

PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE AL QUE SE LE IMPLANTA PRÓTESIS PARCIAL DE CADERA DERECHA

CARE PLAN OF A PATIENT WHO IS IMPLANTED RIGHT HIP PARTIAL PROSTHESIS

Alicia Pérez Herrera

Enfermera. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Pérez Herrera, A. (2021). PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE AL QUE SE LE IMPLANTA PRÓTESIS PARCIAL DE CADERA DERECHA. Revista Ene De Enfermería, 16(1). Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1174>

RECIBIDO: Julio 2020
ACEPTADO: Abril 2021

Resumen

Paciente varón de 86 años que ingresa en la unidad remitido del servicio de traumatología para recuperación funcional tras fractura de cadera y húmero derecho, fruto de una caída casual. Se implanta prótesis parcial de cadera derecha.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Prótesis de Cadera;

Abstract

An 86-year-old male patient admitted to the unit referred from the trauma service for functional recovery after a fracture of the hip and right humerus, the result of an accidental fall. Partial right hip prosthesis is implanted.

Keywords: Nursing Care; Hip Prosthesis;

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente varón de 86 años a quien vamos a llamar Antonio, que ingresa en la unidad remitido del servicio de traumatología para recuperación funcional tras fractura de cadera y húmero derecho, fruto de una caída casual. Se implanta prótesis parcial de cadera derecha.

VALORACIÓN

Antecedentes:

Posible alergia a Penicilina, sin pruebas de alergia realizadas.

Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia.

Ex -fumador desde hace 20 años con consumo acumulado de 50 paq/año. Refiere que bebía.

EPOC moderado/grave con restricción pulmonar moderada diagnosticada en 2010. Síndrome de hipoventilación alveolar secundaria a parálisis frénica derecha y/o enfermedad neuromuscular. Se pautó BIPAP nocturno en 2010, retirado en 2013 por bajo uso.

Cardiopatía hipertensiva. Fibrilación auricular. Implantación de marcapasos VVI en diciembre de 2017 por bradicardia sintomática.

Neoplasia de próstata en tratamiento hormonal, no biopsiado por negativa del paciente.

Epilepsia: foco lesivo temporal izquierdo en EEG de 2010.

Intervenciones: Faquectomía. Amigdalectomía. Prolapso de grasa orbitaria superior de ojo derecho.

Antonio vive solo, es soltero, tiene dos hijos que viven en Venezuela. Una hermana suya le ayuda en las tareas del hogar.

Tratamiento previo al ingreso:

Tratamiento	Dosis	Pauta	Última dosis
Calcio bicarbonato 1250 mg (500 Ca)-colecalfiferol 1000 ui	Cada 24 horas Comp. masticable	Ce	14/03/2018
Duorart 0,5/0,4 mg	Cada 24 horas Vía oral capsulas	De	24/01/2018
Permixon	160 mg cada 12 horas	De - Ce	20/10/2017
Spiriva	18 mg capsula para inhalar	Cada 24 horas	14/03/2018

Leuprorelina 45 mg/ amp	45mg 1 amp/ 24 horas	Cada 6 meses	09/01/2018
Prolia 60 mg	1 ml	Cada 6 meses	14/03/2018
Colirio Latanoprost 0,0005%	Cada 24 horas Vía oftálmica		

El paciente está consciente y se muestra colaborador. Tiene un deterioro cognitivo leve propio del proceso de la vejez, problemas con la visión (usa gafas) y leve sordera. Respecto a las necesidades para comunicarse, presenta problemas para la comprensión, pero si le hablas mirándole a la cara es capaz de seguir la conversación sin dificultad. Dependencia leve para las ABVD (índice de Barthel: 90 puntos), portador de férula de inmovilización del hombro derecho debido a la fractura. Colabora con el brazo izquierdo para comer, aunque precisa de ayuda para abrir los recipientes de los alimentos envasados y para la medicación, así como para incorporarse en la cama (pasar de decúbito supino a sedestación) y para la realización del baño -que se realiza en la cama-, vestirse y desvestirse. Presenta incontinencia urinaria ocasional y estreñimiento ocasional (comenta en el momento del ingreso que se encuentra incomodo por un estreñimiento de tres días de evolución). Disfagia ocasional a líquidos. Se solicita a cocina dieta para diabéticos baja en sal para pacientes con disfagia. Líquidos

con espesantes. Refiere buen descanso nocturno.

Antonio vive solo, es soltero, tiene dos hijos que viven en Venezuela. Una hermana suya le ayuda en las tareas del hogar y lo visita diariamente en el hospital. Escala de valoración socio-familiar de Gijón: 9 (aceptable o buena situación social).

Al ingreso en la unidad se complementa la dieta con suplementos nutricionales a pesar de tener cribado nutricional negativo. Se le realiza test de disfagia que resulta positivo, por reagudización de EPOC de probable origen broncoaspirativo. Refiere dolor en el codo derecho, relacionado con el uso de cabestrillo.

Hace vida cama-sillón, para lo que necesita ayuda, y ambula con ayuda de dispositivos y con la asistencia del fisioterapeuta. Se le realiza escala de Norton (riesgo de UPP debido a la inmovilidad: con un resultado moderado).

Durante su estancia en el centro hospitalario el paciente se encuentra hemodinámicamente estable. Recibe alimentación con espesantes sin presen-

tar nuevos episodios de broncoaspiración. Continúa con su plan de rehabilitación, con el fisioterapeuta. Realiza sesiones de fisioterapia con cinesiterapia activa asistida y activa de miembro inferior afecto, activos asistidos suaves de MSD, transferencia asistida de decúbito a sedestación y de sedestación a bipedestación con andadora y carga parcial, pendulares de MSD y marcha con asistencia, andadora y carga parcial saliendo al pasillo de la unidad de hospitalización.

Escalas de valoración realizadas al paciente:

Índice de Barthel:

Escalas de valoración funcional, Psicoafectiva y Sociofamiliar

Actividades básicas de la vida diaria de Barthel

Descripción:

- Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.

- Características de recogida: Puede realizarse autoadministrado, por observación directa, preguntando al paciente o a su cuidador.

- Tiempo estimado de administración: 5 minutos

- La escala se debe realizar para valorar dos situaciones:

La situación actual del paciente.

La situación basal, es decir la situación previa al proceso que motiva una consulta cuando se realiza durante un ingreso o un proceso agudo.

- La valoración se realiza según la puntuación de una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente) siendo 90 la puntuación máxima si va en silla de ruedas. Los diferentes tramos de puntuación son interpretados luego con una valoración cualitativa. Han sido propuesta diferentes interpretaciones para una misma puntuación. Por ejemplo; un resultado de 70 puede ser interpretado como una dependencia leve o moderada según diferentes publicaciones. Por ello es muy importante que el resultado sea registrado en valores absolutos y no en una escala cualitativa.

- Es también de gran utilidad el registro de las puntuaciones parciales de cada actividad, para conocer las deficiencias específicas de cada persona.

Estratificación:

Diraya		Proceso APP	
Puntuación	Dependencia	Puntuación	Dependencia
1. - 20	Total	>20 (0-15)	Total
25 - 60	Severa	20 - 35	Severa
65 - 90	Moderada	40 - 55	Moderada
95	Leve	≥60 (60-95)	Leve
100	Independencia	100	Independencia

Índice de Barthel realizado al paciente en planta:

Alimentación: Alguna ayuda

Baño: Necesita ayuda

Aseo: Necesita ayuda

Vestirse-Desvestirse: Dependiente

Control Anal: Incontinente

Control Vesical: Incontinente

Uso de WC: Dependiente

Traslado de cama-sillón: Mucha ayuda

Paseo: Pasea (ayuda de una persona)

Subir escaleras: no puede

Puntos Alimentación: 5

Puntos Baño: 0

Puntos Aseo: 0

Puntos Vestirse-Desvestirse: 0

Puntos Control Anal: 0

Puntos Control Vesical: 0

Puntos Uso WC: 0

Puntos Traslado cama-sillón: 5

Puntos Paseo: 10

Puntos Subir Escaleras: 0

TOTAL, PUNTUACIÓN: 20

INCAPACIDAD FUNCIONAL: Incapacidad Grave

Escala para la valoración del riesgo de caídas: Downton

Caídas Previas: Sí

Medicamentos: Sí

Tranquilizantes- sedantes: Sí

Diuréticos: No

Hipotensores (No Diuréticos): No

Antiparkinsonianos: No

Antidepresivos: No

Otros Medicamentos: Sí

Déficit sensorial: Sí

Alteraciones visuales: Sí

Alteraciones auditivas: Sí

Alteraciones extremidades: Sí

Estado mental: Orientado

Deambulación: Insegura (Con o sin ayuda)

Puntuación total: 5**Riesgo de caídas: alto riesgo**

Escala de valoración de UPP: Norton

Estado físico en general: Mediano

Estado mental: Alerta

Movilidad: Muy limitada

Actividad: Cama-sillón

Incontinencia: urinaria y fecal

Resultado: 13**Nivel de riesgo de UPP: moderado (reevaluar en cada día)**

Tratamiento

Tratamiento	Dosis	Pauta
Enema fosfato sódico 250ml	250ml Vía rectal	Cada 48 horas
Parafina/Picosulfato	15ml sobre Vía oral	De-Ce
Colirio Latanoprost 0,005%	1 gota en cada ojo	Cada 24 horas. De
Paracetamol 500mg	1000mg Vía oral	Cada 8 horas
Loratadina	10 mg/ Ce Vía oral	Cada 24 horas
Simeticona	40 mg/ Co	Cada 24 horas

Insulina regular 100 UI/ ml	1. Ui Vía subcutánea	De-Co-Ce
Enaxoparina	40 mg Vía subcutánea	Cada 24 horas
Lorazepam	2. mg Vía oral	Cada 24 horas
Dutasterida	0,5 mg Vía oral	Cada 24 horas/Ce
Tamsulosina	0,4 mg Vía oral	Cada 24 horas/ Ce
Ipratropio, Bromuro (Inhalado)	2 inhalaciones	Cada 8 horas
salbutamol	1 inhalación	Cada 8 horas
Metamizol	575 mg Vía oral	Cada 8 horas
Omeprazol	20 mg Vía oral	De
Lactobulosa sobre	15 ml Vía oral	De/Co/Ce
Agua Gelificada Saborizada	125g	De/Co/Me/Ce

VALORACIÓN POR PFS

PATRÓN 1: Percepción / Manejo de la salud.

Alergias: si (penicilina).

Cumplimiento del régimen terapéutico: siempre

Hábitos tóxicos: Ex-fumador y Ex-bebedor

Especificar: 20 años.

Hospitalización en los últimos años: Ninguna

Aislamiento: No.

Antecedentes personales/ familiares:

- Posible alergia a Penicilina, sin pruebas de alergia realizadas.
- Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia.
- Exfumador desde hace 20 años con consumo acumu-

lado de 50 paquetes al año. Exbebedor.

- EPOC moderado/grave con restricción pulmonar moderada diagnosticada en 2010. Síndrome de hipoventilación alveolar secundaria a parálisis frénica derecha y/o enfermedad neuromuscular. Se pautó BIPAP nocturno en 2010, retirado en 2013 por bajo uso.
- Cardiopatía hipertensiva. Fibrilación auricular. Implantación de marcapasos VVI en diciembre de 2017- por bradicardia sintomática.
- Neoplasia de próstata en tratamiento hormonal, no biopsiado por negativa del paciente.
- Epilepsia: foco lesivo temporal izquierdo en EEG de 2010.

- Intervenciones: Faquectomía. Amigdalectomía. Prolapso de grasa orbitaria superior de ojo derecho.

Caídas en el último año: 1

Riesgo de caídas: Alto (Valoración de riesgo de caídas: Downton=5)

Tipo de lesión: herida quirúrgica

Riesgo de úlcera por presión: Riesgo moderado (Escala de Norton).

Úlceras al ingreso: No

Mucosa Oral: No alterada

Acceso Vascular: No

PATRÓN 2: Nutricional/ Metabólico

Peso: 92.0 kg.

T^a: 36.0 °C

Dieta habitual: sin azúcar; sin sal

Otras (especificar dieta habitual): Disfagia (Test de disfagia: positivo).

Dieta prescrita: Diabética sin sal y sin grasa, de disfagia.

Vía de administración de dieta: Oral

Cumplimiento de la dieta prescrita: Sí

Ingesta de alimentos: Adecuada

Número de comidas al día: 4

Nauseas: No

Vómitos: No

Dentición: Faltan piezas

Especificar: Ausencia dentaria alta

Ingesta de líquidos: Adecuada

Especificar: Con espesantes debido a la disfagia

Cantidad de líquidos ingeridos: 1-2 litros

Estado de deglución: disfagia a líquidos

Estado de la piel: Sin alteraciones

Lesión cutánea: Sí

PATRÓN 3: Eliminación

Hábitos de eliminación intestinal: cada 3 o más días (Ocasional).

Estreñimiento: Sí

Diarrea: No

Incontinencia intestinal: Si

Sonda vesical: No

Incontinencia urinaria: Refleja

Sudoración: Normal

Drenajes: No

PATRÓN 4: Actividad/ Ejercicio

Energía para realizar las actividades deseadas: Si

Movilidad: alterada

Especificar: PPC derecha (Prótesis Parcial de Cadera derecha) y Fractura húmero derecho (férula de inmovilización hombro derecho). El paciente refiere que vive solo en un edificio en el tercer piso.

Alimentación: Independiente

Baño: Se realiza en cama

Uso de WC: Utiliza ropa de incontinencia (pañal)

Vestido: precisa ayuda de personas y dispositivos

Dispositivo de ayuda para la movilidad: Andador

Deterioro de la capacidad funcional en los últimos 6 meses: Si

PATRÓN 5: Descanso/Sueño

Nº de horas de sueño: De 6 a 8 horas

Problemas de sueño: No

Dependencia de ayudas para dormir: No

Se siente descansado: Si

PATRÓN 6: Cognitivo/ Perceptual

Conciencia: Alerta

Orientado espacio-tiempo-persona: Sí

Dolor: Sí

Nivel: del 0 al 10

Medidas del control del dolor: farmacológicas

Déficit sensorial: Sí

Visión: Alterada

Dispositivos de ayuda: Sí

Especificar: Gafas

Audición: Alterada

Dispositivos de ayuda: No

Dificultad de la comprensión: Sí

PATRÓN 7: Autopercepción / Autoconcepto

Inquietud: No

Irritabilidad: No

Temor verbalizado: No

Percepción de la imagen corporal: Positiva

PATRÓN 8: Rol/ Relaciones

Persona significativa de soporte: Sí

Identificación: Antonio refiere que vive solo. Está separado de su pareja y tiene dos hijos en Venezuela. Comenta que su hermana se ocupa de él, y le ayuda en las tareas de la casa.

Tiene cuidador: Sí

Datos de vinculación: Hermana

Identificación: Su hermana se interesa por él y acude al hospital prácticamente a diario, sobre la hora de la comida, para ayudarlo.

Tiene personas a su cargo: No

Vive con: Vive sólo

Es cuidador principal: No

Relaciones familia-amigos-laborales: Satisfactorias

PATRÓN 9: Sexualidad / Reproducción

Influencia de la enfermedad en la sexualidad: No

Sexualmente activo: No

Disfunción sexual: No contesta

Problemas prostáticos: Sí

Especificar: Neoplasia de próstata en tratamiento hormonal, no biopsiado por negativa del paciente.

PATRÓN 10: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés**Presencia de estrés:** No**Control de impulsos:** Sí**Actitud frente a la hospitalización- enfermedad:** Aceptación

para ponerse la ropa en la parte superior e inferior del cuerpo.

[00155] Riesgo de caídas relacionado con antecedentes de caídas y deterioro de la movilidad con dificultad en la marcha secundario a prótesis parcial de cadera derecha.

PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS**Cambios en los últimos dos años:**
No**Ideas, creencias, valores y costumbres que son importantes para el paciente:** Refiere ser católico.**Solicita asistencia religiosa:** No

[00004] Riesgo de infección relacionado con enfermedad crónica secundario a EPOC.

[00103] Deterioro de la deglución relacionado con ausencia de piezas dentarias manifestado por atragantamiento (test de disfagia positivo) secundario a trastorno respiratorio (broncoaspiración).

[00039] Riesgo de aspiración relacionado con deterioro de la deglución.

[00048] Deterioro de la dentición relacionado con higiene oral inadecuada manifestado por ausencia de piezas dentarias.

[00249] Riesgo de úlcera por presión relacionado con disminución de la movilidad secundario a fractura de cadera.

[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con el uso de ropa de incontinencia (pañal).

[00018] Incontinencia urinaria refleja relacionada con debilidad de la musculatura pélvica manifestado por incontinencia urinaria funcional.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

[00132] Dolor agudo relacionado con inmovilidad manifestado por la conducta expresiva del paciente que refiere “me duele” secundario a intervención quirúrgica de cadera derecha y fractura de húmero derecho.

[00085] Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro musculoesquelético y dolor manifestado por limitación de los movimientos, disminución de la fuerza muscular y discomfort.

[00108] Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con el deterioro de la movilidad manifestado por la dificultad para entrar y salir del baño.

[00109] Déficit de autocuidado: vestido relacionado con el deterioro de la movilidad manifestado por la dificultad

[00014] Incontinencia fecal relacionada con deterioro de la movilidad manifestada por emisión involuntaria de heces e incapacidad para retrasar la defecación.

[00011] Estreñimiento relacionado con la inmovilidad manifestado por un hábito de defecación irregular (3-4 días).

[00238] Deterioro de la bipedestación relacionado fuerza muscular insuficiente manifestado por postura irregular de ambos miembros inferiores secundario a prótesis de cadera derecha (PPC).

[00090] Deterioro de la habilidad para la traslación relacionado con fuerza muscular insuficiente manifestado por la dificultad para levantarse y trasladarse en la silla y la cama.

[00110] Déficit de autocuidado: uso del inodoro relacionado con el deterioro de la movilidad manifestado por la dificultad para llegar hasta el inodoro.

PLAN DE CUIDADOS

00132. Dolor agudo relacionado con inmovilidad manifestado por la conducta expresiva del paciente que refiere “me duele” secundario a intervención quirúrgica de cadera derecha y fractura de húmero derecho.

NOC RELACIONADOS:

1. [2102] **NIVEL DEL DOLOR:** *Intensidad del dolor referido o manifestado.*

Indicadores:

[210201] Dolor referido.

[210206] Expresiones faciales de dolor

[210208] Inquietud

[210215] Pérdida de apetito

Escala: Desde Grave a Ninguno. (1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado, 4. Leve, 5. Ninguno)

Frecuencia de revisión: Diaria

- [210214] Sudoración; moderadamente comprometido.

ESCALA: Desviación Grave del Rango normal hasta SIN desviación del rango normal, (1. Desviación grave del rango, 2. Desviación sustancial del rango normal, 3. Desviación moderada del rango normal, 4. Desviación leve del rango normal, 5. Sin desviación del rango normal).

2. [1605] **CONTROL DEL DOLOR:** *Acciones personales para controlar el dolor.*

Indicadores:

- [160501] Reconoce factores causales; siempre demostrado.
- [160502] Reconoce el comienzo del dolor; frecuentemente demostrado.
- [160503] Utiliza medidas preventivas; frecuentemente demostrado.
- [160508] Utiliza los recursos disponibles; siempre demostrado.

ESCALA: Desde *nunca demostrado a siempre demostrado*. (1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado).

Frecuencia de revisión: semanal (cada 7 días)

NIC RELACIONADOS:

1. [1400] **MANEJO DEL DOLOR:** *Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.*

Actividades:

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
 2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
 3. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles)
 4. Seleccionar y desarrollar aquella medida (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.
 5. Observar otros signos y síntomas como diaforesis, dificultad respiratoria, postura antiálgica, cambios en el nivel de conciencia.
 6. Vigilancia continúa buscando el alivio del dolor.
 7. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
2. [2210] **Administración de analgésicos:** *Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.*

Actividades:

1. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
2. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
3. Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
4. Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.
5. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, según protocolo de la institución.
6. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
7. Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica).

00155. Riesgo de caídas relacionado con antecedentes de caídas y deterioro de la movilidad con dificultad en la marcha secundario a prótesis parcial de cadera derecha.

NOC RELACIONADO:

1. **[1912] CAIDAS:** Número de veces que un individuo se cae. No tendrá caídas durante la hospitalización.

Indicadores:

- [191202] Caídas caminando
- [191203] Caídas sentado
- [191204] Caídas de la cama.
- [191205] Caídas durante el traslado

ESCALA: Grado Mayor de 10 hasta Ninguno nivel: ninguno. (1. mayor DE 10, 2. 7-9,3. 4-6, 4.1-3, 5. Ninguno).

Frecuencia de revisión: Diaria

NIC RELACIONADO:

1. **[6490] PREVENCIÓN DE CAIDAS:** Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

1. Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.
2. Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.
3. Enseñar al paciente a utilizar un bastón o andador, según corresponda.
4. Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
5. Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.
6. Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
7. Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la cama a la silla, baño, etc.
8. Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.
9. Comprobar siempre que la paciente dispone de medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.

00085. Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro musculoesquelético y dolor manifestado por limitación de los movimientos, disminución de la fuerza muscular y discomfort.

NOC RELACIONADOS:

[0208]: movilidad: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Indicadores:

- 20801][Mantenimiento del equilibrio
- [20802]Mantenimiento de la posición corporal
- [20803]Movimiento articular
- [20805]Ambulación

ESCALA: Desde *gravemente comprometido hasta no comprometido*, (1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido).

FRECUENCIA DE REVISIÓN: SEMANAL**NIC RELACIONADOS:**

1. **[0224] TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR:** Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

Actividades:

1. Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
 2. Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
 3. Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares.
 4. Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
 5. Proteger al paciente de traumatismos durante el ejercicio.
 6. Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de rango de movimiento pasivos o activos.
 7. Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios.
 8. Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento.
 9. Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares.
 10. Fomentar la deambulaci3n, si resulta oportuno.
 11. Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios articulares.
-
2. **[840] CAMBIO DE POSICI3N:** Colocaci3n deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiol3gico y/o psicol3gico.

Actividades:

1. Colocar sobre un colch3n/cama terap3uticos adecuados.
2. Explicar al paciente que se le va a cambiar de posici3n, seg3n corresponda.
3. Animar al paciente a participar en los cambios de posici3n, seg3n corresponda.
4. Incorporar en el plan de cuidados la posici3n preferida del paciente para dormir, sino est3 contraindicada.

5. Colocar en posición de alineación corporal correcta.
6. Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, según corresponda.
7. Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
8. Elevar el miembro afectado 20° o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, según corresponda.
9. Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda.
10. Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter).
11. Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.
12. Colocar el mando de la cama al alcance de la mano.
13. Colocar la luz de llamada al alcance.

[00108]. Déficit de autocuidado: baño/higiene; uso del inodoro, vestido, relacionado con deterioro de la movilidad y dolor, manifestado por dependencia para la ABVD

NOC RELACIONADO:

1. **[0301] Autocuidados: Baño:** Acciones personales para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Indicadores:

- [30109] Se baña en la ducha.
- [30111] Seca el cuerpo.
- [30113] Se lava la cara.
- [30114] Se lava la parte superior del cuerpo.
- [30115] Se lava la parte inferior del cuerpo.
- [30116] Se lava la zona perianal.

ESCALA: Desde *gravemente comprometido hasta no comprometido*, (1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido).

Nivel: Gravemente comprometido

Frecuencia de revisión: semanal

NIC RELACIONADOS:

[1610] Baño: Limpieza corporal con fines de relajación, limpieza y curación.

Actividades:

1. Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee.
2. Lavar el cabello, si es necesario y se desea.
3. Ayudar con el cuidado perineal, si es necesario.
4. Afeitar al paciente, si está indicado.
5. Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.
6. Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
7. Controlar la capacidad funcional durante el baño.

2. **[0305] Autocuidados: Higiene:** Acciones personales para mantener la higiene corporal y un aspecto aseado independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Indicadores:

- [30501] Se lava las manos.
- [30505] Mantiene la nariz limpia.
- [30506] Mantiene la higiene oral.
- [30509] Se peina o cepilla el pelo.

ESCALA: Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido, (1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido).

Nivel: Gravemente comprometido

Frecuencia de revisión: semanal**NIC RELACIONADOS:**

[1801] Ayuda con el autocuidado: baño/ higiene: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

1. Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño.
2. Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia).
3. Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.
4. Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente.
5. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
6. Controlar la integridad cutánea del paciente.

[00110]. Déficit de autocuidado: baño/higiene; uso del inodoro, vestido, r/c deterioro de la movilidad y dolor, m/p dependencia para la ABVD

NOC RELACIONADOS:

[0302] Autocuidado: Vestirse: Acciones personales para vestirse independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Indicadores:

- [30204] Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.
- [30205] Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo.
- [30206] Se abotona la ropa.
- [30208] Utiliza cremalleras.
- [30209] Se pone los calcetines.
- [30210] Se pone los zapatos.
- [30211] Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo.
- [30213] Se abrocha los zapatos.
- [30214] Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo.

ESCALA: Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido, (1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido).

NIVEL: Gravemente comprometido

Frecuencia de revisión: semanal

NIC RELACIONADO:

[1802] Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal: Ayudar a un paciente con las ropas y el aspecto.

Actividades:

1. Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
2. Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.
3. Facilitar la ayuda de un barbero o esteticista, si es necesario.
4. Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.
5. Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.

[00109]. Déficit de autocuidado: baño/higiene; uso del inodoro, vestido, r/c deterioro de la movilidad y dolor, m/p dependencia para la ABVD

NOC RELACIONADO:

[0310] Autocuidados: uso del inodoro: Acciones personales para utilizar el inodoro independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Indicadores:

- [31001] Responde a la repleción vesical oportunamente.
- [31002] Responde a la urgencia para defecar oportunamente.
- [31005] Se coloca en el inodoro o en el orinal.
- [31007] Se limpia después de orinar.
- [31012] Se limpia después de defecar.

ESCALA: Desde *gravemente comprometido hasta no comprometido*, (1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido).

NIVEL: Gravemente comprometido

FRECUENCIA DE REVISIÓN: SEMANAL

NIC RELACIONADOS:

[1804] Ayuda con el autocuidado: Micción/ defecación: Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

Actividades:

1. Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
2. Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
3. Disponer intimidad durante la eliminación.
4. Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación.
5. Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), según corresponda.
6. Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
7. Controlar la integridad cutánea del paciente.

SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

DÍA 1:

Noche. No refiere tener dolor. Duerme a intervalos debido a tos, poco productiva. Por la mañana se le pone enema, ya que lleva varios días sin realizar deposición. El enema es productivo, realiza deposición en pañal (imposibilidad de llegar al baño por la intervención quirúrgica de PPC derecha y la fractura de húmero llevando el brazo derecho con férula de inmovilización).

Mañana. Se le realiza el baño en cama, se le cambia ropa de incontinencia (pañal), que es positivo en diuresis. Me comenta que sabe cuándo esta orinado, pero que no es capaz de controlar el esfínter. Se revisa coxis y resto de la piel y prominencias óseas, por si hubiera alguna rojez, o deterioro de la piel que nos alarme de una posible lesión. La cicatriz de la intervención quirúrgica de PPC derecha, presenta buen aspecto. Se le aplica crema hidratante que tiene el paciente y colonia, además de vaselina en labios. Se le enjuaga la boca, no utiliza cepillo dental por carecer de piezas dentarias (sólo tiene 3 dientes).

Se le revisan los talones, ya que el izquierdo esta enrojecido. Se le aplica Linovera®, ya que no presenta deterioro de la integridad de tisular, la escala de Norton dio un riesgo de UPP moderado.

Se sienta en sillón y toma el desayuno, lo hace con la mano izquierda (aunque no es su brazo dominante ha aprendido a manejarse para comer sólo, aunque también toma la cuchara con la mano derecha y come, dice que él necesita curarse y hace todo lo que puede para ayudar con su rehabilitación).

Se le comenta al médico lo de la tos nocturna, y el paciente refiere tener dolor de garganta. Se le ajusta el tratamiento y se le administra Metamizol® oral 11horas

Signos vitales: TAS: 123 mm/Hg, TAD: 63 mm/Hg. TA Media: 83.0 mm/Hg; FC: 61 Lpm;

GLUCEMIA: 90 mg/dl (se administra insulina regular® según pauta).

Pasa la mañana sentado. Buena ingesta en la comida. Se acuesta después de comer, se le cambia el pañal (con diuresis positiva), y se le prepara para que descanse.

Se le realiza Glucemia antes de comida: 125 mg/dl (se administra insulina regular según pauta).

Tarde. La pasa en la cama, no le apetece sentarse, refiere estar cansado, debido a la mala noche que pasó. Toma la merienda, pasa la tarde oyendo la radio. Se le administra medicación según pauta médica. Yo le administro la enoxaparina 40 mg/0,4 ml. por vía subcutánea, con la previa aprobación del paciente.

Pasa la tarde sin dolor. Además, se le administran los aerosoles con cámara Aero Chamber y aplico educación sanitaria sobre cómo debe utilizar la cámara para hacer buen uso de ella y así ser más efectivo el tratamiento. Se le enjuaga la boca y se le explica que es muy importante realizarlo después de la aplicación de la medicación con aerosoles, ya que previene la micosis, muy frecuente en pacientes con tratamiento con aerosoles que no mantiene una adecuada higiene. T^a: 36,3°C

Le realiza glucemia antes de la cena: 109mg/dl (se administra insulina regular según pauta de planta)

Toma la cena sin ninguna incidencia. A lo largo del día se ha ido tomando el agua gelificada (refiere que lo hace cuando tiene sed, y que no le gusta la de sabor a fresa). Su hermana viene a visitarlo tanto mañanas como tardes, intentar coincidir con la hora de las comidas principales para ayudarlo.

Se le prepara para el descanso y me despido de él, deseándole buen descanso.

DÍA 2:

Noche. Pasa la noche sin ninguna incidencia. Descansa y se le administra medicación según pauta médica. No refiere tener dolor.

Mañana. Se le realiza el baño en cama, se le cambia ropa de incontinencia (pañal), que es positivo en diuresis. Se revisa coxis y resto de la piel y prominencias óseas, por si hubiera alguna rojez, o deterioro de la piel que nos alarme de una posible lesión. La cicatriz de la intervención quirúrgica de PPC derecha, presenta buen aspecto. Se le aplica crema hidratante que tiene el paciente y colonia, además de vaselina en labios. se le enjuaga la boca, no utiliza cepillo dental al carecer de piezas dentarias (solo 3 dientes).

Se le revisan los talones, ya que el izquierdo esta enrojecido. Se le aplica Linovera, ya que no presenta deterioro de la integridad de tisular, la escala de Norton dio un riesgo de UPP moderado.

Se sienta en sillón y toma el desayuno, lo hace con la mano izquierda (aunque no es su brazo dominante ha aprendido a manejarse para comer sólo, aunque también toma la cuchara con la mano derecha y come, dice que él necesita curarse y hace todo lo que puede para ayudar con su rehabilitación).

El fisioterapeuta realiza hoy una sesión de fisioterapia con él, siendo muy satisfactoria, recorre con el andador casi todo el pacillo de la planta. La movilidad está cada vez mejor. No refiere dolor. Realiza la comida sentado en la cama,

se le cambia pañal, con resultado positivo en orina y se prepara para descansar.

Se administra tratamiento según pauta del médico.

Le toman los signos vitales: TAS: 118mm/Hg, TAD: 50mm/Hg, FC: 56Lpm

Glucemia desayuno: 116mg/dl (se administra insulina regular según pauta).

Glucemia comida: 112mg/dl (se administra insulina regular* según pauta).

Tarde. Paso a saludarlo cuando llego a mi turno de las prácticas, y me comenta que apenas comió por qué no le gustó la comida, “demasiado sosa y mala”, según sus palabras. Le comento que le voy a administrar “la heparina”, (utilizo un lenguaje para que me entienda y le digo que es la inyección que se le pone en el abdomen). la enoxaparina 40mg/0,4ml (La enoxaparina es una heparina de bajo peso molecular) por vía subcutánea. Charlo un rato con él y le pregunto que, si hoy ha hecho alguna deposición, siendo negativa su respuesta. Le pido que me comente como ha pasado la mañana, si ha tenido dolor o alguna otra cosa que quiera comentarme y me dice: “que está muy contento con la fisioterapia que había hecho hoy, que había ambulado por la planta con el andador y ayudado con el fisioterapeuta y que estaba muy contento, por qué casi había recorrido todo el pasillo, que no

había sentido dolor y que estaba muy satisfecho”, compruebo que utiliza un lenguaje culto y correcto.

Le administran los aerosoles (con Cámara Aero-Chamber), según pauta médica y se le enjuaga la boca, para prevenir posibles micosis. T^a: 36,3 °C.

Su hermana hoy acude a visitarlo, coincidiendo con la merienda que se toma con buen apetito, ya que apenas comió, a la hora del almuerzo.

No se levanta en la tarde y la pasa en la cama oyendo la radio. Antes de la cena se le cambia la ropa de incontinencia (pañal) y se comprueba que tiene deposición. El paciente, me dice que sí sabe cuándo realiza la deposición, pero que se lo hace en la ropa de incontinencia (pañal).

Le realiza Glucemia antes de cena: 120mg/dl. (se le administra insulina regular según pauta de planta).

Apenas cena por qué no le gusta la comida que le viene en la bandeja y se lo comento a la enfermera responsable por si se puede hacer algo e intentar pedir algo que haga que su apetito cambie. Llama al timbre y comenta que le está picando el cuerpo, que si por favor, le pueden traer el “antihistamínico” que tiene pautado para estos casos. Comprobando de nuevo que utiliza un lenguaje culto y técnico. Compruebo en su tratamiento, que tiene pautado medicación

para estos casos, confirmando lo que el paciente dice. Loratadina 10mg/ Ce (pauta: si precisa por picor; antihistamínico).

Cuando se lo llevo hablo con el otro rato y le comento si puedo preguntarle por su boca, ya que me había percatado que le faltan la mayoría de piezas dentarias. El paciente muy amable y educado me comenta que el tiene su dentadura postiza en casa, lo que ocurre es que nunca consiguió adaptarse a ella, que fue muchas veces al protésico dental, pero que no había manera, y se cansó. Que el puede comer de todo sin sus dientes y que la comida del hospital no le agrada por qué, a pesar de vivir sólo es muy buen cocinero y que, aunque sabe perfectamente lo que debe comer, por su diabetes y su hipertensión y dislipemia, hay muchas maneras de aliñar y condimentar para hacer que los alimentos sean sabrosos. Además, me comenta que él no usaba hipertensivos cuando estaba en casa.

Me comenta que caminaba mucho y que no había padecido de estreñimiento hasta que le pasó lo de la caída que había sido fortuita en su domicilio, y que era la primera vez que se caía y termino con un brazo y la cadera rota. Que espera recuperarse y salir del hospital. A lo que yo le respondí que seguro que sí, que era un hombre fuerte y que

cumplía perfectamente el tratamiento y ponía mucho de su parte para recuperarse. Que es bueno que se mantenga positivo. Me pidió que me fuera, porque se había emocionado y no quería que lo viese llorar. Me sentí enfermera por primera vez, en mi vida. me despedí, le deseé buenas noches y le dije que mañana lo volvía a ver.

DÍA 3:

Noche. Pasa la noche sin ninguna incidencia. Descansa y se le administra medicación según pauta médica. No refiere tener dolor.

Mañana. Se le realiza el baño en cama, se le cambia ropa de incontinencia (pañal), que es positivo en diuresis. Se revisa coxis y resto de la piel y prominencias óseas, por si hubiera alguna rojez, o deterioro de la piel que nos alarme de una posible lesión. La cicatriz de la intervención quirúrgica de PPC derecha, presenta buen aspecto. Se le aplica crema hidratante que tiene el paciente y colonia, además de vaselina en labios. se le enjuaga la boca, no utiliza cepillo dental al carecer de piezas dentarias (solo 3 dientes).

Se le revisan los talones, ya que el izquierdo esta enrojecido. Se le aplica Linovera, ya que no presenta deterioro de la integridad de tisular, la escala de Norton dio un riesgo de UPP moderado.

Se sienta en sillón y toma el desayuno, lo hace con la mano izquierda (aunque no es su brazo dominante ha aprendido a manejarse para comer sólo). Con su mano derecha coge cosas, sujeta la radio, agarra el libro para poder leer, siempre intentando mover su miembro afecto, para acelerar lo que se pueda su movilidad total.

El fisioterapeuta realiza su programa de ejercicios y rehabilitación con el paciente, siendo la valoración positiva.

Se administra tratamiento según pauta del médico.

Le toman signos vitales: TAS: 120mm/Hg, TAD: 50mm/Hg, FC: 57Lpm

Glucemia desayuno: 122mg/dl (se administra insulina regular según pauta).

Glucemia comida: 129mg/dl (se administra insulina regular según pauta).

Tarde. Paso a saludarlo cuando llego a mi turno de las prácticas, y me comenta que ha pasado buen día, sin dolor, pero que no ha hecho deposiciones y que seguramente va a necesitar un enema. Le digo que vamos a esperar que aún a lo largo de la tarde puede que tenga alguna deposición, acepta mi sugerencia positivamente. Le comento que le voy a administrar "la heparina", (utilizo un lenguaje para que me entienda y le digo que es la inyección que se le pone en el abdomen). la enoxaparina 40 mg/

0,4 ml (La enoxaparina es una heparina de bajo peso molecular) por vía subcutánea. También me comenta que por la mañana estuvo haciendo ejercicios con el fisioterapeuta y está contento por qué cada vez se siente más ágil. Que no se siente bien, aunque la noche la pasó con tos, descansó, pero algo molesto.

Se le administran los aerosoles, según pauta médica y se le enjuaga la boca, para prevenir posibles micosis. T^a: 36,3 °C.

Le administran los aerosoles (con cámara Aero-Chamber), según pauta médica y se le enjuaga la boca, para prevenir posibles micosis. T^a: 36,5 °C.

Pasa la tarde en la cama, leyendo y escuchando la radio, me comenta que por las tardes no le apetece sentarse. Hablo con él y le digo que debería alguna tarde sentarse en sillón, ya que eso le puede ayudar a su recuperación. Además, la tos está empezando a ser productiva y le digo que es mejor movilizarse un poco para ayudar a sacar los esputos y así prevenir una infección. Como siempre me presta atención y acepta mi sugerencia positivamente.

Le realiza Glucemia antes de cena: 120 mg/dl. (Se le administra insulina regular según pauta).

Antes de la cena se le cambia el pañal, siendo positivo en diuresis.

Cena con bastante apetito, le gusta la comida que le suben hoy de cocina. Me llama para pedirme que no me olvide de comentar que necesita que por la mañana le pongan un enema, por qué él no va a poder por si solo y se siente molesto. Se lo comento a la enfermera que está a su cargo en la tarde. Quedando reflejada la incidencia en la historia para comentar en el cambio de turno, (ya que lo tiene pautado en su tratamiento, enema si persiste estreñimiento cada 48 horas).

Me despido de él, le deseo que pase una buena noche y le comento que lo veo al día siguiente por la tarde.

Informe al alta

Paciente procedente del servicio de traumatología, que tras intervención quirúrgica de fractura subcapital de cadera derecha, intervenido el día 06/03/2018 y traumatismo de hombro derecho. Ingresa en la unidad para centro de convalecencia y rehabilitación. El paciente en todo momento se encuentra consiente, orientado y colaborador. El paciente precisa de dieta por disfagia y controles de glucemia antes de cada comida. Debido a su patología ha precisado analgesia de rescate, para el dolor, además de precisar enemas por estreñimiento, pautados en el tratamiento. Se han realizado los cuidados y controles de

enfermería encaminados a favorecer la salud y autonomía del paciente, con seguimiento del servicio de rehabilitación y fisioterapia.

Se realizan valoraciones mediante la Escala de Norton de riesgo de UPP según protocolo y las medidas preventivas utilizadas para la prevención de UPP fueron eficaces.

Además, se realizó el índice de Barthel y valoración de Riesgo de Caídas (índice de Downton) según protocolo de la unidad.

Toma de signos vitales (TA, FC, T^a) según protocolo de la planta. Se realizan analíticas de sangre y orina para control. Aplicadas medidas y dispositivos de seguridad y profilácticas (cama articulada eléctrica, baranda, timbre).

Las sesiones con la fisioterapia son cada vez más positivas y le permiten pequeños paseos por la planta ayudado de dispositivos (andador) y del fisioterapeuta. Con lo que podemos pensar que su recuperación es adecuada y con ayuda podrá ambular e ir al aseo para realizar sus cuidados diarios.

Diagnósticos al ingreso: Dolor agudo [00132]; Riesgo de caídas [00155]; Deterioro de la movilidad física [00085]; Déficit de autocuidado: baño/higiene; uso del inodoro, vestido. [00108], [00110], [00109]

Resultados esperados (NOC):
Nivel del dolor [2102]; Control del dolor [1605]; Caídas [1912]; Movilidad [0208]; Autocuidados: Baño [0301]; Autocuidados: Higiene [0305]; Autocuidado: Vestirse [0302]; Autocuidados: uso del inodoro [0310]

Intervenciones realizadas (NIC):
Manejo del dolor [1400]; Administración de analgesia [2210]; Prevención de caídas [6490]; Terapia de ejercicios: movilidad articular [0224]; Cambio de posición [840]; Baño [1610]; Ayuda con el autocuidado: baño/ higiene [1801]; Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal [1802]; Ayuda con el autocuidado: Micción/ defecación [1804]

El paciente continuará tras el alta con las sesiones de fisioterapia, para mejorar la autonomía en las ABVD. Las actividades desarrolladas durante el ingreso han ayudado bastante en su recuperación. Ya es capaz, con ayuda, de ir al inodoro, lo cual beneficia para su estreñimiento. Pero aún tiene limitaciones y el brazo en cabestrillo, hace que se sienta inseguro.

Seguir valorando el riesgo de caídas y observando su piel por si apareciera algún tipo de lesión, ya que pasa muchas horas sentado y en cama. El dolor es algo que casi tiene controlado y apenas solicita rescates analgésicos.