



Resolución Directoral

Callao, 17 de Noviembre de 2023



VISTOS:

El Informe N°129-2023-HNDAC-DE, emitido por el Departamento de Enfermería; el Memorando N°12-2023-HNDAC-EMATERGT emitido por el Coordinador General del Comité de Gestión de Guías – EMATERGT; el Informe N°127-2023-HN.DAC-C-OADI de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación; el Informe N°1969-2023-HNDAC-C-OEPE-EO de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe N°890-HNDAC-OAJ emitido por la Oficina de Asesoría Jurídica.

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de salud y modificatorias, señala que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptable de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, al respecto, cabe indicar que el literal f) del artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones de la Entidad, señala que es función de este hospital, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia, eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, de lo manifestado se, tiene que este recinto hospitalario, debe desarrollar las acciones necesarias que conlleven a que los usuarios reciban atención medica bajo estándares de calidad;

Que, además con la Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA de fecha 05 de julio del 2021, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuya finalidad es fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscrito; cuyo Objetivo General consiste en establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;

Que, con la Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N°117-MINSA/DGSP-V01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es estandarizar los procesos de elaboración y



el uso de Guías de Práctica Clínica que aprueba el Ministerio de Salud. Además, el ámbito de aplicación de la citada norma Técnica, se circunscribe entre otros a las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, y por los establecimientos de salud a su cargo, así como otros prestadores de servicios de salud públicos:

Que, asimismo, mediante Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, el Ministerio de Salud aprobó el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud, con énfasis en la eficacia, efectividad y seguridad, a través de la formulación de guías de Prácticas Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o locales:



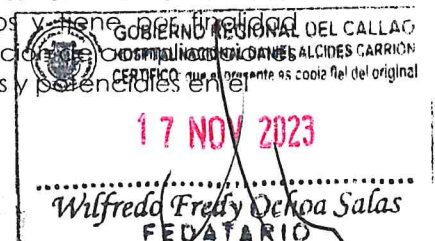
Que, por otro lado, el artículo 5° del Decreto Supremo N°013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo establece que "los establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo para dar inicio a sus actividades deben contar con un reglamento interno y otros documentos de gestión (...). Además, deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad y otros que sean necesarios, según sea el caso":

Que, en atención a los proyectos presentados por el Departamento de Enfermería, cabe precisar que el numeral 61.2° del artículo 61° de la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, establece que toda Entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentran comprendidas dentro de sus competencias:

Que, en tal sentido, a través del Memorando N°12-2023-HNDAC-EMATERGI, el Coordinador General del Comité de Gestión de Guías – EMATERGI se dirige al Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, con el asunto Opinión en respuesta a Informe N°129-2023-HNDAC-DE, en el cual indico que: el presente documento presentado "Guías de Intervención de enfermería en atención a pacientes post operados de cadera en el HNDAC del Departamento de Enfermería – Servicio de Traumatología", enviadas para revisión y opinión técnica de su elaboración son documentos normativos que corresponderían procedimientos y/o atención también denominadas Guías Técnicas de tipo Protocolo o Procedimiento según la nomenclatura actual de la normativa vigente y no son documentos normativos del tipo Guías Técnicas de tipo Guías de Práctica Clínica. Se nos informa que estas han seguido la estructura dispuesta por la normatividad vigente y no son documentos normativos del tipo Guías Técnicas de tipo Guías de Práctica Clínica. Se nos informa que estas han seguido la estructura dispuesta por la normatividad vigente para el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión que corresponde para este tipo de documento normativo; a diferencia de las Guías de Práctica Clínica, las Guías de Procedimiento no tienen norma Técnica específica referida a su desarrollo metodológico en función del cual podamos realizar una evaluación y brindar una opinión Técnica-metodológica sobre su elaboración.

Que, por otra parte, se tiene que mediante Informe N°1969-2023-HNDAC-C-OEPE-EO, de fecha 06 de noviembre del 2023, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico se dirige a esta Oficina; en la que concluye "estando conforme a la versión final se remite el Proyecto de Guías de Intervención de enfermería en Atención a Pacientes Post Operados de Cadera en el HNDAC del Departamento de enfermería; Servicio de Enfermería en Hospitalización de Cirugía General y Especializadas Quirúrgicas – Servicio de Traumatología, para su revisión y aprobación a través de una Resolución Directoral.

Que, la Oficina de Asesoría Jurídica con el Informe N°890-2023-HNDAC-OAJ, emite opinión jurídica – legal favorable respecto a la propuesta de la "Guías de Intervención de enfermería en Atención a Pacientes Post Operados de Cadera en el HNDAC" GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023, Edición N°001 de veintinueve (29) folios y tiene por finalidad establecer y unificar criterios en el cuidado de enfermería en prevención de lesiones en el paciente post operado de cadera, para disminuir daños reales y potenciales en el



usuario; orientado y guiado al personal de enfermería a desempeñarse de forma adecuada, oportuna y segura que le permite brindar una atención de calidad, así como la satisfacción del usuario y familia; asimismo, tiene como objetivos ordenar y estandarizar en el Servicio de Traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión el manejo del paciente post operado de cadera, valorar e identificar a la persona con riesgo de desarrollar alguna complicación post operatoria, describir las diferentes estrategias para disminuir el riesgo de alguna complicación en paciente con deterioro de la movilidad, aumentar la calidad de los cuidados prestados en el paciente post operado, así como aquellas con riesgo de desarrollar alguna complicación, diseñar un protocolo de atención de enfermería en la etapa postoperatoria en el servicio de traumatología del Hospital.



Que, teniendo en cuenta que los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, estos son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, conforme se desprende del numeral 7.1 del artículo 7° del Decreto Supremo N°004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, en ese sentido resulta necesario emitir el acto resolutorio de aprobación de la "Guías de Intervención de enfermería en Atención a Pacientes Post Operados de Cadera en el HNDAC" GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023, Edición N°001 de veintinueve (29) folios";



En uso de las facultades y atribuciones conferidas a la directora general en el literal j) del artículo 8° del "Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión", aprobado mediante Ordenanza Regional N°000006;

Con las visaciones de la Oficina Ejecutiva de Administración, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad a lo dispuesto; Decreto Supremo N°004-2019-JUS, Decreto Supremo que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General; y la Ordenanza Regional N°000006, Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión;



SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR el documento Técnico de Guías de Intervención de enfermería en Atención a Pacientes Post Operados de Cadera en el HNDAC" GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023, Edición N°001 de veintinueve (29) folios.

Artículo 2.- NOTIFICAR la presente Resolución al Departamento de Enfermería y a las instancias administrativas correspondientes, para su ejecución, cumplimiento y los fines pertinentes.

Artículo 3.- PUBLICAR la presente Resolución en el portal institucional (www.hndac.gob.pe), en cumplimiento a la Ley N°27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su modificatoria.

Regístrese, comuníquese y archívese.


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
Dra. ELENA DEL ROSARIO FIGUEROA COZ
Directora General
C.M.P. 22423 R.N.E. 12837


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
17 NOV 2023
.....
Wilfredo Fredy Ochoa Salas
FEDATARIO



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 "Decenio de la Igual de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO



GUIA TECNICA:

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA:

**ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL
 HOSPITAL NACIONAL "DANIEL A. CARRION"**

**SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA
 GENERAL Y ESPECIALIDADES QUIRURGICAS –
 SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA**

Código del Documento Normativo	Versión	Resolución de Aprobación	Fecha de aprobación
GIE-001—HNDAC-DE-SEHCGEQ-ST-2023	V.01	R.D. Nº 588 -2023-DG-HNDAC	17 / 11 / 2023



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
 CERTIFICO que el presente es copia fiel del original


17 NOV 2023

Wilfredo Freddy Ochoa Salas
 FEDATARIO

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 2 de 29

Elaborado por:	DE-SEHCGEQ-ST	Lic. Doris BRICEÑO HERNANDEZ
		Lic. Dina VERA CHAVEZ
		Lic. Lorena ROJAS PALOMINO
Revisado por:	DAGC	M.C. Wilder Raúl Aylas Orejón
	DE	Lic. Nancy Córdova Chávez
	DAGPSS	M.C. Pedro Castillo Abad
	OAJ	Abog. Renato Víctor Reyes Luque
	OEPE	Lic. Milton Gustavo Cancino Hernández
	OEA	C.P.C. Baltazar Cachay Vilca



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 3 de 29

INDICE

- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVOS
- III. AMBITO DE LA APLICACIÓN
- IV. PROCESO A ESTANDARIZAR
 - 4.1. Nombre y Código
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
 - 5.1. Definición
 - 5.2. Etiología y Fisiopatología
 - 5.3. Aspectos Epidemiológicos
- VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS
 - 6.1. Cuadro Clínico
 - 6.2. Diagnostico
 - 6.3. Exámenes Auxiliares
 - 6.4. Manejo Según Nivel De Complejidad Y Capacidad Resolutiva
 - 6.4.1. Medidas Generales Y Preventivas
 - 6.4.2. Terapéutica
 - 6.4.3. Efectos Adversos O Colaterales Con El Tratamiento
 - 6.4.4. Signos De Alarma
 - 6.4.5. Criterios De Alta
 - 6.4.6. Pronóstico
 - 6.5. Complicaciones
 - 6.6. Criterios De Referencia Y Contrarreferencia
 - 6.7. Flujogramas

Flujograma N° 01: Diagnósticos de Enfermería Por Dominios

Flujograma N° 02: Características definitorias

Flujograma N° 03: Diagnóstico Enfermero: Dolor agudo r/c lesiones por agentes físicos


Flujograma N° 04: Diagnóstico Enfermero: Deterioro de la movilidad física r/c deterioro sensorio-perceptivo, neuromuscular o músculo esquelético.

Flujograma N° 05: Diagnóstico Enfermero: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c Inmovilización física, Humedad, Alteraciones en la elasticidad, Alteración del estado nutricional

Flujograma N° 06: Diagnóstico Enfermero: Riesgo de infección R/C destrucción tisular, procedimientos invasivos (vías venosas periféricas).

Flujograma N° 07: Diagnóstico enfermero: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y palidez de mucosas (00002)



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 4 de 29

VII. ANEXOS

- Anexo N° 1: Escala Visual Analógica del Dolor (EVA)
- Anexo N° 2: Prevención de Riesgo de Caída
- Anexo N° 3: Prevención De Riesgo De LPP

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS




Handwritten mark or signature.


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICO que el presente es copia fiel del original

17 NOV 2023

Wilfredo Fredy Ochoa Salas
FEDATARIO

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 5 de 29

I. FINALIDAD

Establecer y unificar criterios en el cuidado de enfermería en prevención de complicaciones en el paciente post operado de cadera, para disminuir daños reales y potenciales en el usuario.

II. OBJETIVOS

- Ordenar y estandarizar en el Servicio de Traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión el manejo del paciente post operado de cadera.
- Valorar e identificar a la persona con riesgo de desarrollar alguna complicación post operatoria.
- Describir las diferentes estrategias para disminuir el riesgo de alguna complicación en paciente con deterioro de la movilidad.
- Aumentar la calidad de los cuidados prestados en el paciente post operado, así como a aquellas con riesgo de desarrollar alguna complicación.
- Diseñar un protocolo de atención de enfermería en la etapa postoperatoria en el servicio de traumatología del Hospital.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Intervención de Enfermería, es de aplicación en todas las unidades orgánicas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

4.1. Nombre y Código

Nombre: **Atención de Paciente Post Operados de Cadera.**

Código: **S70-S79** para Traumatismos de la cadera y del muslo.



V. CONSIDERACIONES GENERALES

La fractura del 1/3 proximal del fémur conocida como fractura de cadera es la solución de continuidad del tejido óseo del fémur va desde la cadera hasta la rodilla siendo el hueso más largo y fuerte del cuerpo que se produce como consecuencia de una caída o del impacto de esta contra el suelo.

La fractura de cadera puede ocurrir cualquier momento de la vida

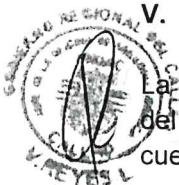
Mayor incidencia en mujeres.


De estos pacientes, 20% morirán en el lapso de un año y del grupo restante hasta 30% quedarán con incapacidad permanente.

5.1. DEFINICIÓN:

Seguridad Del Paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias

- **Atención en Salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 6 de 29


- **Evento Adverso:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- **Evento Adverso Prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento Adverso No Prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Eritema:** Reacción inflamatoria de la piel. Su significado literal es rojo y el rasgo que la caracteriza es un enrojecimiento de la piel.
- **Infección:** Se presenta cuando entran microbios en el organismo de una persona y se multiplican, y, en consecuencia, causan malestar, daño a órganos y tejidos o enfermedad.
- **Trombosis Venosa:** La trombosis venosa profunda (TVP) es una afección que ocurre cuando se forma un coágulo de sangre en una vena profunda. Estos coágulos por lo general se forman en la parte inferior de las piernas, los muslos o la pelvis, pero también pueden aparecer en el brazo.
- **Hematomas:** acumulación de sangre residual. Se puede sobre infectar, por lo que se debe drenar.
- **Luxación:** Es una separación de dos extremos de los huesos en el lugar donde se encuentran en una articulación. El cirujano previene esta complicación con una adecuada técnica quirúrgica y manteniendo sus piernas separadas durante el postoperatorio inmediato con una almohada (ABDUCTOR).
- **Rehabilitación:** conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno.

5.2. ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGIA

La articulación de la cadera está constituida fundamentalmente por el cotilo (pelvis), acetábulo o coxo y la cabeza del fémur. El cotilo se encuentra en la unión del iliaco con las ramas ilio e isquio pubiana, forma una cavidad circular, que está en ante versión entre 15° y 30° y una inclinación caudal de 45°; revestida por el cartilago articular, presenta una herradura en su fondo donde se inserta el ligamento redondo, que en su extremo opuesto está insertado en la cabeza del fémur, seguido por la zona cervical y trocánterica, donde se inserta la sinovial y la cápsula. Sobre estas estructuras están los ligamentos.

La cadera es una de las articulaciones más grandes del cuerpo, es una articulación esférica (de cabeza y cavidad), las superficies óseas de la cabeza y la cavidad están cubiertas con cartilago articular, un tejido suave que reviste y amortigua los extremos de los huesos y les permite moverse fácilmente. El tercio proximal del fémur está formado por una cabeza esférica que se une mediante un cuello de aproximadamente 5 cm de longitud, al macizo trocánterico, formado a su vez por dos prominencias óseas, trocánter mayor (externo y superior), y trocánter menor (interno e inferior) a los que se fijan potentes grupos musculares responsables de la movilidad y estabilidad de esta articulación. El fémur proximal es el componente distal de la articulación de la cadera o articulación coxofemoral, y junto a la cavidad acetabular del iliaco forman una articulación sinovial, extremadamente congruente y móvil en



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 7 de 29

todos los planos, una enartrosis. La articulación se encuentra protegida por una cápsula articular más resistente en su cara anterior, donde destaca el ligamento iliofemoral, originado en el borde acetabular e insertado en la línea intertrocanterea.

5.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante de salud de nuestra población, ya que es una patología frecuente en aquellas personas mayores de 65 años, siendo su mayor incidencia en mujeres. Los principales factores de riesgo que producen la fractura de cadera son las caídas y la osteoporosis.

La cirugía, hoy en día, es el mejor tratamiento para la fractura de cadera del adulto mayor. Una de las indicaciones más habituales de cirugía es la artroplastia, que es un procedimiento quirúrgico donde se sustituye total o parcialmente parte de la articulación afectada o enferma, por una artificial.

La principal indicación de la artroplastia de cadera es el dolor crónico de articulación o fractura de cuello de fémur.

En este sentido, el proceso de guías de atención de enfermería es una herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente y la familia; a la vez que permite la interacción enfermera - paciente, pues mediante ello se identifican los patrones afectados reales y potenciales a los cuales debe darse mayor atención; a partir de ahí se elaboraran intervenciones y actividades idóneas para la recuperación del paciente, obteniendo así resultados satisfactorios. La enfermera tiene una labor de suma importancia en el periodo postoperatorio inmediato del paciente quirúrgico, puesto que brinda un cuidado especializado y humanizado, logrando así prevenir e identificar posibles complicaciones y favoreciendo la recuperación del paciente para su reincorporación a la sociedad.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

Las fracturas de cuello femoral desplazadas originan desde el primer momento dolor e incapacidad para la deambulación. Las no desplazadas o impactadas causan también dolor significativo, y en ocasiones no impiden la deambulación.


Las fracturas desplazadas son más sintomáticas. Estos pacientes no son siquiera capaces de mantenerse de pie mientras que aquellos con fracturas no desplazadas o impactadas pueden andar y manifestar mínimo dolor. Las no desplazadas pueden presentarse sin deformidad clínica mientras que las desplazadas muestran el clásico acortamiento y rotación externa de la extremidad con movilidad de la misma dolorosa.

- ✓ Dolor en la cadera, así como en las regiones del fémur y las pelvis cercanas a la cadera, las cuales dependen de ella para moverse.
- ✓ Movilidad limitada y dolorosa de la articulación de la cadera.
- ✓ Incapacidad para moverse inmediatamente después de una caída
- ✓ Incapacidad para cargar peso sobre la pierna del lado de la cadera lesionada.
- ✓ Rigidez, hematomas e hinchazón en la zona de la cadera y alrededor de ella.
- ✓ La pierna afectada se acorta, de manera que las piernas son de una longitud distinta.


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
17 NOV 2023
Wilfredo Fredy Ochoa Salas
FEDATARIO


 V. REYES


 E. FIGUEROA
 M.G. CANCINO

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001 Página 8 de 29

- ✓ Rotación externa de la extremidad afectada (giro hacia afuera de la pierna del lado de la cadera lesionada).

Las principales enfermedades que afectan a la articulación coxofemoral o cadera son las siguientes:

- **Artrosis de cadera o coxartrosis:** Esta causada por deterioro del cartilago que recubre las superficies de los dos huesos que forman la articulación.
- **Artritis de cadera:** La artritis es un proceso inflamatorio que afectar a una articulación.
- **Fractura de cadera:** La mayor parte de las fracturas de cadera, son en realidad fracturas de fémur que afectan a la extremidad superior de este hueso y no tocan la articulación, sin embargo, se les llama comúnmente fractura de cadera en lugar de fractura de fémur que sería su denominación correcta.
- **Trocanteritis o bursitis trocantérea:** Es un proceso benigno causado por inflamación de las bolsas serosas que se encuentran próximas a la cadera, en una protuberancia del fémur que se llama trocánter mayor. Provoca dolor en la región superior y externa del muslo.
- **Displasia congénita de cadera:** Es una enfermedad infantil que está ya presente en el momento del nacimiento, la cabeza del fémur está situada fuera de la cavidad cotiloidea, la cápsula articular está distendida.
- **Epifisiolisis de la cabeza femoral:** Consiste en el desplazamiento entre el extremo superior del fémur (epífisis) y el cuello femoral.



6.2 DIAGNÓSTICO

El proveedor de atención médica a menudo puede diagnosticar una fractura de cadera en función de los síntomas y de la posición anómala de la cadera y la pierna. Por lo general, una radiografía confirmará la fractura y mostrará con exactitud su ubicación en el hueso

Si en la radiografía no se observa una fractura, pero todavía tienes dolor de cadera, el proveedor de atención médica puede indicar una resonancia magnética o una gammagrafía ósea para detectar una fractura fina.

La mayoría de las fracturas de cadera se produce en una de las dos partes del hueso largo que se extiende desde la pelvis hacia la rodilla (fémur):


- ✓ **Cuello del fémur.** Esta zona está situada en la parte superior del fémur, justo debajo de la parte esférica (cabeza del fémur) de la articulación esférica.
- ✓ **Región intertrocantérea.** Esta región está un poco más abajo de la articulación de la cadera, en la parte del fémur superior que se proyecta hacia afuera.

Tipos de fracturas de cadera

La mayoría de las fracturas de cadera se producen en uno de dos lugares posibles: en el cuello femoral o en la región intertrocantérea. El lugar de la fractura ayuda a determinar las mejores opciones de tratamiento.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

- **Examen físico:** se efectúa maniobras exploratorias buscando signos que orienten hacia datos de fractura de fémur proximal intracapsular, dolor a la movilización activa y pasiva (en la región

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”	Edición N.º 001 Página 9 de 29

inguinocrural), imposibilidad para elevar el talón, limitación para la marcha, rotación externa de la extremidad y acortamiento.

- **Radiografía:** permite evaluar las distintas estructuras óseas y sus lesiones, espacio articular y la alineación de las superficies articulares. En caso de fractura de cadera se debe obtener una radiografía anteroposterior (AP) de la pelvis, con la pierna en rotación interna para comparar ambas caderas. Otra lateral mostrará la cabeza y el cuello femoral, su angulación y desplazamiento, así como el grado de conminución de la parte posterior del cuello.
- **Resonancia magnética:** Es un examen imagenológico en el que se utiliza una máquina con imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes de la zona entre los huesos de la cadera.
- **Tomografía computarizada:** Mayor resolución especial para la valoración de los huesos, fragmentos óseos o cuerpos libres intraarticulares, luxación.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas Generales y Preventivas

El término de fractura de cadera hace referencia a aquellas fracturas que se producen en el extremo proximal del fémur.

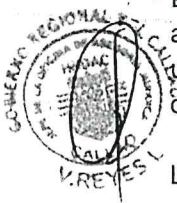
Las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante a tener en cuenta debido al envejecimiento de la población, ya que es una patología frecuente en el paciente mayor y constituye una de las indicaciones más habituales de cirugía en el anciano. Este tipo de fractura es la lesión discapacitante más común y la causa de muerte accidental más frecuente en los adultos mayores.


La fractura de cadera es un problema que afecta principalmente a la población anciana, convirtiéndose en un gran problema social que seguirá aumentando a lo largo del tiempo, debido al envejecimiento de la población.

La mayor incidencia se presenta en mujeres. Los principales factores de riesgo que producen la fractura de cadera, son las caídas y la osteoporosis, cuya prevención es esencial por parte de la enfermería para que no se instaure el problema o sus consecuencias no sean tan graves.

La mayoría de las fracturas de cadera son resultado de tropiezos o caídas, que generalmente suponen un traumatismo de baja energía. Las lesiones tienen un origen múltiple y reflejan el aumento de la tendencia a la caída, pérdida de reflejos de protección y mayor fragilidad ósea, generalmente las caídas tienen lugar en el hogar durante las rutinas normales. Las fracturas más comunes son las de cuello femoral y los pertrocanteréas, que representan sobre el 90% del total de fracturas de cadera. El 74% de las fracturas de cadera se producen en las mujeres, este mayor porcentaje frente a los varones se debe a que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, la pelvis es más ancha con una tendencia a desarrollar coxa vara, sufren cambios hormonales después de la menopausia, que se acompañan a menudo con una mayor incidencia de osteoporosis.

Los pacientes que sufren de esta patología, pueden padecer una diversidad de complicaciones, que van desde distintos grados de discapacidad, hasta una pérdida completa de su independencia. Un alto porcentaje de pacientes que antes eran independientes, serán incapaces de recuperar su estilo de vida previo; y otro porcentaje será incapaz de regresar a su residencia habitual, la fractura de cadera en el



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 10 de 29

paciente adulto mayor es una eventualidad que resulta devastadora en la mayoría de los casos. Afecta profundamente el equilibrio físico, mental, funcional y social que antes preveía, más allá de la lesión ortopédica, resume el proceso de envejecimiento y sus consecuencias extremas.

▪ **Clasificación y Tipos de Fractura de Cadera**

Las fracturas se subdividen básicamente en dos grandes grupos, según la localización del trazo respecto a la cápsula articular.

1. Intracapsulares o fracturas del cuello femoral.
2. Extracapsulares o fracturas trocántereas.

✓ **Las Fracturas Intracapsulares:** A su vez pueden ser: subcapitales, muy próximas a la superficie cartilaginosa de la cabeza femoral y transcervicales, dentro de la capsula, pero en el propio cuello.

Estas fracturas tienen una propensión a dañar el suministro de sangre a la cabeza femoral, potencialmente causando necrosis a vascular. Este tipo de fracturas se da en dos grupos poblacionales distintos. Un grupo pequeño, inferior al 5%, representado por pacientes sometidos a traumatismos de gran energía como resultado de accidentes de tráfico y caídas de altura, el resto ocurre en la población mayor como consecuencia de una simple caída desde la altura propia.


Se considera a la osteoporosis como primera causa de esta fractura pues los pacientes que la sufren suelen mostrar niveles de masa ósea descendidas con respecto a pacientes control de la misma edad. Las fracturas del cuello femoral degradan y cortan la perfusión femoral de distintas maneras, las no desplazadas suelen mantener en mayor o menor medida la vascularización, por lo que es de esperar en la mayor parte de los casos la consolidación de la fractura. Sin embargo, las desplazadas rompen arteriolas que a modo de arcadas atraviesan el cuello femoral desde su base para irrigar la cabeza femoral. De esta manera, la vascularización de la cabeza femoral queda exclusivamente a expensas de la arteria del ligamento redondo, cuyo flujo en el adulto resulta insuficiente. Todas las fracturas del cuello sangran hacia el interior de la cápsula y, dependiendo de su integridad, elasticidad y del volumen del sangrado, pueden crear un efecto taponador, limitando aún más la perfusión de la cabeza.

✓ **Las fracturas extracapsulares o trocántereas:** Engloban fracturas que afectan la región trocánterea, se producen sobre hueso bien vascularizado, por lo tanto, la pseudoartrosis y necrosis no serán frecuentes.

▪ **Factores de Riesgo.**

- ✓ Edad: son más frecuentes en personas de edad avanzada. Su incidencia tiene un incremento exponencial a partir de los 50 años.
- ✓ Sexo: mayor incidencia de fracturas de cadera en mujeres que en hombres
- ✓ Raza: mayor incidencia en raza blanca.
- ✓ Historia de fractura de cadera materna
- ✓ Glucocorticoides
- ✓ Artritis reumatoide



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 11 de 29

- ✓ Exceso de consumo alcohol y tabaco.
- ✓ Uso de psicotrópicos
- ✓ Inactividad física.
- ✓ Bajo peso corporal.
- ✓ Exceso consumo de cafeína.
- ✓ Fractura de cadera previa.
- ✓ Discapacidad visual.
- ✓ Malnutrición.
- ✓ Demencia senil.



▪ **Medidas Preventivas.**

Los estilos de vida saludables al comienzo de la adultez permiten desarrollar una masa ósea máxima más elevada y reducir el riesgo de osteoporosis en el futuro. Las mismas medidas pueden disminuir el riesgo de caídas y mejorar tu salud general si las adoptas a cualquier edad.

- ✓ Consumir suficiente calcio y vitamina D.
- ✓ Realizar ejercicio para fortalecer los huesos y mejorar el equilibrio.
- ✓ Evitar, fumar o beber en exceso, el consumo de tabaco y alcohol reduce la densidad ósea.
- ✓ Consumir una dieta rica en calcio
- ✓ Mantener los objetos alejados de las escaleras y del piso, por ejemplo, los cables, para prevenir las caídas.
- ✓ Utilizar alfombrillas antideslizantes en el baño y fijar barras de sostén en la bañera.
- ✓ Ubicar luces de noche desde el dormitorio hasta el baño.
- ✓ Usar una base antideslizante para mantener las alfombrillas en su lugar.
- ✓ No pararse sobre muebles o escaleras que no se encuentren en una posición firme.
- ✓ Visitar al oftalmólogo todos los años para hacerse una revisión anual y tratar la pérdida de la visión.



6.4.2. Terapéutica


De forma general, el tratamiento busca devolver la funcionalidad al paciente por lo menos al punto antes de la fractura. La cirugía en estos casos es la mejor solución y es por esto que se asume que la intervención realizada sobre el paciente es una cirugía. Luego de realizada la cirugía, es muy importante la movilización precoz, la cual evita las complicaciones relacionadas al sedentarismo extendido causado por la misma condición.

Existen dos tipos de tratamientos, ortopédico y el tratamiento quirúrgico:

1. Tratamiento Ortopédico.

Tratamiento muy poco utilizado y relegado para casos específicos, tales como pacientes institucionalizados, con marcada demencia y que experimentan un disconfort, mínimo dentro de los



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 12 de 29

primeros días desde ocurrida la fractura. En este caso lograr la funcionalidad previa a la fractura de la persona, es viable y accesible a través de este tratamiento.

Un tratamiento común para una fractura intracapsular no desplazada, es a través de analgesia y unos pocos días de reposo, para luego realizar una movilización controlada y atendida, resultado de esto es una funcionalidad disminuida que además genera dolor. Esto también aumenta el riesgo de un desplazamiento subsecuente de la fractura. Por la naturaleza de las fracturas extracapsulares, estas pueden ser tratadas utilizando tracción sostenida, lo cual implica el uso de inmovilizadores por un período de tiempo significativo, lo cual puede ser altamente perjudicial para la mayoría de los pacientes, que están por encima de los 65 años de edad. Esto conlleva al paciente a perder su movilidad e independencia motriz.

2. Tratamiento Quirúrgico.

Se deben realizar todas las evaluaciones médicas para poder evitar cualquier posible complicación, ciertos aspectos, tales como los desequilibrios hidroelectrolíticos y los problemas cardiopulmonares, deben corregirse previamente a realizar la cirugía. La intervención quirúrgica debe realizarse lo antes posible, para evitar todas las complicaciones que puedan surgir.

El tratamiento quirúrgico se puede realizar a través de:

1. Osteosíntesis: Tornillos canulados, clavo endomedular, etc.
2. Artroplastia: Total o hemiartroplastia (uni o bipolar).

✓ La Artroplastia Total de Cadera.


La Artroplastia total de cadera es un procedimiento ortopédico que implica la extirpación quirúrgica de la cabeza, el cuello proximal del fémur, la eliminación del cartilago acetabular y el hueso subcondral, se prepara el canal femoral donde se colocará el implante, luego de preparar el fémur se procede a preparar el acetábulo del hueso pélvico, se prepara la cavidad acetabular retirando el cartilago y dándole la esfericidad requerida para que aloje la copa, esta corresponde al implante donde va a moverse la cabeza femoral.

La técnica varía según la posición de colocar el paciente, ya sea en posición decúbito dorsal, o lateral, y el abordaje quirúrgico que puede ser anterolateral o posterolateral.

La artroplastia total de cadera es una intervención donde las superficies articulares afectadas son reemplazadas con materiales sintéticos, es una intervención electiva que debería ser considerada como una opción entre otras alternativas, la decisión para realizarla debe tomarse teniendo en consideración tanto los riesgos, como los beneficios potenciales.

En el paciente adecuado la artroplastia total de cadera puede ser una intervención que cambia su vida al mejorar el dolor, la función y la calidad de vida. La artroplastia total de cadera es uno de los procedimientos ortopédicos más exitosos que se realizan hoy en día y es una intervención para disminuir el dolor, mejorar la función y sobre todo la calidad de vida de los pacientes con patología degenerativa o inflamatoria de la cadera.



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 13 de 29

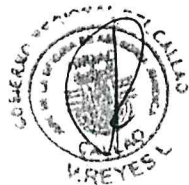
La artroplastia de cadera se hace principalmente en personas mayores de 60 años, por lo general, no se recomienda para personas más jóvenes, debido a la tensión que pueden ejercer sobre la cadera artificial, haciendo que ésta falle prematuramente.

Entre las razones para reemplazar la articulación de la cadera están:

- o Fracturas del cuello femoral.
- o Articulación dolorosa.
- o Artrosis severa en la articulación de la cadera.
- o Artritis reumática.
- o Necrosis a vascular de cabeza o cuello femoral.
- o Fracaso de cirugía anterior.
- o Displasia congénita.
- o Complicaciones secundarias a osteoartritis de cadera.

Contraindicaciones:

- o Infección actual de la cadera.
- o Perdida de musculatura, compromiso neuromuscular, deficiencia vascular, piel insuficiente.
- o Mala calidad de hueso (osteoporosis).
- o Obesidad mórbida.
- o Pacientes con desordenes neurológicas.
- o Personas con cobertura cutánea deficiente alrededor de la cadera.
- o Enfermedad física grave (enfermedad terminal, como cáncer metastásico).
- o Pacientes con disfunción mental gravemente limitante.




6.4.3. Efectos Adversos o Colaterales con el tratamiento

Entre los riesgos asociados con la cirugía de cadera tras una fractura pueden ser, desde coágulos de sangre, formándose en las venas de las piernas, infecciones en el lugar de la incisión o nuevas fracturas.

- **Trombosis:** Después de la cirugía, pueden formarse **coágulos en las venas de la pierna**. Esto puede resultar peligroso, ya que una parte del coágulo puede desprenderse y desplazarse hacia el pulmón, el corazón o, rara vez, el cerebro. Este problema se tratará desde el inicio con **medicación anticoagulante**.
- **Infección:** Pueden producirse infecciones **en el lugar de la incisión y en los tejidos más profundos** próximos a la nueva cadera. La mayoría de las infecciones se tratan con antibióticos, pero una infección grave cercana a la prótesis podría requerir cirugía para retirar y reemplazar la prótesis.
- **Nueva Fractura:** Durante la cirugía, **partes sanas de la articulación** de la cadera podrían fracturarse. A veces las fracturas son lo suficientemente pequeñas como para curarse por sí solas, pero las fracturas más grandes podrían necesitar ser estabilizadas con alambres, tornillos y, posiblemente, una placa metálica o injertos de hueso.
- **Dislocación o Luxación:** Ciertas posiciones pueden causar que la esfera de la nueva articulación se salga de la cavidad, especialmente en los primeros meses después de la cirugía.



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 14 de 29

- ✓ Si la cadera se disloca obligará inicialmente a la reducción de la luxación (recolocar la cabeza femoral en su relación con el acetábulo) y se puede colocar posteriormente un aparato ortopédico para mantener la cadera en la posición correcta.
- ✓ Si la cadera continúa dislocándose (luxación recidivante) puede traducir una posición incorrecta del implante protésico o una movilización inesperada y a menudo se requiere una cirugía para reemplazar o recambiar una parte o la totalidad de la prótesis y restituir así la estabilidad de la articulación.

- **Cambio en la Longitud de la Pierna:** En ocasiones, una nueva cadera puede provocar que una pierna sea más larga o corta que la otra. Lo que puede producir una **contractura de los músculos** que rodean la cadera. En este caso, fortalecer y estirar esos músculos de forma progresiva podría resultar de ayuda.
- **Aflojamiento:** Esta complicación es poco común con los implantes más nuevos, la nueva articulación podría no fijarse de forma sólida al hueso o podría aflojarse con el paso del tiempo, provocando dolor en la cadera. Puede ser necesaria una cirugía para solucionar este problema.
- **Lesión en los nervios:** En raras ocasiones, los nervios en el área donde se coloca el implante pueden lesionarse. El daño en los nervios puede causar entumecimiento, debilidad y dolor siendo lesiones de resolución lenta y compleja.
- Pueden surgir complicaciones tras la cirugía, no obstante, la situación más frecuente será que la cirugía tras una fractura de **cadera evolucione correctamente y permita al paciente la movilización** y la deambulación en los primeros días postoperatorios. (16)

6.4.4. Signos de Alarma.

- ✓ Aumento del dolor que no responde a la analgesia
- ✓ Mala evolución de la herida, con calor, enrojecimiento o manchado
- ✓ Hay un mayor drenaje o un drenaje nuevo en la incisión
- ✓ Su pantorrilla o gemelo se inflama o está dolorida, caliente o enrojecida
- ✓ En caso de que usted presente fiebre termométrada de $>38^{\circ}$
- ✓ No tomar antibióticos en ningún caso antes de que se lo indique su Traumatólogo




6.4.5. Criterios de Alta

La planificación del alta comienza el primer día de ingreso. Una de las primeras cosas que necesita hacer es organizar su casa para el momento del alta.

- ✓ **Instrucciones para el hogar:** Tras la cirugía sentirá una mejoría progresiva en los siguientes meses. Debe esperar menos dolor, rigidez e inflamación, y un estilo de vida más independiente.
- ✓ **Control del dolor y del malestar:** Le recomendamos tomar la analgesia tan pronto como empiece a sentir dolor. No espere hasta que el dolor se agrave.

Un consejo es tomar analgesia antes de hacer actividad y antes de ir a dormir.

- ✓ **Cuidado de la incisión:**

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 15 de 29

- Su incisión se cubrirá con un apósito
- Deberá estar siempre cubierta y seca, hasta que se retiren las grapas
- Antes de ir a casa, enfermería le explicará cómo cuidar la herida
- La retirada de grapas se realizará transcurridos 14-15 días desde la cirugía (en su ambulatorio habitual o en la Policlínica en horario de mañana)

✓ **Las Primeras 48 horas en el Hogar**

- Continúe con su programa de ejercicios y aumente la actividad poco a poco; su objetivo es recuperar la fuerza y la funcionalidad.
- Reanude la actividad a medida que adquiere fuerza y confianza.
- Es posible que experimente molestias en la cadera o rodilla operada, y que le resulte difícil dormir por la noche. Esto es parte del proceso de recuperación.
- Levantarse y moverse alivia algunas de las molestias.
- Puede ser pasajero en un automóvil, pero se debe sentar en un cojín firme o sobre una manta doblada para evitar sentarse demasiado bajo.
- No levante nada pesado después de la cirugía. Evite levantar objetos en una posición donde necesite ponerse de cuclillas o agacharse.

Primera visita a las 4 semanas

Camine con ayuda de las dos muletas hasta la primera visita. A partir de entonces retirar una de ellas y progresivamente retirar las dos.

✓ **Segunda visita a los tres meses**

Le recomendamos que reanude sus actividades normales, tanto dentro como fuera del hogar.

- Sea realista y mantenga un ritmo y reanude las actividades gradualmente.
- Aumente la distancia y las actividades a pie, pero no todas a la vez.


✓ **Visitas de seguimiento a un año y futuras**

Su próxima cita es 12 meses después de la cirugía, a continuación, una vez al año a menos que se le indique lo contrario.

6.4.6. Pronóstico

- ✓ Mortalidad intrahospitalaria se sitúa entre el 5 y el 6%
- ✓ 40-50% recupera su situación funcional
- ✓ 30% encamado.
- ✓ 13% muere a los 6 meses y 24% a 1 año
- ✓ 50% recupera ABVD pre fractura



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC- SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 16 de 29

✓ > Institucionalización a 1 año. (18)

6.5. COMPLICACIONES

6.5.1. Complicaciones Frecuentes en Fracturas de Cadera

Existen diferentes tipos de complicaciones comunes que suelen ocurrir dependiendo del tipo de fractura que se sufre, dentro de las complicaciones asociadas a las fracturas intracapsulares, se encuentra el corte de flujo sanguíneo a la cabeza femoral a causa de la misma presión ejercida por los huesos, lo que comúnmente da lugar a una necrosis a vascular.

✓ **Con las fracturas extracapsulares:** Este tipo de fracturas se asocia más a rasguños internos y/o hematomas, que podrían abrir cabida a complicaciones de tipo infecciosas.

El retraso de la atención médica al paciente, es unas de las complicaciones más riesgosas, ya que da lugar a muchas otras más, incluyendo la trombosis venosa profunda, complicaciones pulmonares, infecciones urinarias y alteraciones en piel.

Las Complicaciones Postoperatorias más Frecuentes.

- ✓ Dislocación de la prótesis
- ✓ Fallo de osteosíntesis.
- ✓ Luxación de artroplastia
- ✓ Fractura peri implante.
- ✓ Síndrome confusional o delirium.
- ✓ Retención y / o infección urinaria.
- ✓ Alteraciones electrolíticas.
- ✓ Úlceras por presión.
- ✓ Insuficiencia cardíaca.
- ✓ Neumonía.



6.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Será determinado por el médico responsable de la atención del paciente; en su ausencia, la referencia la realizará el profesional de enfermería o el personal de salud del establecimiento de salud según corresponda.


6.6 FLUXOGRAMA

Flujograma N° 01: DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA POR DOMINIOS

- Los diagnósticos enfermeros están enfocados a las respuestas humanas identificados en el paciente, según Taxonomía NANDA.

1. Dominio 3: Eliminación e Intercambio.

(000206) Riesgo de sangrado r/c conocimiento inadecuado de las precauciones para evitar el sangrado.

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 17 de 29

2. Dominio 4: Actividad y reposo

- ✓ (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, reacción a intentar el movimiento y disminución de la fuerza, control y/o masa muscular.
- ✓ (00095) Insomnio r/c estrés psicológico y alteraciones sensoriales m/p dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad y sueño interrumpido.
- ✓ (00108) Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c deterioro musculo esquelético y/o barreras ambientales m/p incapacidad para lavar el cuerpo y sus partes o entrar y salir del baño.
- ✓ (00100) Retraso de la recuperación quirúrgica r/p procedimientos quirúrgicos extensos.

3. Dominio 7: Rol y Relaciones

- ✓ (00062) Riesgo del cansancio del rol cuidador r/c la vulnerabilidad de la dificultad del rol del cuidador

4. Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia

- ✓ (00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p dificultad para conciliar el sueño y miedo de consecuencias inespecíficas y nerviosismo.

5. Dominio 11: Seguridad/Protección.

- ✓ (00046) Riesgo deterioro de la integridad cutánea r/c postración prolongada.
- ✓ (00268) Riesgo de tromboembolismo venoso r/c deterioro de la movilidad
- ✓ (00015) Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente, problemas durante la defecación, falta de tiempo, posición inadecuada para defecar, falta de intimidad.
- ✓ (00004) Riesgo infección r/c procedimientos invasivos y traumatismo.
- ✓ (00303) Riesgo caídas r/c prótesis en miembros inferiores, uso de dispositivos de ayuda o deterioro de la movilidad física.

6. Dominio 12: Confort

- ✓ (00132) Dolor agudo r/c lesión por agente lesivo físico secundario e/p fascies de dolor.


POBLACION OBJETIVO

Pacientes hospitalizados post operados de fractura de cadera.

PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en enfermería



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 18 de 29

FLUJOGRAMA N° 2

Guía Técnica de Intervención de Enfermería en la Atención a Pacientes Post Operados de Cadera.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

VALORACION

Dolor, dependiendo del grado de la lesión ósea, magnitud del desplazamiento, etc. Se manifiesta en la zona del pliegue inguinocrural, irradiado a la cara interna del muslo y aún hasta la rodilla. La poca intensidad del dolor, su irradiación al muslo, unido a la escasa magnitud del traumatismo, son causas frecuentes de error diagnóstico, quedando la fractura inadvertida.

Impotencia funcional, en la mayoría de los casos es absoluta; pero en fracturas sub-capitales, no desplazadas y encajadas, es posible la estadía de pie y aun la deambulacion, aunque con ayuda de terceras personas o de bastón.

Miembro inferior más corto, por el ascenso del segmento femoral, determinado por la contractura muscular de los pelvi-troncantéreos.

Rotación externa, por acción del músculo psoas-iliaco.

Imposibilidad para elevar el talón de la cama. Es un signo siempre presente, y de gran valor diagnóstico frente a un cuadro clínico en que los otros signos sean poco relevantes.

Signos y síntomas:
 Incapacidad para caminar o levantarse tras una caída, Dolor intenso en la cadera o la ingle.
 Incapacidad para cargar peso sobre la pierna del lado de la cadera lesionada.
 Hematomas e hinchazón en la zona de la cadera y alrededor de ella.

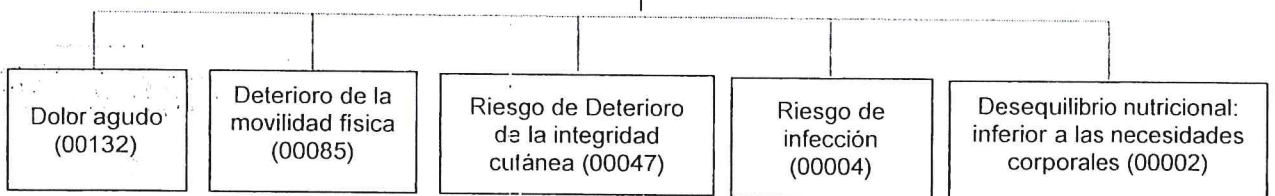
INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE

- Laboratorio:**
- Biometría hemática completa
 - Tiempos de coagulación, Glucosa, uréa y creatinina, Grupo y Rh
- Exámenes:**
- Electrocardiograma
 - Radiografía anteroposterior y axial de cadera afectada. Radiografía anteroposterior de fémur
 - Resonancia magnética, ante la falta de disponibilidad Tomografía Computarizada
 - Gammagrafía Ósea

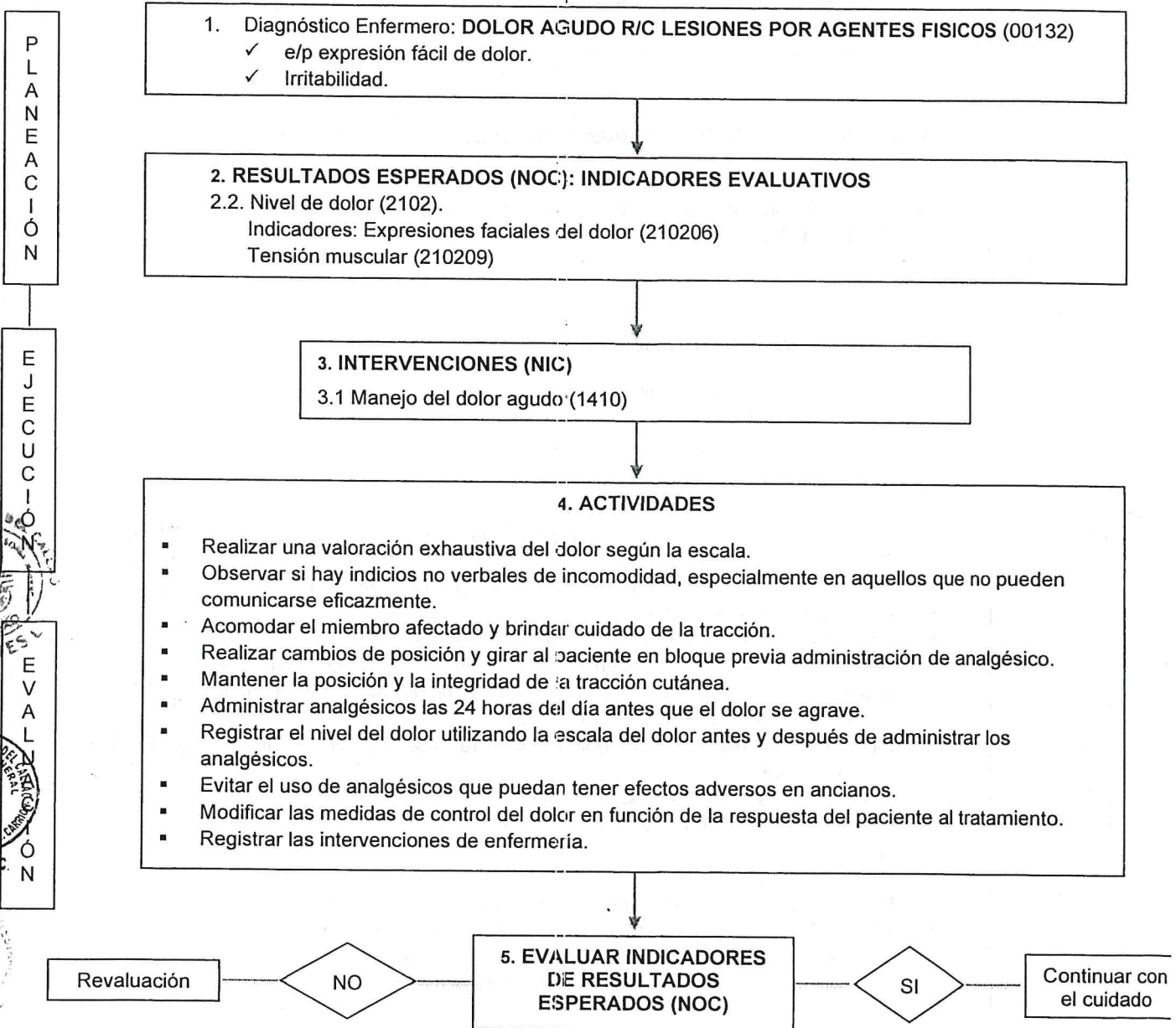

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original
17 NOV 2023
Wilfredo Fredy Ochoa Salas
FEDATARIO

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICOS



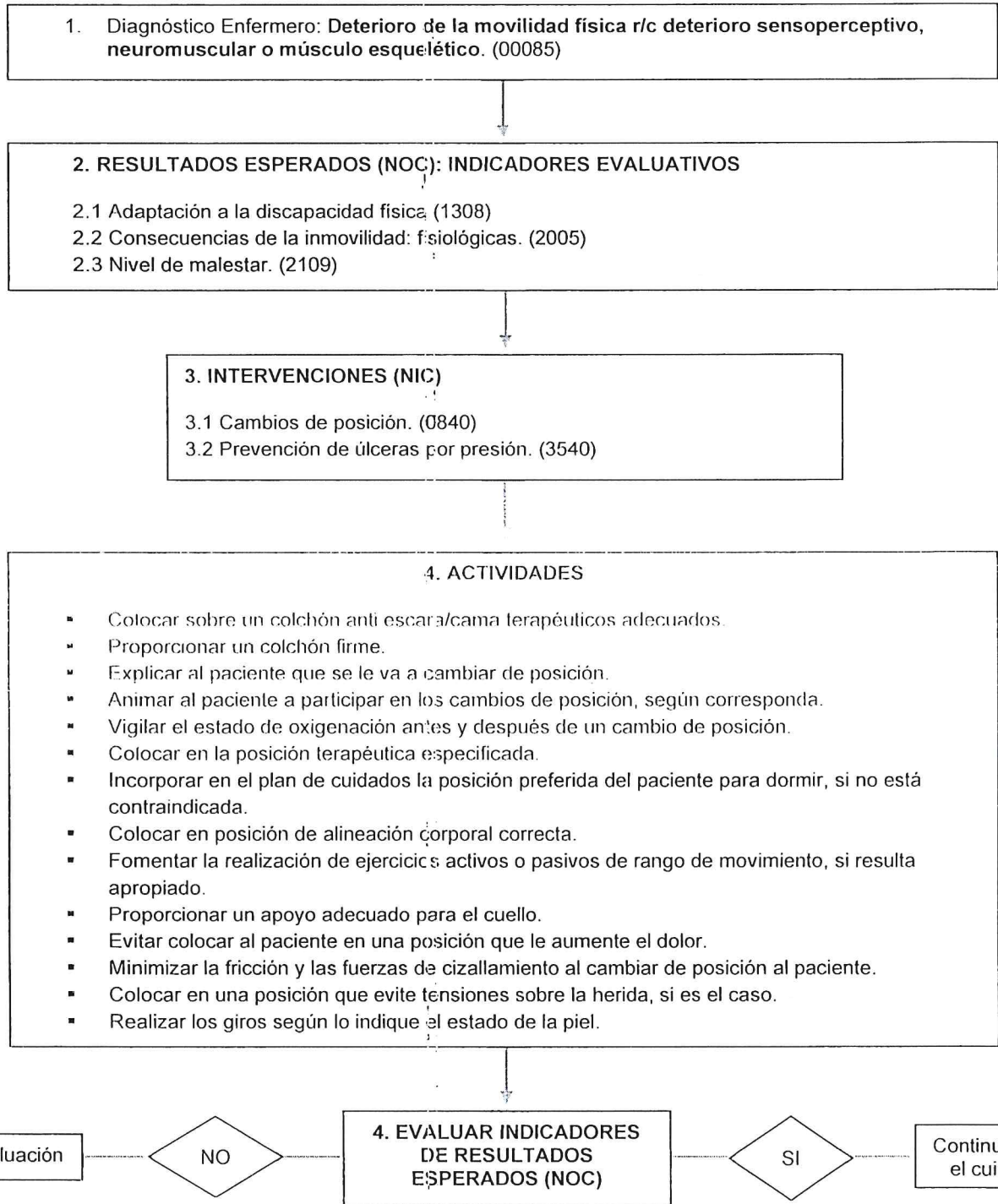
FLUJOGRAMA N° 3



PLANEACIÓN
 EJECUCIÓN
 EVALUACIÓN


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
17 NOV 2023
Wilfredo Fredy Ochoa Salas
 FEDATARIO


FLUJOGRAMA N° 4



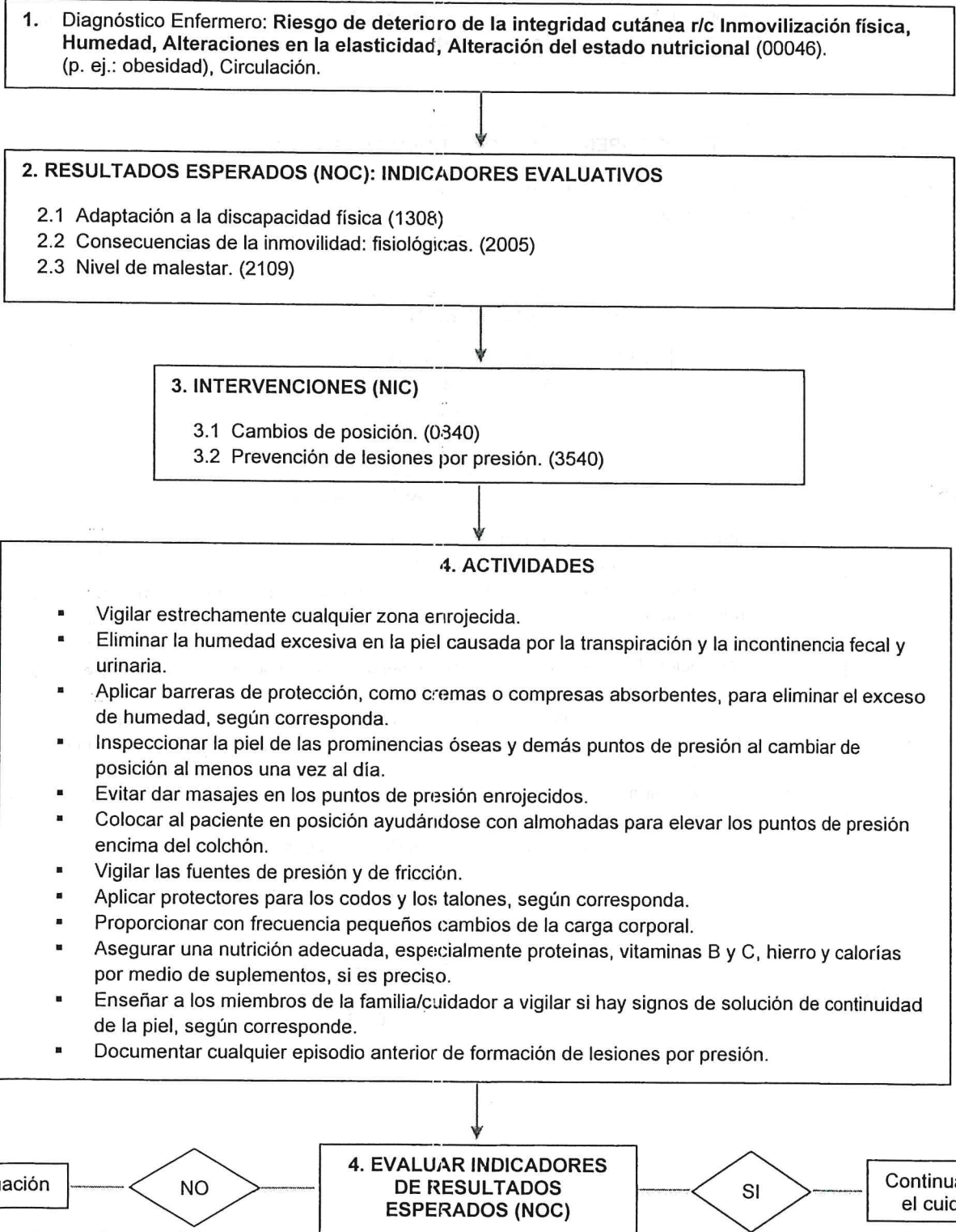
P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 21 de 29

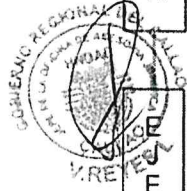
FLUJOGRAMA N° 5



P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N




GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
 CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original
17 NOV 2023
Wilfredo Fredy Ochoa Salas
FEDATARIO



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023

ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

Edición N.º 001

Página 22 de 29

FLUJOGRAMA Nº 6

1. Diagnóstico Enfermería: Riesgo de infección R/C destrucción tisular, procedimientos invasivos (vías venosas periféricas). (00004)

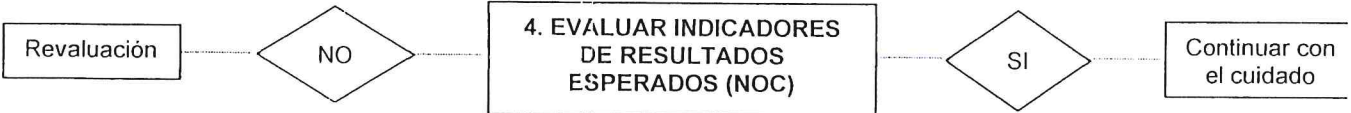
2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC): INDICADORES EVALUATIVOS
2.1 Detección del Riesgo. (1908)
2.2 Control del riesgo. (1902)

3. INTERVENCIONES (NIC)
3.1 Identificación de riesgo (06610)
3.2 Protección contra las infecciones. (6550)


4. ACTIVIDADES
- Monitorización de las características de la úlcera (tamaño, profundidad, localización, tejido, datos de infección, exudados y bordes).
 - Dar cumplimiento preciso a la prescripción médica en la administración de antibióticos y otros medicamentos.
 - Lubricación de la piel periulceral mínimo una vez por turno.
 - Colocación de apósitos indicados para mejorar el proceso de cicatrización y
o disminuir el riesgo de infección.
 - Cambiar el apósito cuando se encuentre saturado en un 75% de su capacidad.
 - Movilización continua por lo menos cada dos horas y proporcionar masaje suave en las zonas de riesgo.
 - Implementar medidas de protección en zonas cutáneas de presión como, talones, codos, coxis y otras.
 - Solicitar el apoyo del familiar para la movilización constante y cambios de posición.

P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N



Gobierno Regional del Callao
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
CERTIFICO que el presente es copia fiel del original
17 NOV 2023
Wilfredo Freddy Dehon Salas
FEDATARIO

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 23 de 29

FLUJOGRAMA N° 7

1. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y validez de mucosas (00002)

2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC): INDICADORES EVALUATIVOS

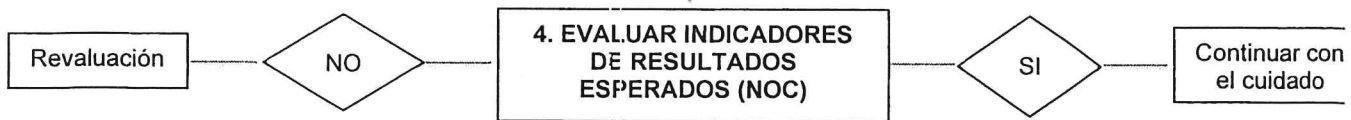
2.1 Estado nutricional: ingestión de nutrientes. (1009)
 2.2 Conocimiento: dieta saludable. (1854)
 2.3 Apetito (1014)

3. INTERVENCIONES (NIC)

3.1 Alimentación (1050)
 3.2 Asesoramiento nutricional (5246)
 3.3 Terapia nutricional. (1120)

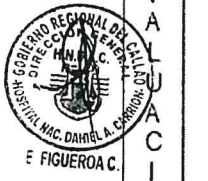
4. ACTIVIDADES

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.
- Disponer una derivación/consulta a otros miembros del equipo asistencial, según corresponda.
- Completar una valoración nutricional.
- Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.
- Determinar, en colaboración con el dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer con suplementos nutricionales.
- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la dieta prescrita.
- Remitir al paciente para recibir educación y planificación de la dieta, si es necesario.
- Dar al paciente y a la familia ejemplos escritos de la dieta prescrita.
- Crear un ambiente placentero durante la comida.
- Facilitar a higiene bucal después de las comidas.
- Evitar distraer al paciente durante la deglución.




P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N




 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original
17 NOV 2023
 Wilfredo Freddy Ochoa Salas
 FEDATARIO

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 24 de 29

VII. ANEXOS

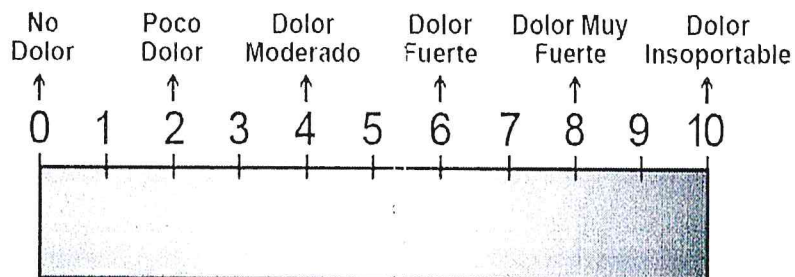
ANEXO N° 1

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

1. Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
2. Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
3. Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.



Escala Visual Analógica - EVA



ANEXO Nº 2

PREVENCION DE RIESGO DE CAIDA

Downton

Escala de valoración del riesgo de caída
@Creative_Nurse


Puntuación de la Escala Original

CAÍDAS PREVIAS

SI 1	NO 0
----------------	----------------

MEDICAMENTOS

0	NINGUNO
1	TRANQUILIZANTES/SEDANTES
1	DIURÉTICOS
1	HIPOTENSORES (NO DIURÉTICOS)
1	ANTIPARKINSONIANOS
1	ANTIDEPRESIVOS
0	OTROS MEDICAMENTOS



DÉFICITS SENSORIALES


0	NINGUNO
1	ALTERACIONES VISUALES
1	ALTERACIONES AUDITIVAS
1	EXTREMIDADES (AMPUTACIÓN, ICTUS...)

ESTADO MENTAL


0	ORIENTADO
1	CONFUSO

DEAMBULACIÓN

0	NORMAL
0	SEGURA CON AYUDA
1	INSEGURA CON/SIN AYUDA
0	IMPOSIBLE



RIESGO ALTO DE CAÍDAS




[@Creative_Nurse](#)
[@creative](#)
[@medicacioncreativa](#)
[@litaenlaesquina](#)



El presente documento es una copia impresa de un documento digital. No se garantiza la exactitud de la información contenida en este documento. Para más información, consulte el documento original.


Gobierno Regional del Callao
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
 CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original.
17 NOV 2023
Wilfredo Ffedy Osiba Salas
FEDATARIO

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 26 de 29

ANEXO N° 3

PREVENCIÓN DE RIESGO DE LPP

A. CUIDADOS DE LA PIEL


- Higiene diaria de la piel con agua tibia, jabón neutro.
- Secado meticuloso y sin fricción, haciendo especial hincapié en las zonas de pliegues.
- Hidratación de la piel procurando su completa absorción con sustancias como: glicerina, lanolina, aceites minerales
- No usar alcoholes ni colonias.
- Observar la integridad de la piel (especialmente en las prominencias óseas) durante cada sesión de higiene o cambio postural.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
- Si el paciente presenta incontinencia se extremará cuidado de la piel perineal

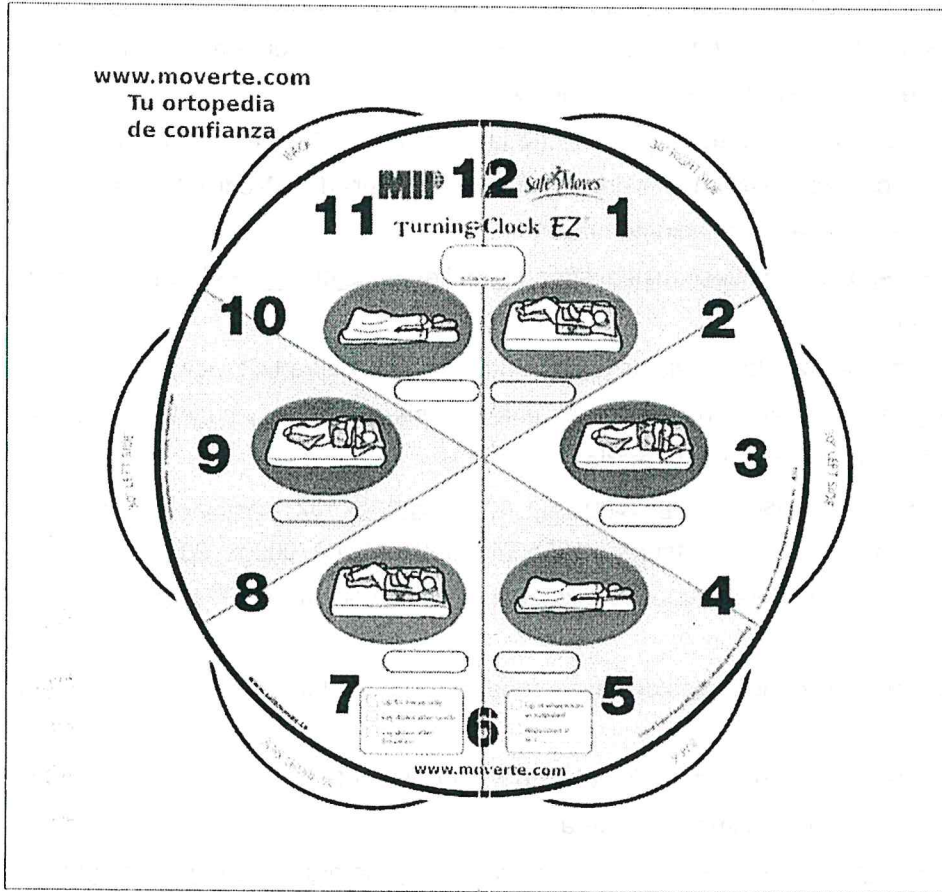
B. MOVILIZACIONES

Cambios Posturales:

- Se realizarán cada 2-4 horas en función del riesgo de padecer úlceras por presión. Seguirán un orden rotatorio.
- En períodos de sedestación, movilizar cada hora. Si puede hacerlo de forma autónoma, instruirlo para que lo haga cada 15 minutos.
- No arrastrar al paciente.
- Mantener la alineación corporal, distribución de peso, equilibrio y estabilidad.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí
- Evitar colocar al paciente sobre el trocánter femoral directamente.
- Si es necesario elevar la cabeza de la cama, hacerlo durante un período de tiempo mínimo y si es posible no pasar de 30°, ya que se ha demostrado una relación directa entre mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de LPP.
- No usar flotadores ni rosquillas en sacro, ni occipital.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Vigilar sondas, mascarillas y gafas nasales, drenajes, vías centrales y vendajes evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir LPP iatrogénicas.
- Usar dispositivos que amortigüen las zonas de presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, con especial atención en talones y rodillas.




	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 27 de 29



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
CERTIFICADO que el presente es copia fiel del original

17 NOV 2023


Wilfredo Freddy Ochoa Salas
FEDATARIO

	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 28 de 29

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

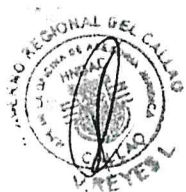
1. Semiología de la cadera:
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_ii/semiologia_cmr.htm
2. Palomino L, Ramirez R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú Acta médica peruana 2016.
3. Factores determinantes en el deterioro de la Función y la Calidad de vida del anciano afecto de fractura de cadera, Tesis universidad e Barcelona, Facultad de Medicina, Dpto de Cirugia.
4. Fractura de Cadera en el paciente mayor,
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/4625/%5B1%5D%20JaraPerezL.pdf?sequence=1>
5. Fractura de Cadera. <http://revistas.uach.cl/index.php/cuadcir/article/view/2513>.
6. <https://elgeaditraumatologia.com/que-es-una-protesis-de-cadera-y-cuantos-tipos-existen/>
7. La gestión del cuidado de enfermería,
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
8. https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/4538/2/0613062_00000_0000.pdf
9. Articulación de la cadera, https://es.wikipedia.org/wiki/Articulaci%C3%B3n_de_la_cadera.
10. Diagnostico,
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-condilions/hip-fracture/diagnosis-treatment/drc-20373472>.
11. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/grr/IMSS-115-08.pdf>
12. Plan de cuidados de fractura de cadera,
<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/908/922>
13. <https://qa.tumedico.com/enfermedad/8877/traumatismo-de-nervios-a-nivel-de-la-cadera-y-del-muslo/>
14. Tratamiento de fracturas,
<https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-03%20Tratamiento%20de%20Fracturas.pdf>
15. Cuidados de enfermería en pacientes con fractura de cadera por caídas,
http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6090/TA_2ESP_SOTO_FCS_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. <https://www.quironsalud.es/blogs/es/lesiones-cuidamos/saber-fractura-cadera>
17. Protocolo fractura de cadera, <https://cuellarcot.com/wp-content/uploads/2022/01/protocolofractura-cadera.pdf>
18. Revista de la Facultad de Medicina Humana,
<https://inicib.urp.edu.pe/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=rfmh>
19. Complicaciones de las fracturas, <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-03-20-04%20Complicaciones%20de%20las%20Fracturas.pdf>.
20. Guía de intervención de enfermería, en pacientes con fractura de cadera.



	GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA	GIE-001-HNDAC-SEHCGEQ-ST-2023
	ATENCIÓN A PACIENTES POST OPERADOS DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Edición N.º 001
		Página 29 de 29

<https://www.gob.pe/institucion/hospitalcayetanc/normas-legales/2288978-035-2021-hch-dg>

21. Cuidados de enfermería en paciente post operado de fractura de cadera,
<http://168.121.45.184/handle/20.500.11818/2090>.
22. Manual de prevención de caídas,
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>
23. Protocolo y pautas de actuación: Directrices para el tratamiento de las úlceras por presión. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). [Internet]. [Fecha de consulta 31/05/05]. Disponible en: <http://www.epuap.org/>. (*)
24. Página web de José Raúl Dueñas Fuentes. Cuidados de enfermería de las úlceras por presión. Disponible en: http://www.tera.es/personal/duenas/home_.htm. Última revisión enero 2001.
25. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier, 2015.
26. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 2015-2017. Madrid: Elsevier, 2015.
27. Clasificación de intervenciones (NIC) 2015-2017. Madrid: Elsevier, 201



100

100