

FORMATO PRESENTACION:

POSTER.

TITULO:

METODOLOGÍA ENFERMERA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA EN URGENCIAS.

AUTORES:

-Primer autor: Domínguez Pérez, Lorena.

-Resto autores: Leal de Pedro, Eva.

Prada Marty, Andrés de.

PROCEDENCIA:

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Servicio Urgencias Residencia General.

C.S. Jorge Juan. Área 2 de Atención Primaria.

C.S. Miguel de Cervantes. Área 3 de Atención Primaria.

CONTACTOS:

Eva Leal de Pedro.

E-mail: evalealdp@hotmail.com

Lorena Domínguez Pérez.

E-mail: lorenadompe_7@hotmail.com

TITULO

METODOLOGÍA ENFERMERA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA EN URGENCIAS.

RESUMEN

Fundamento: Durante el año 2006, se diagnosticaron de fractura de cadera en el Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre, un total de 602 pacientes. La estancia en urgencias de estos pacientes es muy variable, pudiendo llegar hasta 72 horas.

La aplicación de planes de cuidados estandarizados se convierte, hoy en día, en una herramienta indispensable como orientación al profesional y permite prever las necesidades de cuidados desde una visión integral.

Material y método: Análisis de las necesidades de cuidados en pacientes con fractura de cadera mediante la aplicación de metodología enfermera. La valoración del paciente se realiza por patrones funcionales de salud de Gordon; para el diagnóstico, intervenciones necesarias y criterios de resultado utilizamos la taxonomía NNN (NANDA-NIC-NOC).

Resultados: Obtenemos un total de 17 etiquetas diagnósticas codificadas según taxonomía NANDA que, para unos cuidados de enfermería de calidad, requieren 75 intervenciones. Planteamos 28 criterios de resultado para poder evaluar la efectividad y calidad de la actividad enfermera.

Conclusiones: Los planes de cuidados estandarizados son una valiosa guía fundamentada en la EBE (Enfermería Basada en la Evidencia) y en la experiencia profesional. Su utilización facilita la orientación de los cuidados de enfermería, unifica criterios de actuación, mejora la calidad de los registros enfermeros y evita errores tanto en la detección de necesidades como en la aplicación de cuidados. A su vez, permite la cuantificación y evaluación de los cuidados, logrando en éstos un aumento sustancial de la calidad y la consiguiente satisfacción del usuario.

PALABRAS CLAVE

Fractura de cadera.

Planes de cuidados estandarizados.

Taxonomía NNN (NANDA-NIC-NOC).

Metodología enfermera.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las fracturas de cadera constituyen un 20% de todas las fracturas en España, el 90% de las mismas ocurren en personas mayores de 64 años, observándose un crecimiento exponencial de su incidencia por grupos de edad; siendo más frecuente en mujeres por la asociación de esta patología con la osteoporosis. La etiología es, por lo general, una caída con impacto directo sobre la cadera, aunque en pacientes ancianos y/o osteoporóticos la fractura puede preceder a la caída por suceder de forma espontánea, siendo ésta la causa y no la consecuencia⁽¹⁾⁽²⁾.

En España la mortalidad por fractura de cadera en el primer año es del 15-25% y deja una discapacidad permanente en el 50% de los casos. La mortalidad hospitalaria de ancianos con fractura de cadera es del 5%, relacionándose fundamentalmente con factores de mal pronóstico: la edad, sexo masculino, co-morbilidades (especialmente la demencia) y mala situación funcional previa. Los costes imputables a dicha patología en España alcanzan los 220 millones de euros anuales⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.

Los profesionales de enfermería de servicios de urgencias ven condicionado su trabajo por la escasa previsión de la magnitud y trascendencia de los casos que atenderán a lo largo de su jornada dada la variabilidad y aleatoriedad de patología que es subsidiaria de atención urgente. La realización de planes de cuidados estandarizados en las patologías más frecuentes en los centros, supondría una medida de mejora en la calidad de cuidados al paciente con patología urgente.

Durante el año 2006, en el servicio de Urgencias R.G. del Hospital 12 de Octubre se diagnosticaron 602 casos de fractura de cadera, de los que un 28% (169) correspondieron a hombres y un 72% (433) a mujeres. La incidencia en mayores de 64 años fue de un 86% (519) del total de los casos.

Por todo ello, proponemos la estandarización de cuidados de enfermería en urgencias en pacientes con fractura de cadera.



Foto 1. Rx de Fractura de Cadera.

Objetivo general:

1. Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en urgencias.

Objetivos específicos:

1. Realizar una previsión de las necesidades de cuidados en pacientes con fractura de cadera en urgencias.
2. Proporcionar una Guía de Cuidados Estandarizados para pacientes con fractura de cadera en urgencias.

MATERIAL Y METODOS

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE GORDON

1. Percepción-Control de la Salud.
2. Nutricional-Metabólico.
3. Eliminación.
4. Actividad-Ejercicio.
5. Sueño-Descanso.
6. Cognitivo-Perceptivo.
7. Autopercepción-Autoconcepto.
8. Rol-Relaciones.
9. Sexualidad-Reproducción.
10. Adaptación-Tolerancia al Estrés.

Cuadro 1. Patrones funcionales de Gordon.

Búsqueda bibliográfica de estudios referentes a la epidemiología de la fractura de cadera en España, y análisis de la situación actual en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, obteniéndose los datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del departamento de estadística del centro, que posee un sistema informático de clasificación de enfermedades según la CIE-9.

Ánálisis de las necesidades de cuidados en pacientes con fractura de cadera mediante la aplicación de metodología enfermera.

La valoración del paciente se realiza por patrones funcionales de salud de Gordon (**Cuadro 1**).

Para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, intervenciones clave y criterios de resultado utilizamos la codificación de la taxonomía NNN (NANDA-NIC-NOC)⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾. Realizamos una selección de lo más pertinente para la patología elegida y la estancia en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta que esta varía, alargándose en múltiples ocasiones hasta las 72 horas para su derivación a quirófano o planta de hospitalización, según corresponda.

RESULTADOS

Fractura de cadera: Aquella que ocurre entre la epífisis proximal del fémur y un plano ubicado por debajo del trocánter menor. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: dolor, incapacidad funcional y rotación externa de la pierna afectada, produciendo acortamiento según el tipo de lesión. También suelen ir acompañadas de espasmo muscular, hematoma o equimosis a nivel de la cadera afectada (**Foto 2**). El diagnóstico definitivo se obtiene mediante pruebas radiológicas (Rayos X y/o TAC).



Foto 2. Signos de Fractura de cadera: Rotación externa, acortamiento, equimosis/hematoma.

Durante el proceso en el servicio de urgencias hemos identificado 17 etiquetas diagnósticas (NANDA), que requieren 75 intervenciones de enfermería (NIC) para lograr los 28 criterios de resultado (NOC) marcados.

NANDA: Etiquetas diagnósticas: (17)

- ∞ 00004: Riesgo de infección.
- ∞ 00015: Riesgo de estreñimiento.
- ∞ 00025: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.
- ∞ 00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- ∞ 00062: Riesgo de cansancio del rol de cuidador.
- ∞ 00074: Afrontamiento familiar comprometido.
- ∞ 00085: Deterioro de la movilidad física.
- ∞ 00091: Deterioro de la movilidad en la cama.
- ∞ 00095: Deterioro del patrón de sueño.
- ∞ 00102: Déficit de autocuidado: alimentación.
- ∞ 00108: Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- ∞ 00109: Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.
- ∞ 00110: Déficit de autocuidado: uso del WC.
- ∞ 00126: Conocimientos deficientes.
- ∞ 00132: Dolor agudo.
- ∞ 00146: Ansiedad.
- ∞ 00155: Riesgo de caídas.

NIC: Intervenciones: (75)

- ∞ 0202: Fomento de ejercicios: extensión.
- ∞ 0450: Manejo del estreñimiento/impactación.
- ∞ 0740: Cuidados del paciente encamado.
- ∞ 0840: Cambio de posición.
- ∞ 0910: Inmovilización.
- ∞ 0940: Cuidados de la tracción/inmovilización.
- ∞ 1050: Alimentación.
- ∞ 1100: Manejo de la nutrición.
- ∞ 1400: Manejo del dolor.
- ∞ 1630: Vestir.
- ∞ 1750: Cuidados perineales.
- ∞ 1800: Ayuda al autocuidado.
- ∞ 1801: Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.
- ∞ 1802: Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.
- ∞ 1803: Ayuda con los autocuidados: alimentación.
- ∞ 1804: Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación).
- ∞ 1850: Fomentar el sueño.
- ∞ 2080: Manejo de líquidos/electrolitos.
- ∞ 2210: Administración de analgésicos.
- ∞ 2300: Administración de medicación.
- ∞ 2304: Administración de medicación: oral.
- ∞ 2314: Administración de medicación: intravenosa.
- ∞ 2317: Administración de medicación: subcutánea.
- ∞ 2380: Manejo de la medicación.
- ∞ 2440: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.
- ∞ 2880: Coordinación preoperatoria.
- ∞ 2930: Preparación quirúrgica.
- ∞ 3500: Manejo de las presiones.
- ∞ 3540: Prevención de las úlceras por presión.
- ∞ 3590: Vigilancia de la piel.
- ∞ 4070: Precauciones circulatorias.
- ∞ 4104: Cuidados del embolismo: Periférico.
- ∞ 4106: Cuidados del embolismo: Pulmonar.
- ∞ 4110: Precauciones en el embolismo.
- ∞ 4130: Monitorización de líquidos.
- ∞ 4180: Manejo de la hipovolemia.
- ∞ 4190: Punción intravenosa.
- ∞ 4200: Terapia intravenosa.
- ∞ 4238: Flebotomía: muestra de sangre venosa.
- ∞ 4920: Escucha activa.
- ∞ 5240: Asesoramiento.
- ∞ 5250: Apoyo en toma de decisiones.
- ∞ 5270: Apoyo emocional.
- ∞ 5310: Dar esperanza.
- ∞ 5460: Contacto.
- ∞ 5520: Facilitar el aprendizaje.
- ∞ 5602: Enseñanza.
- ∞ 5606: Enseñanza: individual.
- ∞ 5610: Enseñanza: Prequirúrgica.
- ∞ 5612: Enseñanza actividad /ejercicio prescrito.
- ∞ 5614: Enseñanza dieta prescrita.
- ∞ 5618: Enseñanza procedimiento/tratamiento.
- ∞ 5820: Disminución de la ansiedad.
- ∞ 6480: Manejo ambiental.
- ∞ 6482: Manejo ambiental: confort.
- ∞ 6486: Manejo ambiental: Seguridad.
- ∞ 6489: Manejo ambiental: Seguridad del trabajador.
- ∞ 6490: Prevención de caídas.

- ∞ 6520: Análisis de la situación sanitaria.
- ∞ 6540: Control de infecciones.
- ∞ 6550: Protección contra las infecciones.
- ∞ 6610: Identificación de riesgos.
- ∞ 6650: Vigilancia.
- ∞ 6680: Monitorización de los signos vitales.
- ∞ 7040: Apoyo al cuidador principal.
- ∞ 7110: Fomento de la implicación familiar.
- ∞ 7140: Apoyo a la familia.
- ∞ 7310: Cuidados de enfermería al ingreso.
- ∞ 7370: Planificación del alta.
- ∞ 7560: Facilitar las visitas.
- ∞ 7690: Interpretación de datos de laboratorio.
- ∞ 7710: Colaboración con el médico.
- ∞ 7820: Manejo de muestras.
- ∞ 7920: Documentación.
- ∞ 8140: Informe de turnos.

NOC: Resultados: (28)

- ∞ 0703: Estado infeccioso.
- ∞ 1902: Control del riesgo.
- ∞ 1909: Conducta de seguridad: prevención de caídas.
- ∞ 1912: Estado de seguridad: caídas.
- ∞ 0401: Estado circulatorio.
- ∞ 0600: Equilibrio electrolítico y acidobásico.
- ∞ 0601: Equilibrio hídrico.
- ∞ 0802: Estado de los signos vitales.
- ∞ 1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- ∞ 1902: Control del riesgo.
- ∞ 2200: Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente en un centro sanitario.
- ∞ 2200: Superación de problemas de la familia.
- ∞ 2605: Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.
- ∞ 0208: Nivel de movilidad.
- ∞ 1811: Conocimiento: actividad prescrita.
- ∞ 0208: Nivel de movilidad.
- ∞ 0004: Sueño.
- ∞ 0303: Cuidados personales: comer.
- ∞ 1004: Estado nutricional.
- ∞ 0301: Cuidados personales: baño.
- ∞ 0305: Cuidados personales: higiene.
- ∞ 0302: Cuidados personales: vestir.
- ∞ 0502: Continencia urinaria.
- ∞ 1803: Conocimiento: Proceso de la enfermedad.
- ∞ 1808: Conocimiento: medicación.
- ∞ 1813: Conocimiento: régimen terapéutico.

Proponemos, según tablas anexas, el siguiente **Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería en Pacientes con Fractura de Cadera en Urgencias:**

CÓDIGO		
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00004	Riesgo de infección: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.
NIC (Intervenciones)	2440	Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso: manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados.
	3590	Vigilancia de la piel: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
	6540	Control de infecciones: Minimizar el contagio y trasmisión de agentes infecciosos.
	6550	Protección contra las infecciones: Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.
NOC (Resultados)	0703	Estado infeccioso.
	1902	Control del riesgo.

CÓDIGO		
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00015	Riesgo de estreñimiento: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas.
NIC (Intervenciones)	0450	Manejo del estreñimiento/impactación: Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.
	1804	Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación): Ayudar a otra persona en las eliminaciones.
NOC (Resultados)	0501	Eliminación intestinal.

CÓDIGO		
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos: Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales o intracelulares. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales o ambos.
NIC (Intervenciones)	2080	Manejo de líquidos/electrolitos: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.
	2314	Administración de medicación: intravenosa: Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.
	4130	Monitorización de líquidos: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.
	4190	Punción intravenosa: Inserción de una aguja en una vena periférica al efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos.
	4200	Terapia intravenosa: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.
	4238	Flebotomía: muestra de sangre venosa.
	6650	Vigilancia: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.
	6680	Monitorización de los signos vitales: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
NOC (Resultados)	0401	Estado circulatorio.
	0600	Equilibrio electrolítico y acidobásico.
	0601	Equilibrio hídrico.
	0802	Estado de los signos vitales.

CÓDIGO		
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.
NIC (Intervenciones)	1750	Cuidados perineales: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.
	3500	Manejo de las presiones: Minimizar la presión sobre las partes corporales.
	3540	Prevención de las úlceras por presión: Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.
	3590	Vigilancia de la piel: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
NOC (Resultados)	1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
	1902	Control del riesgo.

CÓDIGO		
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00062	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol cuidador: El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia.
NIC (Intervenciones)	5240	Asesoramiento: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.
	7040	Apoyo al cuidador principal: Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.
	7140	Apoyo a la familia: Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.
NOC (Resultados)	2200	Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente en un centro sanitario.

	CÓDIGO	
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00074	Afrontamiento familiar comprometido: La persona que habitualmente brinda el soporte principal proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su salud.
NIC (Intervenciones)	5240	Asesoramiento: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.
	5250	Apoyo en toma de decisiones: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.
	5270	Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
	7040	Apoyo al cuidador principal: Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.
	7110	Fomento de la implicación familiar: facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.
	7140	Apoyo a la familia: Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.
NOC (Resultados)	7560	Facilitar las visitas: Estimulación beneficiosa de las visitas por parte de la familia y amigos.
	2200	Superación de problemas de la familia.
	2605	Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

	CÓDIGO	
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00085	Deterioro de la movilidad física: Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.
NIC (Intervenciones)	0202	Fomento de ejercicios: extensión: Facilitar ejercicios sistemáticos de extensión muscular lenta y mantenimiento con posterior relajación con el fin de preparar los músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos o para aumentar o mantener la flexibilidad corporal.
	0840	Cambio de posición: movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.
	0910	Inmovilización: Estabilización, inmovilización y/o protección de una parte corporal lesionada con un dispositivo de soporte.
	0940	Cuidados de la tracción/inmovilización: Actuación ante un paciente que tiene un dispositivo de tracción y/o inmovilización para inmovilizar y estabilizar una parte del cuerpo.
	1400	Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
	1800	Ayuda al autocuidado: Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.
NOC (Resultados)	5612	Enseñanza actividad /ejercicio prescrito: Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.
	0208	Nivel de movilidad.
	1811	Conocimiento: actividad prescrita.

	CÓDIGO	
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00091	Deterioro de la movilidad en la cama: Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en la cama.
NIC (Intervenciones)	0740	Cuidados del paciente encamado: Fomento de la comodidad la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.
	0840	Cambio de posición: movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.
	1801	Ayuda en el autocuidado: baño/higiene: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.
	1802	Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal: Ayudar a un paciente con las ropas y el maquillaje.
	1803	Ayuda con los autocuidados: alimentación: Ayuda a una persona a comer.
	1804	Ayuda con los autocuidados: aseo: Ayudar a otra persona en las eliminaciones.
NOC (Resultados)	0208	Nivel de movilidad.

	CÓDIGO	
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00095	Deterioro del patrón de sueño: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo.
NIC (Intervenciones)	1850	Fomentar el sueño: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.
	6482	Manejo ambiental: confort: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
NOC (Resultados)	0004	Sueño.

CÓDIGO		
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00102	Déficit del autocuidado: alimentación: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.
NIC (Intervenciones)	1050	Alimentación: Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.
	1100	Manejo de la nutrición: Ayudar o proporcionar un adieta equilibrada de sólidos y líquidos.
	1803	Ayuda en los autocuidados: alimentación: Ayudar a una persona a comer.
NOC (Resultados)	0303	Cuidados personales: comer.
	1004	Estado nutricional.

CÓDIGO		
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00108	Déficit del autocuidado: baño/higiene: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.
NIC (Intervenciones)	1801	Ayuda con los autocuidados: baño/higiene: Ayudar a un paciente a realizar la higiene personal.
NOC (Resultados)	0301	Cuidados personales: baño.
	0305	Cuidados personales: higiene.

CÓDIGO		
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00109	Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.
NIC (Intervenciones)	1630	Vestir: Elegir, poner y quitar las ropas de una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.
	1802	Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal: Ayudar a un paciente con las ropas y el maquillaje.
NOC (Resultados)	0302	Cuidados personales: vestir.

CÓDIGO		
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00110	Déficit del autocuidado: uso del WC: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades del uso del orinal o WC.
NIC (Intervenciones)	1804	Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación): Ayudar a otra persona en las eliminaciones.
NOC (Resultados)	0502	Continencia urinaria.

CÓDIGO		
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00126	Conocimientos deficientes: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.
NIC (Intervenciones)	5520	Facilitar el aprendizaje: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.
	5602	Enseñanza: Proceso de enfermedad: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.
	5606	Enseñanza: individual: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares de paciente.
	5610	Enseñanza: Prequirúrgica: Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación postoperatorio.
	5612	Enseñanza actividad /ejercicio prescrito: Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.
	5614	Enseñanza dieta prescrita: Preparación del paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.
	5618	Enseñanza procedimiento/tratamiento: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.
NOC (Resultados)	1803	Conocimiento: Proceso de la enfermedad.
	1808	Conocimiento: medicación.
	1813	Conocimiento: régimen terapéutico.

CÓDIGO	
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00132 Dolor agudo: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final previsible y una duración menor de 6 meses.
NIC (Intervenciones)	0940 Cuidados de la tracción/inmovilización: Actuación ante un paciente que tiene un dispositivo de tracción y/o inmovilización para inmovilizar y estabilizar una parte del cuerpo.
	1400 Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
	2210 Administración de analgésicos: utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.
	2300 Administración de medicación: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y libre dispensación.
	2304 Administración de medicación: oral: Preparación y administración de medicamentos por la boca y seguimiento de la respuesta del paciente.
	2314 Administración de medicación: intravenosa: Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.
	2317 Administración de medicación: subcutánea: Preparación y administración de medicación por vía subcutánea.
	2380 Manejo de la medicación: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamento prescritos y de libre dispensación.
	6482 Manejo ambiental: Confort: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
NOC (Resultados)	1605 Control del dolor.
	2002 Bienestar.
	2100 Nivel de comodidad.

CÓDIGO	
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00146 Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.
NIC (Intervenciones)	4920 Escucha activa: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.
	5240 Asesoramiento: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.
	5250 Apoyo en toma de decisiones: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.
	5270 Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
	5310 Dar esperanza: Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada.
	5460 Contacto: Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado.
	5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.
	5610 Enseñanza: Prequirúrgica: Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación postoperatorio.
	5820 Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.
	6480 Manejo ambiental: Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos.
	7310 Cuidados de enfermería al ingreso: Facilitar el ingreso del paciente en un centro sanitario.
	7560 Facilitar las visitas: Estimulación beneficiosa de las visitas por parte de la familia y amigos.
NOC (Resultados)	1402 Control de la ansiedad.

CÓDIGO	
NANDA (Etiqueta Diagnóstica)	00155 Riesgo de caídas: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.
NIC (Intervenciones)	6486 Manejo ambiental: Seguridad: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.
	6490 Prevención de caídas: Establecer precauciones especiales en pacientes en pacientes con alto riesgo de lesiones de caídas.
	6610 Identificación de riesgos: Análisis de los factores de riesgos potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.
NOC (Resultados)	1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas.
	1912 Estado de seguridad: caídas.

COMPLICACIONES POTENCIALES	CÓDIGO	INTERVENCIONES (NIC)
Deterioro neuromuscular Atelectasia Tromboembolismo Hemorragia Shock hipovolémico	4070	Precauciones circulatorias: Protección de una zona localizada con limitación de la perfusión.
	4104	Cuidados del embolismo: Periférico: Limitación de complicaciones en un paciente que experimenta, o está en situación de riesgo de sufrir, oclusión de la circulación periférica.
	4106	Cuidados del embolismo: Pulmonar: Limitación de complicaciones en un paciente que experimenta, o está en situación de riesgo de sufrir, oclusión de la circulación pulmonar.
	4110	Precauciones en el embolismo: Disminución de riesgo de formación de émbolos en el paciente con trombos o en situación de riesgo de desarrollar trombos.
	4130	Monitorización de líquidos: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.
	4180	Manejo de la hipovolemia: Expansión del volumen de líquido intravascular en un paciente con volumen reducido.
	6520	Análisis de la situación sanitaria: Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de historiales, exámenes y demás procedimientos.
	6650	Vigilancia: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.
	6680	Monitorización de los signos vitales: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
	7690	Interpretación de datos de laboratorio: Análisis crítico de los datos de laboratorio del paciente para ayudar en la toma de decisiones médicas.
	7710	Colaboración con el médico: Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente.
	7920	Documentación: Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.
	8140	Informe de turnos: Intercambio de información esencial de cuidados de pacientes con otros personal de cuidados al cambiar el turno.

REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
CÓDIGO	INTERVENCIONES (NIC)
4130	Monitorización de líquidos: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.
4238	Flebotomía: muestra de sangre venosa: Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.
6520	Análisis de la situación sanitaria: Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de historiales, exámenes y demás procedimientos.
6680	Monitorización de los signos vitales: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
7820	Manejo de muestras: Obtener, preparar y preservar una muestra para un análisis de laboratorio.

REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	
CÓDIGO	INTERVENCIONES (NIC)
2080	Manejo de líquidos/electrolitos: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y /o electrolitos alterados.
2210	Administración de analgésicos: utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.
2300	Administración de medicación: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y libre dispensación.
2304	Administración de medicación: oral: Preparación y administración de medicamentos por la boca y seguimiento de la respuesta del paciente.
2314	Administración de medicación: intravenosa: Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.
2317	Administración de medicación: subcutánea: Preparación y administración de medicación por vía subcutánea.
2380	Manejo de la medicación: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamento prescritos y de libre dispensación.
2880	Coordinación preoperatoria: Facilitar las pruebas de diagnóstico y la preparación preingreso del paciente quirúrgico.
2930	Preparación quirúrgica: Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.
4180	Manejo de la hipovolemia: Expansión del volumen de líquido intravascular en un paciente con volumen reducido.
4200	Terapia intravenosa: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.
6489	Manejo ambiental: Seguridad del trabajador: Control y manipulación del ambiente de trabajo para fomentar la seguridad y salud de los trabajadores.
7370	Planificación del alta: Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidado a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.

DISCUSIÓN

Comparando este estudio con otras guías de cuidados observamos que éstas últimas no tratan como prioritario, en la planificación de cuidados en urgencias, el apoyo a la familia y al cuidador principal. Es imprescindible que la enfermería valore a la persona de manera integral, incluyendo a la familia como destinatarios de sus cuidados desde el primer contacto con el paciente.

Desde múltiples estudios se recomienda una especial atención, de manera precoz, al riesgo de úlceras por presión, hemodinamia, dolor, movilidad, hidratación y alimentación, continencia, capacidad funcional y riesgo de infección.

El alivio del dolor en pacientes con fractura de cadera se plantea como intervención prioritaria. El empleo sistemático de tracción cutánea, previamente a la intervención quirúrgica en este tipo de fracturas, puede que no represente ningún tipo de beneficio al paciente, según diversos estudios.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

CONCLUSIONES

La utilización de un lenguaje estandarizado facilita la recolección sistemática de la información necesaria para la toma de decisiones y la comunicación de información sobre la efectividad del cuidado. El registro de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería posibilitan la gestión por procesos, así pues, encontramos de gran utilidad el uso de planes de cuidados estandarizados.

Dada la elevada incidencia de fracturas de cadera diagnosticadas en el servicio de urgencias, estimamos necesaria la implantación de un plan de cuidados estandarizado en esta patología, por tratarse de una valiosa guía, fundamentada en la EBE (Enfermería Basada en la Evidencia) y en la experiencia profesional. Su utilización facilita la orientación de los cuidados de enfermería ante una situación determinada, unifica criterios de actuación, mejora la calidad de los registros enfermeros y evita errores tanto en la detección de necesidades como en la aplicación de cuidados. A su vez, permite la cuantificación y evaluación de los cuidados de enfermería, logrando un aumento sustancial de la calidad de los cuidados y la consiguiente satisfacción del usuario.

La enfermería de urgencias detecta necesidades desde el primer contacto con el paciente, y esto incluye las derivadas de la valoración de la situación familiar. Actualmente se realizan multitud de intervenciones al respecto (*apoyo a la familia y al cuidador principal, asesoramiento, apoyo emocional...*) que no quedan reflejadas adecuadamente por diferentes factores (falta de personal, elevada presión asistencial, desconocimiento de la taxonomía, déficit en registros informáticos, etc.). Por este motivo planteamos la incorporación de etiquetas diagnósticas tales como *afrontamiento familiar comprometido o riesgo de cansancio del rol de cuidador*.

Se debe considerar la variabilidad de pacientes y la comorbilidad, individualizando en cada uno de los casos. La enfermería tiene en cuenta a la persona de manera integral, por lo que no podemos obviar la afectación psicológica que una fractura de cadera implica, sobre todo en los ancianos (mayor grupo de incidencia), que creen les llevará a la muerte o a una incapacidad permanente. Es muy importante mantener informados con respecto a su proceso tanto a los pacientes como a los familiares, ya que el desconocimiento es uno de los principales causantes de la *ansiedad*.

Uno de los problemas principales desde la subjetividad del paciente es el *dolor*. En muchos casos, la falta de control del mismo supone una barrera en la correcta asistencia sanitaria. Un nivel de analgesia adecuado es primordial, y debería administrarse antes de llevar al paciente a realizar las pruebas diagnósticas definitivas, pues nos permitirá mayor colaboración del afectado en la realización de las mismas y en el resto del proceso asistencial. Respecto al empleo de la tracción cutánea previa a la cirugía como método analgésico y terapéutico, la mayoría de los estudios desaconsejan su uso sistemático, si bien se concluye que habría que individualizar y que se necesitan estudios más exhaustivos. Es por ello que, mientras no existan estudios sólidos que valoren todas las variables, habrá que tenerlo en cuenta para el control del dolor y de posibles complicaciones, sobre todo cuando existan retrasos en la cirugía. (Foto 3).

Tras la valoración e identificación de factores de riesgo en pacientes inmovilizados a consecuencia de una reciente fractura de cadera, y teniendo en cuenta que la estancia en urgencias puede prolongarse entre 48-72h, planteamos las siguientes etiquetas diagnósticas: *riesgo de deterioro de la integridad cutánea, riesgo de estreñimiento, riesgo de infección y riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos*.

Todos los pacientes con fractura de cadera deberían tener una evaluación del riesgo de úlceras por presión desde el primer contacto con enfermería, ya que la gran mayoría poseen elevados factores de riesgo asociados. Se deberían usar medidas de descarga de la presión (protectores de talón, movilización regular...) particularmente si



Foto 3. Tracción cutánea en paciente con fractura de cadera.

encontramos retrasos en la intervención y/o ingreso en planta de hospitalización, que implican estancias prolongadas en el servicio de urgencias, lo que ocurre con relativa frecuencia.

Muchos de los resultados aquí planteados sólo podrán ser valorados mediante la continuidad en los cuidados de enfermería, ya que algunos diagnósticos e intervenciones deben mantenerse con posterioridad a la estancia en urgencias. Así mismo, es importante que durante todo el proceso hospitalario la enfermería continúe la detección de necesidades y el establecimiento de objetivos, para proporcionar el dinamismo que requiere un plan de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Serra JA, Garrido G, Vidan M, Marañón E, Brañas F, Ortiz J. **Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España.** Anales de Medicina Interna 2002; 19 (8): 389-395.
- (2) Mayoral AE, Elda H. **Las fracturas osteoporóticas incapacitantes: un reto para la rehabilitación.** Procedente del XV Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Física y Rehabilitación. 2006 Mar 30-31; Requena.
- (3) Pagès E, Cuxart A, Iborra J, Olonam, Bermejo B. **Fracturas de cadera en el anciano. Determinantes de mortalidad y capacidad de marcha.** Med Clin (Barcelona) 1998; 110: 687-691.
- (4) NANDA Internacional. **Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación.** 2005-2006. ELSEVIER.
- (5) Jonson M, et al. **Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC.** ELSEVIER SCIENCE.
- (6) McClosKey Dochterman J, Bulechek G. **Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).** ELSEVIER.
- (7) Moorhead S, Jonson M, Maas, M. **Resultados de enfermería (NOC).** ELSEVIER.
- (8) Kozier B, Erb G, Olivieri R. **Enfermería Fundamental. Procedimientos, Procesos y Práctica.** 4^a edición. Ed: Interamericana-McGrawHill. Madrid, 1994.
- (9) King EM, Wielk L, Dyer M. **Técnicas de Enfermería: Manual Ilustrado.** 2^a edición. Ed: Interamericana, S.A. de C.V. México, 1984.
- (10) Smeltzer SC, Bare BG. **Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth.** 8^a edición. Ed: McGraw-Hill Interamericana. México, 1996.
- (11) Beare PG, Myers JL. **Enfermería Medicoquirúrgica.** 3^a edición. Ed: Harcourt, S.A. Madrid, 2000.
- (12) Asensio-González JA, Meneu JCG, Moreno EG. **Traumatismos: Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento.** Ed: Fundación MM. Madrid, 2005.
- (13) McRae R. **Tratamiento Práctico de las Fracturas.** 3^a edición. Ed: McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1998.
- (14) Iversen LD, Swiontkowski MF. **Manual de Urgencias en Ortopedia y Traumatología.** Ed: Masson-Little, Brown. Barcelona, 1996.
- (15) Sánchez-Martín MM^a, Abejón AA. **Cuidados de Enfermería en Traumatología y Cirugía Ortopédica (2^a parte).** Ed: Universidad de Valladolid. Valladolid, 1993.
- (16) Barsotti J, Dujardin C. **Guía Práctica de Traumatología.** Ed: Masson. Madrid, 1998.
- (17) Pozzo BA, García FG, Trueba DC. **Efecto Analgésico Preoperatorio de la Tracción Cutánea en Fracturas de Cadera.** Acta Ortopédica Mexicana 2002, 16(4): Jul-Ago: 189-192; México.
- (18) Parker MJ, Handoll HHG. **Tracción Preoperatoria para la Fractura Proximal de Fémur en Adultos.** (Revisión Cochrane Traducida). La Biblioteca Cochrane Plus 2007; 4.
- (19) Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es