivas de ayuda y soporte o bien por expresiones de desbordamiento y preocupación familiar.				
NOC	ETIQ.	- (2200) Superación de problemas de la familia. - (2204) Relación entre cuidador principal y paciente.				
	INDIC.	- (220401) Comunicación efectiva. - (220411) Solución de problemas en colaboración. - (220412) Sentido de la responsabilidad.	COMPROMISO GRAVEMENTE BASTANTE MEDIO POCO NADA 1 2 3 4 5			
NIC	- (5240) Asesoramiento. - (7110) Fomento de la implicación familiar - (5250) Apoyo en toma de decisiones. - (7040) Apoyo al cuidador principal. - (5270) Apoyo emocional. - (7140) Apoyo a la familia.					

ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - El DUE de la consulta, proporcionará información y apoyo al paciente y familiar que deben tomar una decisión, con el objetivo de facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios. - El DUE de la consulta y de la unidad de hospitalización, facilitarán la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente. Así mismo, comprobará que el cuidador principal tiene la aptitud y actitud necesarias para cuidar al paciente, facilitando la participación de la familia en el cuidado del paciente. Se responderá a las preguntas del paciente y cuidador.
--------------------	--

DOMINIO N° 10: PRINCIPIOS VITALES.

DIAGNOSTICO		(00083) <i>Conflicto de decisiones</i> r/e percepción de amenaza a valores personales m/p vacilación entre expresiones alternativas				
NOC	ETIQ.	- (0906) Toma de decisiones.				
	INDIC.	- (090601) Identifica información relevante. - (090602) Identifica alternativas. - (090604) Identifica información relevante.	COMPROMISO GRAVEMENTE BASTANTE MEDIO POCO NADA 1 2 3 4 5			
NIC	- (5250) Apoyo en toma de decisiones.					
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - El DUE de la consulta, proporcionará información y apoyo al paciente y familiar que deben tomar una decisión, con el objetivo de facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios. - El DUE de la consulta y de la unidad de hospitalización, facilitarán la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente. - El DUE comprobará que el cuidador principal tiene la aptitud y actitud necesarias para cuidar al paciente 					

DOMINIO N° 11 : SEGURIDAD / PROTECCIÓN.

DIAGNOSTICO		(00086) <i>Riesgo de disfunción neurovascular periférica</i> r/e cirugía ortopédica				
NOC	ETIQ.	- (0407) Perfusión tisular: Periférica				
	INDIC.	- (040716) Llenado capilar de los dedos de los pies. - (040710) Temperatura de extremidades caliente. - (040706) Sensibilidad.	COMPROMISO GRAVEMENTE BASTANTE MEDIO POCO NADA 1 2 3 4 5			
NIC	- (2660) Gestión de sensibilidad periférica.					
ACTIVIDADES	- El DUE vigilará la sensibilidad y color de la piel del miembro operado así como la movilidad de dedos y tobillo a la llegada a planta y posteriormente cada 8 horas.					

DOMINIO Nº 11 : SEGURIDAD / PROTECCIÓN. (bis)

DIAGNOSTICO		(00155) <i>Riesgo de caída r/e</i> prótesis en miembros inferiores, uso de dispositivos de ayuda o deterioro de la movilidad física				
NOC	ETIQ.	- (1911) Conducta de seguridad: personal. - (1909) Conducta de seguridad: prevención de caídas. - (1809) Conocimientos: seguridad personal.		- (1912) Estado de seguridad: caídas. - (0208) Nivel de movilidad		
	INDIC.	- (191107) Uso correcto de dispositivos de ayuda.	DEMOSTRACIÓN. NUNCA RARAMENTE A VECES FRECUENTE SIEMPRE 1 2 3 4 5			
		- (020801) Mantenimiento del equilibrio. - (020809) Coordinación.	COMPROMISO GRAVEMENTE BASTANTE MEDIO POCO NADA 1 2 3 4 5			
		- (180902) Descripción de medidas de prevención de caídas	NINGUNO ESCASO MODERADO SUSTANCIAL EXTENSO 1 2 3 4 5			
NIC	- (6610) Identificación de riesgos. - (5606) Enseñanza: individual. - (6490) Prevención de caídas.		- (6654) Vigilancia: seguridad. - (6486) Manejo ambiental: seguridad.			
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - El DUE ayudará al paciente a desarrollar un programa de ejercicios de acuerdo a su edad y estado físico, y también animará a mantener una base de apoyo amplia. - El personal de la unidad facilitará un ambiente seguro para la práctica de ejercicios y vigilará la respuesta del paciente a los mismos. - El DUE planificará las actividades de eliminación de riesgos en colaboración con el paciente. - El DUE vigilará la marcha, equilibrio y cansancio en la deambulación del paciente. - El DUE valorará las capacidades e incapacidades psicomotoras y ayudará (salvo contraindicación) en la bipedestación / sedestación y en el balanceo lateral del cuerpo para estimular el equilibrio corporal. 					

DOMINIO Nº 12: CONFORT.

DIAGNOSTICO		(00183) <i>Disposición para mejorar el confort r/e</i> cambio en el entorno m/p nerviosismo.				
NOC	ETIQ.	- (3000) Satisfacción del paciente/usuario: acceso a los recursos asistenciales. - (3001) Satisfacción del paciente/usuario: cuidados				
	INDIC.	- (300006) Acceso a la enfermera responsable de los cuidados. - (300005) Informado de la enfermera y del personal auxiliar responsable. - (300001) Disponibilidad de las enfermeras. - (300114) Orientación en la habitación, equipo y rutinas. - (300108) Relación con el personal de enfermería.	GRADO DE SATISFACCIÓN. NADA POCO REGULAR BASTANTE MUCHO 1 2 3 4 5			
NIC	- (6482) Manejo ambiental: confort - (7310) Cuidados de enfermería al ingreso.		- (5240) Asesoramiento.			
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - El auxiliar de enfermería (AE) acompañará al paciente a su habitación y lo proveerá de los útiles de aseo personal. Colocará pulsara identificativa al paciente en el lado de la intervención quirúrgica. - El DUE le enseñará al paciente el funcionamiento de las instalaciones de la habitación (timbre y pulsador de luz, mando de la cama, etc...) - El DUE resolverá las dudas del paciente referentes a la intervención y le asegurará la completa disposición de todo el personal para con su cuidado. - El DUE y AE aplicará el Plan de Acogida vigente al paciente y familiares. - El DUE realizará la Valoración del paciente (Anexo I) y la toma de constantes vitales. 					

DOMINIO Nº 12 : CONFORT.

DIAGNOSTICO		(00132) <i>Dolor agudo r/e</i> agentes físicos, psicológicos y biológicos m/p manifestación verbal de los descriptores del dolor, máscara facial del dolor y respuestas autónomas.				
NOC	ETIQ.	- (1605) Control del dolor. - (2100) Nivel de comodidad.	- (2002) Bienestar. - (2102) Nivel del dolor.			
	INDIC.	- (160502) Reconoce el comienzo del dolor. - (160511) Refiere dolor controlado.	DEMOSTRACIÓN. NUNCA RARAMENTE A VECES FRECUENTE SIEMPRE 1 2 3 4 5			
		- (210008) Control del dolor. - (210001) Bienestar físico. - (200208) Satisfacción con la capacidad de relax.	GRADO DE SATISFACCIÓN. NADA POCO REGULAR BASTANTE MUCHO 1 2 3 4 5			



NIC	- (1400) Manejo del dolor. - (2380) Manejo de la medicación. - (2210) Administración de analgésicos. - (2400) Asistencia en la analgesia, controlada por el paciente (ACP).		- (2317) Administración de medicación: Subcutánea. - (2314) Administración de medicación: Intravenosa. - (6482) Manejo ambiental: confort.																														
ACTIVIDADES	- El DUE valorará el dolor del paciente a su llegada a planta y durante su permanencia en ésta, incluyendo la localización, características, duración, frecuencia, expresiones no verbales de dolor, y evaluará las medidas antiálgicas. Informará al paciente y familiares de las posturas antiálgicas (decúbito supino y miembro operado en abducción y rotación externa). - El DUE informará al paciente sobre la conveniencia de avisar al DUE en el momento de que empiece a notar dolor para la inmediata administración de analgésico de rescate y evitar así el aumento del dolor y su consiguiente aumento de dosis analgésica. - El DUE preparará, administrará, y evaluará los analgésicos prescritos (tanto los de vía intravenosa como subcutánea), de forma segura y efectiva, pautándolos de forma alterna los pertenecientes a distinto grupo químico. Al 3º día, se administrará el analgésico vía oral. - El DUE monitorizará y registrará el grado de satisfacción del paciente respecto al dolor. - El personal de la unidad proporcionará un ambiente tranquilo y relajado al paciente, desaconsejando visitas familiares excesivas y disminuyendo el ruido en la habitación. - El DUE explicará al paciente a su llegada a planta, el funcionamiento de la bomba de ACP y de la posibilidad de suministrarse el mismo de forma segura las dosis de rescate (si el paciente es portador). El infusor intravenoso se retirará a las 24 horas postintervención y el infusor intratecal se retirará dejando un margen de 6 horas antes y 12 horas después de la administración de dosis de HBPM. (15)																																
DIAGNOSTICO	(00134) Nauseas r/c anestesia postquirúrgica, hipotensión ortostática, dolor y movilización m/p sintomatología vegetativa e informes de "nauseas".																																
NOC	ETIO.	- (1618) Control de náuseas y vómitos. - (1008) Estado nutricional.																															
	INDIC.	- (161801) Reconoce inicio de náuseas. - (161812) Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar. - (100411) Hidratación. - (100401) Ingestión de nutrientes.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">DEMOSTRACIÓN.</th> </tr> <tr> <th>NUNCA</th> <th>RARAMENTE</th> <th>A VECES</th> <th>FRECIENTE</th> <th>SIEMPRE</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align:center">DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL.</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center">GRAVE</td> <td style="text-align:center">SUSTANCIAL</td> <td style="text-align:center">MODERADA</td> <td style="text-align:center">LEVE</td> <td style="text-align:center">NULA</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td style="text-align:center">3</td> <td style="text-align:center">4</td> <td style="text-align:center">5</td> </tr> </tbody> </table>		DEMOSTRACIÓN.					NUNCA	RARAMENTE	A VECES	FRECIENTE	SIEMPRE	1	2	3	4	5	DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL.					GRAVE	SUSTANCIAL	MODERADA	LEVE	NULA	1	2	3	4
DEMOSTRACIÓN.																																	
NUNCA	RARAMENTE	A VECES	FRECIENTE	SIEMPRE																													
1	2	3	4	5																													
DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL.																																	
GRAVE	SUSTANCIAL	MODERADA	LEVE	NULA																													
1	2	3	4	5																													
NIC	- (2380) Manejo de la medicación. - (1450) Manejo de las náuseas. - (1570) Manejo del vómito.		- (4200) Terapia intravenosa. - (6650) Vigilancia - (4130) Monitorización de líquidos																														
ACTIVIDADES	- El DUE registrará y valorará la frecuencia y características de las náuseas y vómitos. - El DUE administrará el antiemético prescrito. - El DUE colocará al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración del vómito, manteniendo vías aéreas permeables. - El AE limpiará al paciente, en caso necesario, evitando movimientos bruscos para no favorecer el vómito. - El paciente deberá quedarse incorporado en la cama alrededor de 1 hora previa sedestación, lo cual se hará antes de comer y evitando movimientos bruscos.																																

ANEXO 5(22)

VALORACION DE ENFERMERIA AL ALTA.

HOSPITAL: GENERAL P. SOCORRO		ESPACIO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA.
SERVICIO/SECCION: -----		
HIGIENE: autónomo: _____ dependiente: _____ Cuidados: _____		
PIEL Y/O MUCOSAS: ----- Tipo de lesión/es: úlcera: __ traumatismo: __ herida quirúrgica: __ otras: _____ Curas/cuidados: _____ -----		
CONSCIENCIA: orientado: __ desorientado: __ agitado: __ inconsciente: __		
MOVILIDAD: autónomo: __ dependiente: __		
ALIMENTACIÓN: dieta recomendada: _____ Cuidado del sondaje gástrico y/o de la gastrostomía percutánea: _____		
OXIGENACIÓN: Horas/día: __ volumen: __ l/min administración: _____ Cuidados: _____ Traqueostomía: nº de cánula: __ tipo: _____ autónomo: __ dependiente: _____		
ELIMINACION: URINARIA: incontinencia: __ retención: __ otras: _____ Tipo de sonda: _____ nº _____ fecha último cambio: __ / __ / __ Cuidados: _____ INTESTINAL: diarrea: __ estreñimiento: __ incontinencia: __ Ostomía: tipo: _____ localización: _____ estado del estoma: _____ Piel peristomal: _____ efluyente: _____ Grado de destreza en el manejo de la ostomía: _____		
SEGURIDAD: autónomo: __ dependiente: __		
BIENESTAR: Dolor: _____ Estado anímico: _____		
COMUNICACION: Alteración de: visión: __ audición: __ habla: __		
Vías terapéuticas: tipo de catéter: _____ fecha de implantación: _____ Cuidados: _____		
Observaciones/Recomendaciones al paciente y/o familiares: _____ -----		
Enfermera/o de referencia: Dña/Dº _____ Firma: _____ Fecha: __ / __ / __		

Artículos Seleccionados y revisados

Scielo 1 fila

- 1- http://www.scielo.org.mx.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-95322020000100069&lang=pt no seleccionado
- 2- http://scielo.iics.una.py.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492018000300081&lang=pt no seleccionado

Scielo 2 fila

1. http://scielo.isciii.es.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272019000200013&lang=pt no seleccionado
2. http://www.scielo.org.mx.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022018000400225&lang=pt no seleccionado
3. http://www.scielo.org.mx.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022018000100048&lang=pt seleccionado
4. http://www.scielo.org.mx.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-95322016000300221&lang=pt no seleccionado
5. http://www.scielo.org.mx.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022015000500007&lang=pt no seleccionado

Pubmed 1 fila

1. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31479493/> seleccionado
2. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/27138849/> seleccionado
3. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/28054326/> no seleccionado

Pubmed 2 fila

1. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/28416825/> no seleccionado

Pubmed 4 fila

1. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/32077264/> no seleccionado
2. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/28533697/> no seleccionado
3. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31680594/> seleccionado
4. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/26220315/> seleccionado

Pubmed 5 fila

1. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/29691754/> seleccionado
2. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/30528131/> no seleccionado
3. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/30637571/> seleccionado
4. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/29302081/> no seleccionado

Pubmed 6 fila

1. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/28623889/> no seleccionado

Dialnet

- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7586971> seleccionado
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5637297> no seleccionado
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5171534> no seleccionado