

# PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA PARA ARTROPLASTIA DE RODILLA

Salmerón Ibarra Francisco, Martínez Mingot Isabel María, Ramos Quirantes Francisca  
Unidad de Traumatología. Hospital Torrecárdenas. Almería

**OBJETIVO:** Información sobre el procedimiento de actuación en artroscopia de rodilla para personal sanitario de nueva incorporación en nuestra unidad y personal de distintas unidades médicas que acogen al paciente de forma ectópica.

PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE RODILLA.						
APELLIDOS Y NOMBRE:		EDAD:	CAMA:			
<b>CUIDADOS QUE FACILITAN EL INGRESO, ESTANCIA Y ALTA</b>						
	1 Reforzar la información proporcionada.		X			
ENSEÑANZA PREQUIRURGICA	2 Informar sobre la duración aproximada de la intervención.		X			
	3 describir las rutinas preoperatorias: Dieta Absoluta, preparación intestinal y terapia IV.		X			
CUIDADOS AL INGRESO	1 Presentarse al paciente y familia.		X	X	X	
	2 Orientar al paciente y familia en la unidad.		X	X	X	
	3 Realizar valoración biopsicosocial.		X	X	X	
	4 Establecer diagnóstico plan de cuidados.		X	X	X	
	5 Planificar informe de cuidados al alta.		X	X	X	
PREPARACION QUIRURGICA	1 Confirmar la información recibida por el Paciente y familia.		X			
	2 Retirar alhajas, prótesis, postizos, etc.		X			
	3 Activar procedimiento de guarda y custodia		X			
	De valores si es necesario.		X			
	4 Administración de prescripciones médicas.		X	X	X	
PLANIFICACION DEL ALTA	1 Ayudar pac/familia a planificar el alta.		X	X	X	
	2 Desarrollo y evaluación del plan de cuidados.		X	X	X	
	3 ICC y comunicación entre niveles de Atención Z. fax.		X			
<b>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA</b>						
FECHA INICIO FIRMA	FECHA INICIO ACCION	ACCIONES PLANIFICADAS	M	T	N	FECHA CESE FIRMA
		<b>00148 TEMOR.</b> Factores de riesgo: Hospitalización/ Procedimientos hospitalarios Resultado esperado: 1404 Control del miedo Escala inicio: 1-2-3-4-5 Escala alta: 1-2-3-4-5				
		<b>5820: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</b> 1 Explicar todos os procedimientos. 2 Enseñar respiraciones profundas 3 Animar la manifestación de sentimientos, Preocupaciones y miedos	X	X	X	

FECHA INICIO FIRMA	FECHA INICIO ACCION	M	T	N	FECHA CESE FIRMA
	<b>0088 DETERIORO DE LA DEAMBULACION.</b> Factores de riesgo: Pérdida de la integridad de la Estructura Ósea. Resultado esperada: 020004 Camina a paso moderado. Escala inicio 1-2-3-4-5 Escala alta 1-2-3-4-5				
	<b>0221 TERAPIA DE EJERCICIOS: DEAMBULACION.</b> 1 Enseñar al paciente a realizar la actividad /ejercicio prescrito. 2 proporcionar información sobre mecanismos De apoyo disponibles. 3 Incluir familia si resulta apropiado.	X	X		
	<b>5602ENSEÑANZA PROCESO ENFER.</b> <b>5612ENSEÑANZA ACTIV/EJERCICIO F.</b> <b>5616 ENSEÑANZA MEDICAMENTOS P.</b> <b>5614 ENSEÑANZA PRESCRITA</b> Factores de riesgo: Falta de exposición. Resultado esperado: 1813 Conocimiento régimen Terapéutico Recomendable. Escala inicio:1-2-3-4-5 Escala alta: 1-2-3-4-5				
	1 Informar sobre la enfermedad y medidas para Controlar y minimizar los síntomas 2 Informar sobre la actividad física 3 Informar sobre la medicación prescrita, dosis Via y frecuencia. 4 Informar sobre el propósito de la dieta Que alimentos son recomendables y cuales no		X	X	
<b>CUIDADOS QUE APOYAN LA DETECCIÓN DE COMPLICACIONES.</b>					
	<b>VIGILANCIA DE COMPLICACIONES POTENCIALES:</b> Infección, hemorragia, Tromboembolismo y dolor				
	1 Temperatura.	X	X		
	2 F.C. y T. A.	X	X		
	3 Estado de la piel color y temperatura.	X	X	X	
	<b>MANTENIMIENTO ACCESO VENOSO</b>				
	Procedimientos en uso	X	X	X	
	<b>CUIDADOS DE LA HERIDA</b>				
	Procedimiento en uso	X			
	Cambios de apósitos y cura con povidona Yodada cada 48 horas.	X			

**Día 0:** Recepción del paciente, comprobamos identidad, cirugía programada. Valoración de enfermería, abrimos plan de cuidados. Explicamos circuito quirúrgico, ayunas y retirada de objetos personales y prótesis si los tuviera. Canalizamos vía venosa periférica, comprobamos la realización de tipaje y escrutinio.

**Día 1:** Aseo del paciente, rasurado si procede, colocación sonda vesical y administración premedicación anestésica previo paso al quirófano.

**Día 2:** Recepción del paciente del área de reanimación. Comprobamos nivel de consciencia, herida quirúrgica, drenaje, accesos venosos, permeabilidad sonda vesical y nivel de dolor. Iniciamos tolerancia y dieta progresiva. Administramos medicación pautada por facultativo. Comprobamos que se haya realizada radiografía de control.

**Día 3:** Sacamos hemograma de control para comprobar niveles de Hb y Htc. Se realiza la primera cura. Retiramos sonda vesical y drenaje, levantamos al sillón previa visualización de radiografía de control por traumatólogo. Se cursa Hoja de consulta a rehabilitación y receta para proporcionar andador.

**Día 3-4:** Visitar por médico rehabilitador y fisioterapeuta.

**Día 4-5:** Alta médica, se le proporciona informe de alta de enfermería en función de los diagnósticos detectados y cuidados de enfermería recomendados. Curas cada 48/72 horas. Retirada de puntos entre 10-14 días o según indicación médica.



## BIBLIOGRAFIA:

Nanda. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008 España: Elsevier; 2007  
Howard K Butcher, Gloria M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) España: Elsevier; 2009  
Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) España: Elsevier; 2009