



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Martínez Jiménez, María del Rosario; Arroyo Rodríguez, Almudena. Necesidades de las personas cuidadoras de un paciente intervenido de artroplastia de cadera. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0878.php>

CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA “SAN JUAN DE DIOS”

Universidad de Sevilla

**DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA Y
REANIMACIÓN**

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

CURSO 2013-2014

**NECESIDADES DE LAS PERSONAS CUIDADORAS DE UN PACIENTE
INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA.**

**CAREGIVERS NEEDS OF PEOPLE INVOLVED IN A PATIENT OF HIP
ARTHROPLASTY.**

MARÍA DEL ROSARIO MARTÍNEZ JIMÉNEZ

Bormujos, Diciembre 2014

INFORME DEL TUTOR

Dña. Almudena Arroyo Rodríguez, profesora del Departamento del Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios".

Acredita que:

El Trabajo Fin de Estudios titulado: "Necesidades de las personas cuidadoras de un paciente intervenido de artroplastia de cadera".

Realizado por Dña. María del Rosario Martínez Jiménez. Reúne las condiciones exigibles para su presentación y defensa públicas.

Sevilla, a 11 de Diciembre de 2014.

La Tutora,

Fdo: Dña. Almudena Arroyo Rodríguez.

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres, los grandes partícipes de mi historia, por darme la vida y la gran oportunidad de conocer el mundo, sin ellos nada en mí sería igual.

A mi hermana, a mi pareja y a mi familia. Ellos siempre saben entenderme y apoyarme en las decisiones que tomo.

A mis compañeros de clase. He tenido la gran oportunidad de formar parte de la "I Edición del Diploma Especialista en Enfermería Quirúrgica y Reanimación" y conocer a personas y profesionales que tengo en gran estima. Ellos siempre serán los protagonistas de este capítulo de mi vida.

A mi tutora, Almudena Arroyo Rodríguez. Nunca habrá suficientes palabras para agradecer todo lo que me has aportado y me estas aportando día tras día. Gracias por confiar en mí y abrirme las puertas de la Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" para formar parte de vuestra gran familia, por todo ello a día de hoy soy inmensamente feliz profesionalmente.

ÍNDICE:

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES (Abstract and Keys words).

I. INTRODUCCIÓN.

II. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

2.1. Antecedentes y lagunas de conocimiento.

2.1.1. Artroplastia de cadera.

2.1.1.1. Conceptos.

2.1.1.2. Destinatarios y expectativas del proceso asistencial.

2.1.2. La familia y el entorno.

2.1.3. Diagnósticos enfermeros más relevantes.

2.2. Marco teórico.

2.3. Justificación.

III. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo general.

3.2. Objetivos específicos.

IV. METODOLOGÍA.

4.1. Diseño del estudio.

4.2. Sujetos de estudio.

4.2.1. Participantes del estudio.

4.2.2. Lugar.

4.2.3. Tamaño previsto de la muestra.

4.3. Fuentes de información.

4.4. Técnicas de información.

4.5. Fases del estudio.

4.5.1. Procedimiento de actuación con cada participante.

4.5.2. Procedimiento de recogida de datos.

4.6. Categorías.

4.7. Análisis de datos.

4.8. Aspectos éticos.

4.9. Limitaciones y perspectivas del estudio.

V. BIBLIOGRAFÍA.

VI. ANEXOS.

- I. Profesionales. Actividades. Características de calidad.**
- II. Descripción general del proceso sanitario de una artroplastia total de cadera.**
- III. Funciones sanitarias del Proceso Asistencial Integrado de la Artroplastia de Cadera.**
- IV. Diagnósticos Enfermeros más comunes en el plan de cuidados de artroplastia de cadera.**
- V. Guión de la entrevista.**
- VI. Solicitud del trabajo de investigación.**
- VII. Consentimiento informado.**

RESUMEN:

España es un país que contempla la sanidad como un principio y necesidad básica de todos sus ciudadanos, ofreciéndoles cobertura asistencial. Dentro del área hospitalaria el bloque quirúrgico ofrece un alto porcentaje de asistencias diarias y resultados muy favorables de acorde con los desarrollos tecnológicos y avances científicos. Estudios de investigación muestran que el sistema sanitario sólo dispensa un 12% del tiempo de cuidado que consume un enfermo y el 88% de tiempo restante se incluye en el trabajo doméstico. En el abordaje de un paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica y que va a ver modificado considerablemente su planificación de la vida diaria, se necesita un modelo que contemple la individualidad del ser humano. El modelo de actividades de la vida que constituye la base del modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney busca captar de forma simple, no obstante relevante, las características primordiales del complejo fenómeno de vivir. En el presente estudio se van a identificar el apoyo familiar que recibe un paciente que va a ser sometido a una artroplastia de cadera programada en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. La investigación será de tipo cualitativo, estableciendo un método de recogida de datos, a través de la entrevista a 12 cuidadores (6 varones y 6 mujeres). Las entrevistas tendrán lugar en cuatro sesiones, estarán establecidas en cuatro tiempos distintos del proceso quirúrgico.

PALABRAS CLAVE:

Artroplastia, cadera, cuidador familiar, proceso quirúrgico.

ABSTRACT:

Spain is a country that considers health as a principle and basic need of all its citizens, offering health care coverage. Within the hospital area Perioperative offers a high percentage of daily attendance and very favorable results in line with technological developments and scientific advances. Research shows that the health system dispenses only 12% of the time consumed by a patient care and 88% of remaining time is included in domestic work. In the approach to a patient who will undergo surgery and will see considerably modified its planning of daily life, a model that considers the individuality of man is needed. The business model of life that is the basis of nursing model Roper-Logan-Tierney seeks to capture in a simple, yet relevant, the key features of the complex phenomenon of life. In the present study are to identify the family support received by a patient to undergo hip replacement scheduled in the San Juan de Dios Hospital Aljarafe. The research will be qualitative, establishing a method of data collection through interview 12 patients (6 men and 6 women). interviews will take place in four sessions, sessions that will be established in four different times of the surgical process.

KEYS WORD:

Arthroplasty, hip, family caregiver, surgical process.

I. INTRODUCCIÓN

España es un país que contempla la sanidad como un principio y necesidad básica de todos sus ciudadanos, ofreciéndoles cobertura asistencial. Dentro del área hospitalaria el bloque quirúrgico ofrece un alto porcentaje de asistencias diarias y resultados muy favorables de acorde con los desarrollos tecnológicos y avances científicos.

Las patologías relacionadas con la cadera en pacientes mayores de 65 años llevan a que la artroplastia de cadera sea una de las principales medidas terapéuticas elegidas por los cirujanos en ortopedia y traumatología para restablecer la funcionalidad y la independencia en las actividades básicas de la vida diaria. Gracias a los ya mencionado avances, esta intervención ha disminuido los índices de morbimortalidad y el tiempo de recuperación.

Los modelos de cuidados enfermeros interrelacionan al ser humano como un ser bio-psico-social, y como bien dice este último término, “social”, la sociedad es la encargada de acompañar al paciente en un proceso asistencial de salud. Concretamente, los responsables de cubrir los cuidados que hacen dependiente al paciente durante el proceso, son enfermería y la familia.

Enfermería supe, informa, orienta, colabora entre muchas más funciones a destacar desde que el paciente ingresa para ser intervenido, pero... Ante una intervención que va a requerir cuidados tan específicos y prolongados después del alta hospitalaria ¿Quién informa a la familia y al entorno para que estén preparados?

Surge de este modo la necesidad de orientar el estudio a la familia, desde el ámbito enfermero, ya que es el personal sanitario titulado que acompaña al paciente las 24 horas al día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. En algunos hospitales españoles se ha iniciado una visita prequirúrgica de enfermería, orientada a informar al paciente de los cuidados que va a requerir durante y después de ser intervenido. Sería muy interesante poder introducir en esta visita a los cuidadores principales de los pacientes mayores de 65 años que se van a someter a una artroplastia de cadera. Cuidadores que necesitamos conocer para prepararlos e instruirlos, e incluso detectar que pueden necesitar.

Conocer el perfil de las personas cuidadoras de pacientes intervenidos de artroplastia de cadera así como sus necesidades y preocupaciones nos pueden ofrecer resultados muy interesantes para saber hacia qué campo de cuidados debemos ir orientándonos, porque una edad avanzada o una patología grave en estos cuidadores les puede llevar a ser próximos pacientes si no los instruimos, atendemos y acompañamos durante el proceso.

II. ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1. Antecedentes y lagunas de conocimiento.

2.1.1. Situación y evolución Histórica.

La artroplastia de cadera es una intervención que consiste en la sustitución parcial o total de la articulación de la cadera, mediante la implantación de una prótesis. En la bibliografía consultada se data la primera artroplastia realizada en 1826 por Jhon Rhea Barton. Hasta la actualidad esta técnica quirúrgica ha sufrido numerosas transformaciones (Fernández, 1999).

En 1840 J. M. Carnochan tuvo la idea de interponer un material entre las superficies articulares, utilizándose fascia, músculo y piel. Aunque en 1890 un cirujano alemán sugirió la posibilidad de utilizar marfil como material para las artroplastias, siendo la primera ocasión en que se menciona la posibilidad de fijar los implantes con cemento. Sin embargo, no fue hasta 1937 que M. N. Smith-Petersen introdujo el primer molde de cristal (mezcla de cromo y cobalto) (Fernández, 1999).

En 1940 se utilizó la primera prótesis metálica, llegando al metilmetacrilato en 1948 y al politetrafluoroetileno (teflón) en 1958. En este momento surgió otro reto, el diseño, intentando llegar a aquel que incluya un acetábulo fijo combinado con una cabeza femoral que reduzca la fricción y distribuya las fuerzas (Fernández, 1999).

En las dos últimas décadas, una de las innovaciones fue la prótesis no cementada, al conseguir la fijación mediante el propio crecimiento óseo (Fernández, 1999).

En este momento la artroplastia de cadera es uno de los procedimientos más comúnmente usados, en Estados Unidos se realizan anualmente más de 120.000 sustituciones totales de esta articulación, 40.000 en Gran Bretaña, 10.000 en Suiza y 14.036 en España (Fernández, 1999).

En estudios sociodemográficos internacionales realizados sobre la Prótesis Parcial de Cadera (en adelante PPC) y Prótesis Total de Cadera (en adelante PTC) se detecta que la población más afectada con estas intervenciones es de sexo femenino, con un rango de edad de 60 a 65 años, con una escolaridad predominante de Enseñanza Básica y Media Incompleta, de procedencia Urbana. Con una estructura familiar constituida por ambos padres, solos o con sus hijos, cuyo componente principal en quien encuentran el mayor apoyo es en primer lugar el Hijo/a. Además poseen una red social pequeña, constituida principalmente por el grupo familiar y poseen una Alta Funcionalidad Familiar, lo que demuestra que poseen una buena red de apoyo, con la que se sienten satisfechos en todas sus necesidades (Catalán & Cisterna, 2007).

Estudios Españoles realizados por el Ministerio de Sanidad exponen que la fractura de cadera es una de las lesiones más frecuentes en pacientes

mayores de 65 años (con una incidencia de 9 de cada 10 pacientes) y presentan múltiples problemas médicos y sociales. Son factores pronósticos de mortalidad en el primer año: la edad, el sexo masculino, la puntuación ASA (Sistema de clasificación del estado físico para evaluar la aptitud de los pacientes antes de la cirugía) y menor puntuación en las escalas de valoración MiniMental (instrumento para la evaluación del deterioro en ancianos o en otras personas que puedan presentar un deterioro cognitivo) e Índice de Barthel (Es un instrumento para detectar las diez actividades básicas de la vida diaria) (Aguilar et al., 2014).

El Proceso Asistencial Integrado (en adelante PAI) de artroplastia de cadera de la Junta de Andalucía describe en veinte y nueve pasos la valoración de patología de cadera con indicación de artroplastia total. Iniciando el encabezamiento de la asistencia sanitaria con una detección de la patología (por el médico de familia u otro especialista) y finalizando el proceso con el plan de seguimiento llevado a cabo por el rehabilitador o por el cirujano en Ortopedia y Traumatología, del cual recibe el alta. Véase en el Anexo I (Guerado et al., 2003).

En la descripción general del proceso sanitario de una artroplastia total de cadera, en el documento oficial sanitario descrito anteriormente, reúnen los integrantes principales del proceso asistencial, siendo el paciente el centro de todas esas relaciones. Cirugía Ortopédica y traumatología, reumatología, rehabilitación, anestesia y otras especialidades médicas si es preciso, trabajo social y enfermería, son los profesionales implicados en este proceso y además del paciente también se contempla a un elemento informal clave como es “La familia” (Guerado et al., 2003).

El familiar está presente en numerosos pasos como son:

- Paso 2º: Valoración y actuación en torno al riesgo social. Donde el trabajador social recoge el entorno del paciente y las redes sociales.
- Paso 10º: Valoración enfermera. Si esta se realiza siguiendo el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se contempla el entorno como hábito donde se encuentra la familia.
- Paso 11º: Valoración social. Redes sociales y estatus de vida, entre otros.
- Paso 19º: Información a familiares. Es de destacar que hasta este paso no se destaca la importancia de la familia en el proceso de cuidados. Porque en apartados anteriores se le mencionaba pero no se le daba la importancia que tiene. Esta información a familiares se realiza en el proceso postoperatorio inmediato a la intervención, donde el/la médico/a informa del estado de salud.

- Paso 24º: Alta hospitalaria. En el alta hospitalaria la familia asume en primera persona los cuidados del paciente y será ella la encargada de la suplencia de las necesidades debilitadas por el proceso quirúrgico.
- Paso 27º: Valoración global enfermera. Tras el alta médico, la enfermera emite por escrito un informe y lo explica verbalmente, donde detalla los cuidados a llevar a cabo.
- Paso 28º: Valoración social y familiar. El trabajador social se encarga de facilitar la adaptación al retorno del paciente a su vida cotidiana, solventando los problemas detectados. Véase en el Anexo II (Guerado et al., 2003).

Desde la perspectiva enfermera es muy importante en artroplastias de cadera describir la valoración global de la persona, la familia y el entorno, porque los pacientes con edad avanzada son sometidos a un duro proceso de rehabilitación y todos influyen positivamente en la recuperación del estado de salud (Guerado et al., 2003).

En la actualidad el papel de la familia cobra valor y muchos estudios enfermeros destacan las actividades llevadas a cabo por ellos. Con respecto a la intervención de artroplastia de cadera no son muchos los estudios que destaque la función llevada a cabo por la familia y por ello surge la necesidad de profundizar en este tema (Dochterman et al., 2006).

2.1.2. Artroplastia de cadera.

2.1.2.1. Conceptos.

Se define esta intervención como el conjunto de actividades por las que, tras el diagnóstico de patología de cadera tributaria de tratamiento mediante artroplastia, se efectúa la evaluación del paciente y se planifica el tratamiento, se interviene y se llevan a cabo las actividades de rehabilitación con el objetivo de conseguir la máxima recuperación funcional, social y laboral posible. Se entiende como patologías tributarias de tratamiento mediante artroplastia de cadera a:

- Fracturas de cadera en pacientes biológicamente ancianos.
- Tumor primario o metastásico susceptible de tratamiento mediante artroplastia.
- Prótesis de revisión.
- Paciente pluripatológico inestable.
- Artroplastia en edad infantil y juvenil.

La finalidad de la intervención es la incorporación del paciente a su entorno con la máxima recuperación funcional, social y laboral posible (Guerado et al., 2003).

La indicación del tratamiento quirúrgico debe basarse en las características del paciente, de su enfermedad y en la existencia de otras alternativas terapéuticas. El equipo recomienda que las indicaciones precisas basadas en estas tres variables deban discutirse conjuntamente con las sociedades científicas (Guerado et al., 2003).

El paciente: Según su edad, es valorable el tipo de implante. Existe evidencia científica de utilizar implantes cementados en ancianos. La situación funcional se valora mediante cuestionarios o escalas objetivos, como por ejemplo: la escala de Harris, el cuestionario Womac, la calidad de vida mediante el SF-36. La situación social, puesto que es muy importante tener una red de apoyo familiar para la recuperación del estado de bienestar, e imperativos profesionales (solución de problemas sociales antes de la cirugía) (Guerado et al., 2003).

Características de la enfermedad: La patología de cadera puede tener lugar por necrosis de la cabeza femoral, coxartrosis primaria (dolor, incapacidad funcional, calidad de vida) o coxartrosis secundaria, artrodesis y anquilosis.

Los estadios de la coxartrosis secundaria son: displasia acetabular, protrusión acetabular, coxartrosis tuberculosa, enfermedad de Paget, coxopatía reumática (Lupus, artritis reumatoide juvenil) y pacientes con osteotomías previas de cadera (Guerado et al., 2003 ; Cetti, 2007).

La principal indicación para la artroplastia de cadera es dolor intenso, crónico, que no cede con tratamiento conservador y que suele ir acompañado de fracaso funcional de la articulación. Las causas principales para este tratamiento en la actualidad son la artrosis, las necrosis avasculares de cabeza de fémur, las displasias de cadera y complicaciones de fracturas de cuello fémur, entre otras a destacar que se pueden observar en la tabla I (Bustos López et al., 2012).

Tabla I: Patologías de indicación de tratamiento con artroplastia de cadera

Artritis	Reumatoidea	
	Reumatoidea juvenil	
	Espondilartritis anquilosante	
Enfermedad articular degenerativa	Primaria	
	Secundaria	Epifisiolisis
		Luxación /displasia congénita
		Coxa plana (enfermedad de Perthes)
		Enfermedad de Paget
		Luxación traumática
		Fractura acetabular
		Hemofilia
		Otras patologías traumáticas o locales
Necrosis avascular	Postfractura o luxación	
	Idiopática	
	Epifisiolisis	
	Hemoglobinopatías	
	Enfermedad renal	
	Inducida por corticoides	
	Alcoholismo	
	Enfermedad de Caisson	
	Lupus	
	Enfermedad de Gaucher	
	Artritis u osteomielitis crónica (indicación discutible)	Bacteriana
Hematógena		
Post-operatoria		
Otras cirugías de reconstrucción fracasadas	Osteotomías	
	Girdlestone	
	Artroplastia de interposición	
Tumores óseos		
Enfermedades displásicas hereditarias (p.ej. acondroplasia)		

Fuente: Elaboración propia a partir de Bustos López et al.; 2012.

Alternativas terapéuticas a la artroplastia de cadera pueden ser:

- Tratamiento conservador.
- Osteotomías: Actualmente se obtienen resultados satisfactorios en pacientes jóvenes.
- Artrodesis: Porcentaje alto de satisfacción en pacientes entre 15-30 años.
- Artroplastias: parcial monopolar cementada (coxartrosis con expectativa de vida muy baja), parcial bipolar cementada, total cementada, total híbrida (cotilo no cementado) o total no cementada (Guerado et al., 2003).

2.1.2.2. Destinatarios y expectativas del proceso asistencial.

Este proceso asistencial supone cumplir unas funciones sanitarias orientadas al paciente y también a la familia, para que la rehabilitación se lleve a cabo en condiciones óptimas. El paciente va a verse debilitado durante un periodo de tiempo que viene oscilando alrededor de 30 días, donde va a precisar la suplencia parcial o total en sus actividades básicas de la vida diaria. Suplencia que va a ir recuperando de manera progresiva, hasta encontrarse con mayor independencia que antes de haber sido sometido a la intervención (Guerado et al., 2003).

En el proceso asistencial de artroplastia de cadera se trabajan funciones sanitarias orientadas por un lado al paciente y por otro a la familia o cuidador principal. Una buena red social por parte del paciente va a influir muy positivamente en su estado de salud. Se trabajan funciones desde la perspectiva de la tangibilidad, accesibilidad, cortesía en el trato, comunicación, competencia, seguridad, capacidad de respuesta y fiabilidad. Para mayor detalle véase en el anexo III (Guerado et al., 2003).

2.1.2. La familia y el entorno.

Actualmente en nuestra sociedad, las tendencias demográficas evidencian un aumento del envejecimiento en la población. Así la población de 65 o más años representa en la actualidad un 17,5% de la población general a nivel nacional y en el caso de mayores de 74 años es de un 7,6%, fundamentalmente mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2012). Los factores asociados a este fenómeno son múltiples, entre los que destaca: el aumento de la esperanza de vida debido al desarrollo económico y social, la mejora en las condiciones de salud y las prestaciones sanitarias, la disminución de la mortalidad sobre todo en edades avanzadas, la inmigración de personas jubiladas, entre otras. En definitiva el hecho de que se viva más conlleva mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas e invalidantes; aumentando la invalidez, la discapacidad y la minusvalía (Bermejo & Martínez, 2004 ; Gallart et al., 2012).

En España, la familia es el principal sistema de bienestar, es la fuente fundamental de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentren en situación de fragilidad. Cuando se producen enfermedades crónicas, degenerativas e invalideces, el cuidado diario y la atención cotidiana está a cargo de la familia. **Algunos estudios sobre el tema muestran que el sistema sanitario sólo dispensa un 12% del tiempo de cuidado que consume un enfermo y el 88% de tiempo restante se incluye en el trabajo doméstico** (Durán, 2002).

Existe una interdependencia entre el sector formal de cuidados y el sector informal, para poder asumir los cuidados de las personas dependientes, que actualmente se encuentra en desequilibrio, debido a la escasez de servicios comunitarios provistos por el sector público. El cuidado familiar se basa en el tiempo y el trabajo de las mujeres, situación que puede cambiar en los próximos años, debido a la disminución del tamaño familiar, la incorporación de las mujeres al mundo laboral, niveles más altos de instrucción, el aumento de los divorcios, los nuevos matrimonios. En definitiva se está produciendo un cambio en los modelos familiares; que supondrá cambios o dificultades para asumir los cuidados de las personas dependientes en el núcleo familiar (Durán, 2002).

Las políticas sociales y sanitarias tendrán que tener en cuenta esta situación; en Europa se observan diversas tendencias que van desde sustituir la atención comunitaria por servicios informales, pasando por completar y apoyar los servicios informales, hasta quienes proveen a las personas ancianas los cuidados comunitarios necesarios sin complemento de los cuidados informales. En el contexto Español la atención comunitaria complementa y apoya los servicios de cuidados informales provistos desde las unidades familiares, en opinión de algunos autores de manera deficitaria. Los cuidadores constituyen una pieza clave en la tríada terapéutica "equipo de salud-paciente-cuidador primario". Se entiende como cuidador principal a la persona del hogar familiar que se encarga habitualmente de cuidar la salud de las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio (Silverstein & Parrot, 2001; Wright, 1983).

Diversos estudios muestran que los cuidadores principales, o el hecho de cuidar a una persona con enfermedad y/o discapacitada, supone cambios, que van desde cambios en sus vidas a nivel personal, familiar, laboral y social; hasta repercusiones negativas en su salud física y psicológica. Algunos autores hablan del "síndrome del cuidador", como de una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en un paciente y se produzca la claudicación familiar. Existe una gran variabilidad en el grado de estrés que experimentan los cuidadores y los efectos negativos para la salud se concentran en un 40% de los cuidadores que manifiestan un mayor agotamiento. Conocer a priori qué cuidadores se encuentran en mayor situación de riesgo posibilitaría establecer como de forma prioritaria intervenciones preventivas a los cuidadores más necesitados, el establecimiento de medidas de alivio o "cuidados de respiro" (Haug, Ford, Stange, Noelker, & Gaines, 1999).

Cuanto más tiempo los cuidadores gocen de buena salud, más tiempo podrán mantener su independencia, llevar una vida satisfactoria y proporcionar cuidado a sus seres queridos. Con respecto al impacto que tiene prestar cuidados a una persona dependiente, en los cuidadores principales se han descrito:

- Cambios en la vida familiar: los cuidadores manifiestan que se altera toda la vida familiar, conflictos familiares, afecta a las relaciones de pareja, alteración de las relaciones sexuales, aislamiento, pérdida de tiempo libre; problemas laborales como absentismo, problemas económicos por reducción de ingresos o aumento de gastos.
- Problemas físicos: Dolor articular (cervicalgias, dorsalgias, etc.), cefaleas, alteraciones del sueño, infecciones cutáneas, cansancio. Mayor consumo de fármacos entre los que se encuentra los analgésicos.
- Problemas psíquicos: ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de culpa por no poder atender correctamente al paciente. Se produce un mayor consumo de ansiolíticos y antidepresivos (Bermejo & Martínez, 2004).

Los cambios adaptativos que deben llevar a cabo los familiares de personas crónicas discapacitadas son muchos y de gran magnitud. A pesar de ello el cuidador suele solicitar menos atención sanitaria de la que cabría esperar. Es por esto, que diversos autores han intentado buscar los factores que pueden influir en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar y que supongan una alerta para detectar de manera preventiva la sobrecarga del cuidador. Entre estos factores se encuentran:

- Deterioro cognitivo y funcional de la persona cuidada.
- Duración de la enfermedad.
- Trastornos conductuales del paciente.
- Parentesco próximo.
- La tensión intrapsíquica y tensión en el desempeño del papel.
- Estrategias de afrontamiento utilizadas.
- Apoyo social y familiar.
- La motivación para cuidar: cumplir con un deber, obligación de hacerlo, por reciprocidad, por altruismo, por estima, sentimientos de culpa del pasado, por aprobación social. El mayor o menor peso de una u otra razón influyen en la calidad y cantidad y tipo de ayuda que se brinda (Bermejo & Martínez, 2004).

Las respuestas frente a estos sentimientos van desde el total compromiso de la persona cuidadora a un cierto desentendimiento en otros familiares. La mayoría de las familias que asumen el cuidado dentro del núcleo familiar, no han solicitado ayuda, porque entienden que los servicios disponibles son escasos, en otras ocasiones no saben expresar la ayuda que necesitan; en otros casos en los que se ha solicitado no ha sido posible cubrir la demanda. Se ha podido constatar el deseo de mantener en el hogar a la persona que necesita atención, pero las condiciones en las que se desarrolla la atención y la provisión de cuidados necesita ser reestructurada, de forma que el cuidador primario y su familia pueda contar con el apoyo, ayuda, preparación y formación que

proporcionen el soporte y apoyo afectivo y material necesarios (Bermejo & Martínez, 2004).

2.1.3. Diagnósticos enfermeros más relevantes.

La implementación de los diagnósticos de enfermería implica una mejor planificación de los cuidados y una mejora en la comunicación entre diferentes miembros del personal, y de éstos con el paciente (Luis Rodrigo et al., 1998).

Un plan de cuidados estandarizado, también mejora la organización clínica al conjuntar la teoría y la práctica enfermera resultando una enfermería basada en la evidencia. En el presente plan de cuidados, hemos tratado de responder a las preguntas de Quién, Cuándo y Dónde se debe de aplicar una determinada actividad para clarificar la responsabilidad exacta de cada miembro del equipo de la unidad de hospitalización y, por lo tanto, para aunar criterios en la atención integral al paciente, considerado éste como un ser bio-psico-social ya que, además de atender sus necesidades más puramente fisiológicas, se ha puesto especial énfasis en sus necesidades psicológicas (ansiedad, conocimientos deficientes, entre otros) y en la enseñanza postquirúrgica, tanto del paciente como del cuidador principal, para prevenir complicaciones domiciliarias (Bustos López et al., 2012; Deni & Napione, 2010).

Un proceso enfermero conlleva la elaboración de un plan de cuidados, los cuales irán orientados en función del diagnóstico enfermero detectado (Akamatsu, Fukushima, & Hamada, 1982). La bibliografía consultada destaca que los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera suelen presentar como más destacados los siguientes diagnósticos:

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con (en adelante r/c) cambios en la elasticidad de la piel; factores mecánicos; inmovilización física.
- Ansiedad r/c amenaza de cambio en el entorno; cambio en el entorno; amenaza de cambio en el estado de salud; cambio en el estado de salud manifestado por (en adelante m/p) dificultad para conciliar el sueño; nerviosismo; miedo de consecuencias inespecíficas.
- Deterioro de la movilidad física r/c malestar o dolor; disminución de la fuerza, control, o masa muscular; miedo a iniciar el movimiento m/p dificultad para realizar las actividades de autocuidado.
- Afrontamiento familiar comprometido r/c continuidad de los cuidados en su domicilio.
- Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente; problemas durante la defecación como falta de tiempo, posición inadecuada para defecar.
- Riesgo de caídas r/c dificultad en la marcha; disminución de la fuerza física en las extremidades inferiores; edad mayor o igual de 65 años;

prótesis en las extremidades inferiores (Zamora Sánchez, Martínez Luque, Puig Girbao, Lladó Blanch, & Quílez Castillo, 2009; Hakverdioglu, Erdemir, & Beder, 2004; Deni & Napione, 2010).

Es importante resaltar el diagnóstico de afrontamiento familiar comprometido relacionado con la continuidad de los cuidados en su domicilio y el proceso de recuperación que requiere la intervención. Véase en el anexo IV (Bulecheck, 2009; Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013; NANDA International, 2012),

2.2. Marco teórico.

Un trabajo de investigación enfermera, requiere un modelo de cuidados que sustente su práctica clínica. El Modelo de Virginia Henderson, con sus catorce necesidades básicas justificaba las actuaciones de enfermería en manifestaciones de dependencia, independencia y datos a considerar (Luis Rodrigo et al., 1998).

En el abordaje de un paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica y que va a ver modificado considerablemente su planificación de la vida diaria, se necesita un modelo que contemple la individualidad del ser humano.

El modelo de actividades de la vida que constituye la base del modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney busca captar de forma simple, no obstante relevante, las características primordiales del complejo fenómeno de vivir. Este modelo de enfermería es útil para su aplicación en cada etapa del proceso prequirúrgico, quirúrgico y postquirúrgico o de recuperación al que se ve sometido un paciente que va a ser intervenido de prótesis de cadera (Catalán & Cisterna, 2007; Deni & Napione, 2010).

El modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney identifica cinco componentes primordiales, o conceptos: las actividades de la vida (en adelante, AV) el periodo de vida, el continuo entre dependencia e independencia, los factores que influyen sobre las AV, y la individualidad para la vida.

Las AV está clasificadas, según las autoras, en doce componentes. Véase en la tabla II.

Tabla II : Actividades de vida según el Modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney.

1.	Mantener un ambiente seguro
2.	Comunicarse
3.	Respirar
4.	Comer y beber
5.	Eliminar
6.	Limpieza personal y vestido
7.	Control de la temperatura corporal
8.	Movilizarse
9.	Trabajar y jugar
10.	Expresar la sexualidad
11.	Dormir
12.	Morir

Fuente: Cutcliffe et al., 2011.

Los cuatro conceptos, periodo de vida, continuo entre dependencia e independencia, AV y factores que influyen sobre éstas, se interpretan en función de sus relaciones con las doce AV, la síntesis de estas interpretaciones establece el quinto concepto de la individualidad para la vida.

El periodo de vida es el continuo entre el nacimiento y la muerte. Roper et al. (2000), identifican cinco fases de la vida: infancia, niñez, adolescencia, edad adulta y tercera edad. En distintas fases del continuo existen grados diversos de dependencia e independencia para las AV. Igualmente, mientras los individuos se desplazan por su periodo de vida cada aspecto de su existencia recibe influencia de los factores que afectan las AV. Estos aspectos, de acuerdo con Roper et al. (2000), son biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos. A partir del modelo, la individualidad puede mirarse como un producto de la influencia que tiene sobre las AV todos los otros conceptos, y las complejas interacciones existentes entre ellos (Cutcliffe et al., 2011).

El modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney se construye sobre este esquema de vida y los conceptos son en gran medida los mismos. La única excepción radica en la individualidad para la vida, la cual se convierte en el ajuste individual del cuidado de enfermería para quien la practica. Véase las premisas en la tabla III.

Tabla III: Premisas del Modelo Roper-Logan-Tierney.

La vida puede describirse como una amalgama de AV.
La manera en la cual cada persona lleva a cabo sus AV contribuye a la individualidad de la existencia.
El individuo es valioso en todas las etapas de su periodo de vida.
Durante el periodo de vida que transcurre hasta la edad adulta, la mayor parte de los individuos tiende a volverse cada vez más independiente para sus AV.
Si bien la independencia para todas las actividades de la vida es valiosa, la dependencia no debe disminuir la dignidad del individuo.
El conocimiento que tiene un individuo sobre las AV, sus actitudes hacia ellas y su comportamiento reciben influencia de distintos factores, éstos pueden clasificarse generalmente como biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos.
La forma de cada individuo para desempeñar sus AV puede fluctuar dentro de un intervalo normal para cada persona.
Cuando el individuo se encuentre enfermo, pueden existir problemas (reales o potenciales) con las AV.
Durante el periodo de vida, la mayor parte de los individuos experimenta eventos de vida significativos o indeseables los cuales pueden afectar la forma de desempeñar sus AV, y pueden conducir al desarrollo de problemas, reales o potenciales.
El concepto de problemas potenciales incorpora la promoción y el mantenimiento de la salud, así como la prevención de la enfermedad, al mismo tiempo que identifica el rol de la enfermera como instructora en salud, incluso en situaciones de enfermedad.
Al interior de un contexto de cuidado de la salud, las enfermeras y los pacientes entran en una relación profesional durante la cual, siempre que es posible, el paciente sigue siendo individuo autónomo para la toma de decisiones.
Las enfermeras son parte de un equipo multiprofesional de atención a la salud que trabaja en colaboración para el beneficio del paciente, y para la salud de la comunidad.
La función específica de la enfermería es dar asistencia al individuo para prevenir, aliviar o resolver, o afrontar de manera positiva a los problemas (reales o potenciales) relacionados con sus AV.

Fuente: Cutcliffe et al., 2011.

Este modelo recibió cierto grado de influencia del concepto de enfermería de Virginia Henderson, destacando que el cuidado de enfermería consiste sobre todo en dar asistencia al individuo (enfermo o saludable) para el desempeño de las actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte pacífica), las cuales éste llevaría a cabo sin ayuda en caso de tener la fuerza, el deseo o el conocimiento necesarios. Igualmente es una contribución única de la enfermería ayudar al individuo a ser independiente de esa misma asistencia tan pronto como sea posible (Cutcliffe et al., 2011).

Un componente importante del modelo es el proceso de cuidado de enfermería. Para las autoras, éste se ajusta según el paciente e implica su participación para su propio cuidado, entendiéndolo como un modelo individualizado del cuidado. El proceso de cuidado de enfermería es interactivo, y si bien se describe integrado por cuatro fases, también es dinámico y recibe retroalimentación continua. Las etapas son: valoración, planeación, implementación y evaluación, las cuales no pretenden dividir el pensamiento. Por el contrario, cada una de estas cuatro fases depende de la eficacia de las otras, en un proceso cíclico (Cutcliffe et al., 2011).

Para comprender íntegramente un modelo, es necesario conocer cómo define los denominados conceptos nucleares.

En relación al concepto de salud, indican que es el comportamiento de un individuo en torno a la salud y las diferentes respuestas a la enfermedad reciben un fuerte impacto de los factores socioculturales, y que la comprensión de éstos requiere del conocimiento de cuestiones sociales, culturales, espirituales, religiosas y éticas (Cutcliffe et al., 2011).

El modelo conceptualiza a la persona como un ente biológico, con una mente y un cuerpo inseparables. El modelo representa al individuo, el sujeto del cuidado de enfermería, comprometido con el proceso de vivir.

Clasifica la valoración de las actividades de la vida, tal y como indica la tabla IV.

Tabla IV: Valoración de las Actividades de la Vida.

Actividad	Rutina Usual	Problema Real o Potencial
Mantenimiento de un ambiente seguro		Ambiental:
Comunicación		Psicológico:
Respiración		Ambiental:
Comer y beber		Físico:
Eliminación		Físico:
Higiene personal y vestido		Físico:
Control de la temperatura corporal		Físico:
Movilización		
Trabajar y jugar		Físico:
Expresión de la sexualidad		Físico:
Dormir		Físico:
Morir		

Fuente: Cutcliffe et al., 2011.

2.3. Justificación.

Los cuidadores principales de usuarios que van a ser sometidos a una Intervención quirúrgica en el área de traumatología, concretamente a una prótesis de cadera, suelen tener una edad avanzada, al igual que el propio usuario, siendo en un alto porcentaje de las veces sus conyugues, datos recogidos desde la experiencia profesional.

La complejidad de la intervención y los cuidados específicos a los que deben ser sometidos para su posterior recuperación, ponen de manifiesto la necesidad de instruir al cuidador principal en el mismo momento que se firma el consentimiento para ser incluido en la lista de espera quirúrgica (en adelante, LEQ). El porqué de iniciar la actuación enfermera en ese mismo instante viene marcado por la importancia de ofrecer al paciente una continuidad de cuidados enfermeros. Continuidad de cuidados que debe ser iniciada justo en el momento que es incluido en la ya mencionada LEQ y no cuando el usuario es atendido al ingreso para la hospitalización, como se viene realizando actualmente en la mayoría de los hospitales andaluces y nacionales.

Llegados a este punto se plantea poner en marcha un proceso enfermero previo a la intervención quirúrgica, orientado a informar al usuario y cuidador principal, pero principalmente a instruir sobre los servicios, cuidados y recursos (materiales y humanos) disponibles durante todo el periodo de espera (desde la inclusión en la LEQ hasta el alta extrahospitalaria).

La sanidad Española contempla como un pilar de su política sanitaria la promoción de la Salud y ello pone de manifiesto propulsar esta función de trabajo enfermero tan desconocido y a la vez ausente en la mayoría de los hospitales. Hospitales que están inmersos y son pioneros del avance tecnológico de la ciencia sanitaria.

El bloque quirúrgico es una de las principales áreas que mayor número de usuarios registra cada año y por ello es vital informar a la población como es debido. Garantizando la correcta preparación de la intervención desde una posición sanitaria global, donde el centro y el fin de todas las actuaciones sean siempre el paciente y su cuidador principal.

Se hace necesario investigar sobre las necesidades, motivaciones y factores que pueden influir en el cuidador principal para mantener el compromiso con el cuidado de la salud de sus familiares.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general.

- Describir las necesidades de las personas cuidadoras de pacientes intervenidos de artroplastia de cadera programada en el Hospital San Juan de Dios de Aljarafe.

3.2. Objetivos específicos.

- Conocer las necesidades con las que se enfrentan el cuidador principal de un paciente que va a ser sometido a una artroplastia de cadera programada en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.
- Identificar los miedos y las preocupaciones del cuidador principal de un paciente que va a ser sometido a una artroplastia de cadera programada en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.
- Conocer el mapeo de red de apoyo de las personas cuidadoras de los pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia de cadera programada en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio.

El presente trabajo "Necesidades de las personas cuidadoras de un paciente intervenido de artroplastia de cadera" se llevará a cabo a través de la metodología cualitativa.

Consiste en un diseño fenomenológico, que intenta describir la experiencia sin recurrir a explicaciones causales. En relación a la pregunta de investigación planteada, se pretende describir el apoyo familiar recibido por un paciente intervenido de artroplastia de cadera en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

En términos de Van Manen (1990: 8-13) se comprenderá con mayor exactitud la intencionalidad del estudio:

- Estudio y descripción de la experiencia vital, de la cotidianidad, de los significados existenciales, vividos en la existencia cotidiana. Identificar como vive cada cuidador principal (desde el modelo de enfermería de actividades de la vida de Roper-Logan- Tierney) el proceso prequirúrgico, quirúrgico y postquirúrgico de una prótesis de cadera.
- Explicación de los fenómenos dados a la conciencia. Interpretar las características específicas que manifieste cada individuo, agrupándolos en rutinas o problemas reales o potenciales.
- Estudio de las esencias, la auténtica naturaleza de los fenómenos. Se profundizará para conocer el origen de los problemas o de donde provienen las rutinas (Tójar, 2006).

4.2. Sujetos de estudio.

4.2.1. Participantes del estudio.

El estudio va dirigido a cuidadores principales de pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica de artroplastia de cadera en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (en adelante, HSJDA).

Se centra principalmente en cuidadores que guarden un vínculo conyugal o de consanguinidad con el paciente.

Formaran parte del estudio los cuidadores de pacientes que sean intervenidos entre julio y diciembre de 2015.

4.2.2. Lugar.

Los datos van a ser obtenidos a través de pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia de cadera en el servicio de Traumatología y Ortopedia del HSJDA.

El HSJDA¹ es un centro perteneciente a la Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Con más de 500 años de historia, la Orden es una de las mayores organizaciones internacionales de cooperación sin ánimo de lucro. Su finalidad es atender a las personas más vulnerables, tanto a causa de enfermedad o por limitación de recursos, como mediante la puesta en marcha y el desarrollo de programas internacionales de acción social y salud.

La Orden está presente en cincuenta países de los cinco continentes. Los Hermanos de San Juan de Dios realizan su obra en 293 centros repartidos según las seis categorías de intervención social de la Orden: centros de servicios para ancianos, centros de servicios sanitarios de base, centros para enfermos mentales, centros para discapacitados, centros hospitalarios, y centros socio asistenciales.

La Orden se fundó en Granada en 1539, y sus comienzos se centraron fundamentalmente en España e Italia. Actualmente están presentes en los 5 continentes.

En España se distribuye a través de 3 Provincias religiosas (Provincia Bética, Provincia de Aragón y Provincia de Castilla).

La Provincia Bética, cuenta con 16 centros hospitalarios, asistenciales y educativos, distribuidos territorialmente por las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Extremadura y Madrid, así como las provincias de Cuenca, Ciudad Real y Toledo.

El último en incorporarse a la misma, fue el HSJDA. Éste es el primer Hospital Comarcal de la Orden en España. Su fórmula de gestión es novedosa en el sector sanitario andaluz, puesto que se articula a través de un Consorcio Sanitario Público, integrado por la propia Orden y el Servicio Andaluz de Salud. Además, el HSJDA está integrado en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante, SSPA).

El 25 de noviembre de 2003 el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía autorizó la creación del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios con el objetivo de prestar asistencia sanitaria especializada a la comarca sevillana del Aljarafe y pueblos limítrofes. Este hecho supuso la integración del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe en la

¹ Información obtenida de la web del HSJDA: www.hsjda.es

red del SSPA y su consiguiente sujeción a las directrices de calidad y continuidad asistencial fijadas por la Administración sanitaria autonómica.

El Hospital, ubicado en la localidad de Bormujos (Sevilla) atiende a una población constituida en 9 Zonas Básicas de Salud (en adelante, ZBS). Su distribución se puede ver más detalladamente en la siguiente tabla V.

Tabla V: Población de referencia del HSJDA.

ZBS	Localidad	Habitantes	Total
Camas	Castilleja de Guzmán	2.880	10.906
	Valencina de la Concepción	8.026	
Castilleja de la Cuesta	Castilleja de la Cuesta	17.442	30.631
	Gines	13.189	
Coria del Río	Almensilla	5.786	5.786
Mairena del Aljarafe	Mairena del Aljarafe	42.186	49.705
	Palomares del Río	7.519	
Olivares	Olivares	9.560	23.953
	Albaida del Aljarafe	2.971	
	Salteras	5.298	
	Villanueva del Ariscal	6.124	
Pilas	Pilas	13.690	33.366
	Aznalcázar	4.206	
	Carrión de los Céspedes	2.521	
	Chucena	2.148	
	Hinojos	3.924	
	Huévar del Aljarafe	2.710	
	Villamanrique de la Condesa	4.167	
San Juan del Aznalfarache	San Juan del Aznalfarache	21.439	21.439
Sanlúcar la Mayor	Sanlúcar la Mayor	13.137	58.093
	Aznalcóllar	6.161	
	Benacazón	6.872	
	Bollullos de la Mitación	9.470	
	Castilleja del Campo	648	
	Espartinas	13.624	
	Umbrete	8.181	
Tomares	Tomares	23.661	43.355
	Bormujos	19.694	
Total Distrito Aljarafe			277.234

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE 1/1/2012).

En Julio del 2013 el Hospital formalizó un contrato con el SAS para adelantar las listas de espera quirúrgica de prótesis de la provincia de Sevilla. Aumentando la actividad quirúrgica del área de Traumatología y Ortopedia de pacientes procedentes de otros Distritos Sanitarios. El programa incluye un total de 800 prótesis, de cadera y de rodilla.

En la planta de hospitalización de Traumatología y Ortopedia, ubicada en la 2º planta del hospital, se captará a la población objeto de estudio. Durante el periodo de hospitalización de sus familiares.

4.2.3. Tamaño previsto de la muestra.

El tamaño previsto de la muestra vendrá delimitado por la saturación teórica de la información. A priori se establecerá una muestra estimada de 12 participantes, para cumplir los objetivos propuestos.

La muestra queda establecida del siguiente modo, véase en tabla VI.

Tabla VI: Muestra de estudio.

Variable	Características	Participantes	
Sexo	Hombre	6 Hombres	12
	Mujer	6 Mujeres	
Cuidador principal	Conyugue	2 Hombres	12
		2 Mujeres	
	Hermano/a	2 Hombres	
		2 Mujeres	
	Hijo/a	2 Hombres	
		2 Mujeres	
Edad	Menores de 65 años	3 Hombres	12
		3 Mujeres	
	Mayores de 65 años	3 Hombres	
		3 Mujeres	

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Fuentes de información.

Las fuentes de información utilizadas en el estudio están estructuradas en función a cómo se ha transformado el contenido, es decir, en fuentes primarias o secundarias.

Las fuentes primarias son aquellas que contienen información original, que no ha sido sometida a ningún tratamiento documental posterior, escrita directamente por el autor.

Las fuentes secundarias son documentos que hacen referencia a los documentos primarios y proporcionan el camino para su localización y recuperación posterior. Las principales fuentes secundarias de investigación del presente estudio son libros y el catálogo FAMA de la Biblioteca de la Universidad de Sevilla, a través de la cual se han localizado y accedido a libros y revistas electrónicas de interés para el estudio. También las bases de datos de libre acceso para los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla. En la tabla VII se detallan las bases de datos a las que se ha accedido.

Tabla VII: Bases de datos.

Base de datos
Scopus
PubMed
IBECS
CINAHL
WOS
MEDES
LILACS
Google Academy

Fuente: Elaboración propia.

En la búsqueda de bibliografía específica, se ha recurrido a la bibliografía de bibliografías para profundizar más en un aspecto interesante de algunos artículos que resultaban de un interés relevante para la constitución del marco teórico.

4.4. Técnicas de información.

La técnica que se utilizará para la recogida de información es la entrevista en profundidad. Se obtiene información mediante una conversación profesional, entre la enfermera y el cuidador principal del paciente intervenido de Artroplastia de Cadera. Véase el guión en el Anexo V.

Como fuentes primarias se empleará la entrevista en profundidad, conversación tipo informal y la misma observación del investigador; y como secundarias, se accederá legalmente a la historia clínica. (Tójar, 2006)

4.5. Fases del estudio.

4.5.1. Procedimiento de actuación con cada participante.

El estudio necesita tener bien diferenciadas las etapas de captación e inclusión en el estudio, recogida de datos, transcripción, triangulación y análisis de los datos, para emitir unos resultados y conclusiones.

La entrevista en profundidad tendrá lugar a las 72 horas de la intervención quirúrgica, concretamente durante el proceso de hospitalización. La captación del cuidador principal es más cercana, porque va a permanecer junto al paciente y dispondrá de tiempo para resolver las cuestiones.

La distribución de las tareas del estudio están descritas en la tabla VIII.

Tabla VIII : Monitorización de las tareas del estudio.

	Tareas	Septiembre 2014	De Octubre 2014 a Febrero 2015	Marzo y Abril 2015	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015
Trabajo de Campo	Petición de permisos para realizar el estudio en HSJDA						
	Contacto con el entorno donde se va a llevar a cabo el estudio						
	Realización de entrevistas						
Fase de Análisis	Transcripción y Análisis de datos						
	Codificación y Categorización						
	Corrección y Redacción final						
	Informe Final						

Fuente: Elaboración propia.

4.5.2. Procedimiento de recogida de datos.

En la recogida de datos primarios se deberá cuidar la toma de contacto que se llevará a cabo con el participante de la presente investigación, y citarlo para las entrevistas en profundidad con antelación, para que él mismo pueda adecuarse a los horarios, mentalizarle en qué va a consistir cada una de las entrevistas y comentarle que cada una de ellas van a ser grabadas; por otro lado la recogida de información secundaria debe estar precedida por la obtención de las autorizaciones que se estimen necesarias (Rubio y Varas, 2011). La decisión libre es muy importante para este tipo de entrevista, y así crear un ambiente propicio para obtener respuestas lógicas y efectivas.

La recogida de datos, y por lo tanto las entrevistas, tendrán lugar en el hospital. Será una sesión a las 72 horas de la intervención quirúrgica. Recogerá información sobre el proceso prequirúrgico, quirúrgico y postquirúrgico.

Se pretenderá conseguir la saturación completa de la información que es relevante para el estudio. Siendo el periodo de entrevista de una hora como máximo con la persona cuidadora. Se intentaran aplicar todos los datos que el sujeto aporte a este estudio.

4.6. Categorías.

Los sujetos de interés para el estudio son cuidadores principales de pacientes que van a ser intervenidos de una artroplastia de cadera y el proceso quirúrgico completo tendrá lugar en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Las variables de interés para el estudio van a estar clasificadas en dos grandes grupos, variables sociodemográficas y variables específicas del estudio.

Las variables sociodemográficas son:

- Sexo: Hombre o mujer.
- Edad: Mayor o menor de 65 años.
- Estado civil: Soltero, Casado, Divorciado o Viudo.
- Cuidador principal: Conyugue, hermano/a o hijo/a.

Las variables específicas del estudio vienen delimitadas de las categorías establecidas. Las categorías son en función de los tres tiempos que podemos distinguir en un proceso quirúrgico. Estas son:

Categorías:

1. Etapa prequirúrgica.

Subcategorías:

- Intervenciones quirúrgicas previas.
- Autosuficiencia en las Actividades básicas de la vida diaria.
- Acompañamiento.
- Miedo o preocupación.

2. Etapa quirúrgica.

Subcategorías:

- Cambios en las Actividades básicas de la vida diaria.
- Acompañamiento.
- Miedo o preocupación.

3. Etapa postquirúrgica.

Subcategorías:

- Cambios en las Actividades básicas de la vida diaria.
- Acompañamiento.
- Miedo o preocupación.

4.7. Análisis de datos.

El análisis de los datos se realizará a la vez que se van recogiendo, clasificándolos en función de las sesiones y organizándolos en las categorías anteriormente descritas. Para organizarlos, es necesaria previamente la transcripción de la información, donde coleccionaremos toda la información verbal, no verbal y contextual.

En busca de la facilitación de nuestro trabajo, los datos serán analizados mediante un software para el análisis cualitativo de datos, concretamente ATLAS.ti. Gracias a esta herramienta se procederá a la codificación y agrupación de la información de un modo más útil.

Para la codificación de la información, recurriremos a la categorización de los datos, la cual ha sido abordada en el apartado 4.6. A cada categoría establecida a priori y las posibles de nueva aparición, le será asignado un código que la identifique (un número, letra, símbolo, etc.) con el fin de que el análisis sea más sencillo.

Existen diferentes criterios para garantizar la calidad de todo el proceso investigador. Es importante tener en cuenta que en la investigación cualitativa, el concepto de calidad debe estar presente en todas las fases que compongan el estudio, desde la elección del tema hasta su difusión (Tójar, 2006). Los criterios más utilizados para la evaluación de estudios cualitativos y los que serán utilizados en nuestro estudio, son los redefinidos por Lincoln y Guba en Vasilachis (2006), los cuales son: credibilidad, transferibilidad, seguridad-auditabilidad y confirmabilidad.

En el presente estudio, se respetará la identidad del cuidador y del paciente, tal y como se recoge en la Ley de protección de datos. Evaluaremos el conocimiento logrado y la posibilidad de generalizar los hallazgos obtenidos, lo que nos permitirá transferir los resultados a un contexto similar al estudiado. Asimismo, para ampliar la perspectiva y la profundidad del fenómeno, llevaremos a cabo la triangulación del estudio, por parte del equipo investigador.

4.8. Aspectos éticos.

Desde un punto de vista ético, el tema de estudio puede aportar avances en el tratamiento enfermero, centrado especialmente en el proceso de recuperación y rehabilitación tras la intervención quirúrgica de artroplastia de cadera.

La ética de la investigación pretende seleccionar y lograr unos fines moralmente aceptables mediante medios moralmente admisibles, existiendo derechos que no pueden ser de ninguna forma infringidos como son, la

dignidad, la privacidad, la imagen o la sensibilidad de las personas además de proteger la integridad de las instituciones donde se lleve a cabo la investigación (Tójar, 2006). Deben por tanto garantizarse los principios éticos fundamentales de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Previamente a la realización de las entrevistas, se pedirá una solicitud del trabajo de investigación a la dirección del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, de este modo se pone en su conocimiento la intencionalidad del estudio. Véase en el anexo VI.

Cuando la dirección del Hospital apruebe la realización del estudio, se iniciará el proceso de entrevista, en el cual también se facilitara al participante un consentimiento informado que debe ser firmado voluntariamente. Véase en el anexo VII.

4.9. Limitaciones y perspectivas del estudio.

Las principales limitaciones del estudio serán captar a los integrantes en función de las categorías establecidas.

Las entrevistas deben ser realizadas por profesionales de enfermería que participen en el estudio y tengan formación e información para no sesgar el proceso. Sería conveniente que una o dos personas, como máximo, participen en esta etapa del proceso y debido a esto se puede demorar en el tiempo la recogida de datos.

Las perspectivas del estudio van dirigidas a elaborar un plan de formación enfocado en el cuidador principal de un paciente que va a ser intervenido de prótesis de cadera. Conocer todos los pasos a seguir antes de que el familiar se someta a una intervención que requiere cuidados muy específicos para su correcta recuperación.

V. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, F., Andres, J. A. Blanco, C. J., Cruz, E., Del Río, S., Echevarria, C., Gomez, C., Madrigal, R. (2014). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (Ed.), Fractura de cadera. Proceso asistencial integrado. (1ª ed.). Sevilla: Junta de Andalucía.

Akamatsu, N., Fukushima, H., & Hamada, Y. (1982). Surgery - basis and practice of care. Hip joint replacement: Methods and key points of the care. Kurinikaru Sutadi. Clinical Study, 3(7), 841-848.

Bermejo, C., & Martínez, M. (2004). Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure Investigación, 11(1º), 7-14.

Bulecheck, G. M. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (5º ed.). Madrid: Elsevier.

Bustos López, R., Piña Martínez, A. J., Pastor Molina, M., Benítez Laserna, A., Villora Fernández, M. P., & González Pérez, A. D. (2012). Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. Enfermería Global, 11(26), 324-343.

Catalán, S. P., & Cisterna, A. L. (2007). Identificación del grado de apoyo y funcionalidad familiar de los adultos mayores, que requieren endoprótesis total, y/o parcial de cadera octubre - noviembre 2006 del hospital clínico regional. valdivia- chile. (1ª, Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería.). Universidad Austral De Chile., 1º (1), 1-82. (Biblioteca electrónica de la UACH.)

Cetti, L. (2007). Reemplazo total de cadera. Vis. Enferm. Actual, 3(11), 10-20.

Cutcliffe, J., McKenna, H., HyrkÄs, K. (2011). Modelos de enfermería. Aplicación a la práctica. (1º ed.) Madrid: Manual moderno.

Deni, d. B., & Napione, M. E. d. V. (2010). Atención de enfermería al paciente con fractura de cadera. Rev. Argent. Enferm, (25), 22-32.

Dochterman, J., Xie, X. J., Kanak, M., Fei, Q., Picone, D. M., & Shever, L. (2006). Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. . Nursing Research, 55(4), 231-242.

Durán, M. A. (2002). In Fundación BBVA (Ed.), Los costes invisibles de la enfermedad. (2º ed.). Bilbao: Fundación BBVA.

Fernández, M. B. (1999). In Gobierno Vasco. (Ed.), Prótesis de cadera: Indicaciones de uso apropiado (1ª ed.). Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad.

Gallart, X., Daccach, J. J., Fernández-Valencia, J. Á., García, S., Bori, G., Rios, J., & Riba, J. (2012). Estudio de la concordancia de un sistema de planificación preoperatoria digital en artroplastia total de cadera. *Rev.Esp.Cir.Ortop.Traumatol.(Ed.Impr.)*, 56(6), 471-477.

Guerado, E., Aguilar, F., Alonso, P., Canca, J. C., Carrasco, A., & Casals, J. L. (2003). In Consejería de Salud. (Ed.), *Artroplastia de cadera. proceso asistencial integrado*. (1ª ed.). Sevilla.: Junta de Andalucía.

Hakverdioglu, G., Erdemir, F., & Beder, A. (2004). Evaluating nursing diagnoses and interventions that could be used in the care of patients with hip prosthesis NANDA International.

Haug, M. R., Ford, A. B., Stange, K. C., Noelker, R. S., & Gaines, A. D. (1999). Effects of giving care on caregivers' health. *Health*, 21(4), 515-538.

Henderson, V. (1996). *Los primeros noventa años*. (1º ed.). Barcelona: Masson, S.A.

Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Censos de población y viviendas 2012*. Madrid. Consultado: 04/05, 2014, de <http://www.ine.es>

Luis Rodrigo, M. T., Fernández, C., & Navarro, M. V. (1998). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de V. Henderson en el siglo XXI*. (1º ed.). Barcelona: Masson, S.A.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (5º ed.). Madrid: Elsevier.

NANDA International. (2012). In Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (Ed.), *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012 - 2014*. (1ª ed.). Madrid: Elsevier.

Hospital San Juan de Dios Aljarafe. (2013). Consultado: 04/05, 2014, de: <http://www.hsjda.es>

Rubio, M. y Varas, J. (2011). *El análisis de la realidad en la intervención social. métodos y técnicas de investigación*. Madrid: CCS.

Silverstein, M., & Parrot, T. M. (2001). Attitudes toward government policies that assists informal caregivers. The link between personal troubles and public issues.23(3), 349-374.

Tójar, J.,C. (2006). *Investigación cualitativa. comprender y actuar* (1º ed.). Madrid: La Muralla.

Wright, K. (1983). In University of Kent (Ed.). The economics of informal care of the elderly. (1º ed.). Center for Health economics: Kent.

Zamora, J. J., Martínez, R., Puig, N., Lladó, M., & Quílez, F. (2009). Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio. *Metas Enfermería*, 12(3), 23-30.

VI. ANEXOS

Anexo I: Profesionales. Actividades. Características de calidad.
Fuente: Proceso asistencial integrado de la artroplastia de cadera
(Guerado et al., 2003).

Médico de Familia / Reumatólogo / Otros especialistas	
Actividades	Características de calidad
1. Valoración de patología de cadera con indicación quirúrgica mediante artroplastia total	1.1. Anamnesis familiar y personal, incluyendo otras patologías y tratamientos prescritos, actividades de ocio y estilos de vida actividad laboral, carga física de ésta, y posibles influencias sobre la salud (Anexo 1). 1.2. Detección de factores predisponentes que pueden incidir en una peor evolución del implante: obesidad, consumo de alcohol, diabetes mellitus y toma de esteroides 1.3. Exploración física general y del aparato locomotor de la zona afectada. 1.4. Exploraciones complementarias recomendadas en cada patología. 1.5. Derivación a COT para la confirmación diagnóstica y valoración quirúrgica.

Trabajador Social	
Actividades	Características de calidad
2. Valoración y actuación en torno al riesgo social	2.1. Valoración de la adaptación familiar. 2.2. Grado de autonomía. Necesidad de adaptaciones / ayuda domiciliaria. 2.3. Aplicación del Protocolo de Trabajo Social en Atención Primaria.

UAU de AP	
Actividades	Características de calidad
3. Gestión de cita para COT	3.1. Unidad de Atención al Usuario accesible. 3.2. Atención personalizada amable y correcta. 3.3. Demora inferior a 30 días desde la valoración de la patología de cadera con indicación quirúrgica mediante artroplastia total.

COT	
Actividades	Características de calidad
4. Confirmación diagnóstica y valoración quirúrgica	<p>4.1. Anamnesis y antecedentes personales, recogiendo todas las variables necesarias.</p> <p>4.2. Evaluación clínica preoperatoria.</p> <p>4.3. Evaluación radiológica preoperatoria.</p> <p>4.4. Evaluación específica de la artrosis.</p> <p>4.5. Evaluación del estado de salud y la calidad de vida.</p>

COT	
Actividades	Características de calidad
5. Indicación quirúrgica. Consentimiento informado e inclusión en el RDQ	<p>5.1. La indicación del tratamiento quirúrgico debe basarse en las características del paciente, en su enfermedad y en la valoración de otras alternativas terapéuticas.</p> <p>5.1.1. Características relacionadas con el paciente: edad, situación funcional, resultado del test de calidad de vida, situación social, resultados de exploraciones complementarias.</p> <p>5.1.2. Características de la enfermedad.</p> <p>5.1.3. Alternativas terapéuticas.</p> <p>5.2. Tras la indicación quirúrgica es necesario informar al paciente, en lenguaje comprensible, de los objetivos del tratamiento, procediendo posteriormente a la lectura y firma del consentimiento informado.</p> <p>5.3. Inclusión del paciente en el RDQ.</p> <p>5.4. Remisión de informe a su Médico de Familia. Dado que la artroplastia en este proceso es un procedimiento electivo, las enfermedades concomitantes deben estar diagnosticadas y tratadas en el ámbito de Atención Primaria para estabilizarlas con anterioridad al ingreso hospitalario. Por ejemplo: no se ingresará a un paciente con diabetes descompensada para artroplastia de cadera, con independencia de que se ingrese para el tratamiento de la diabetes.</p> <p>5.5. Derivación para evaluación preanestésica.</p>

Anestesiólogo	
Actividades	Características de calidad
6. Evaluación preanestésica. Consentimiento informado	6.1. La evaluación preanestésica del paciente reduce el riesgo quirúrgico y anestésico, previene las necesidades de analgesia, permite planificar y prever los cuidados post-operatorios y debe facilitar la rehabilitación posterior. 6.2. La indicación de exploraciones complementarias deben estar orientadas en función de las características clínicas del paciente. 6.3. Tras la evaluación del riesgo anestésico es necesario informar al paciente, en lenguaje comprensible, de las características y riesgos del tipo de anestesia requerida, y, posteriormente, se le ha de proporcionar el consentimiento informado.

Jefaturas de Anestesia / COT / UAU	
Actividades	Características de calidad
7. Programación de la intervención	7.1. Protocolo de programación quirúrgica. Se debe valorar: 7.1.1. La estabilización de patologías concomitantes. 7.1.2. Existencia de consentimientos informados firmados por el paciente. 7.1.3. Valoración preanestésica realizada. 7.1.4. Aceptación por el paciente.

UAU / Admisión hospitalaria	
Actividades	Características de calidad
8. Ingreso del paciente	8.1. El paciente debe ingresar el mismo día de la intervención. 8.2. Formalización de documentos de ingreso.

Celador	
Actividades	Características de calidad
9. Traslado a la sala de hospitalización	9.1. Traslado en silla de ruedas, en caso necesario, mediante un trayecto acondicionado a tal efecto que garantice la intimidad y se efectúe con las adecuadas condiciones de luminosidad.

Enfermera	
Actividades	Características de calidad
10. Valoración enfermera	10.1. Cumplimentar la documentación de enfermería. 10.2. Verificación y clasificación de pruebas. 10.3. Control de constantes y riesgos (Grado de recomendación B). 10.4. Instauración de métodos diagnósticos y terapéuticos prescritos. 10.5. Valoración y aportación nutricional oral (Grado de recomendación B). 10.6. Protocolo preoperatorio del proceso. 10.7. Información a familiares (Grado de recomendación C). 10.8. Sondaje urinario en caso de retención. Grado de recomendación C (Duración del sondaje menor a 24 h). Sondaje intermitente en caso de globo vesical. 10.9. Administración de sedación previa.

Trabajador Social	
Actividades	Características de calidad
11. Valoración social	11.1. Monitorización desde el ingreso hasta el alta en coordinación con el Trabajador Social de Atención Primaria (Grado de recomendación B).

Celador	
Actividades	Características de calidad
12. Traslado del paciente a bloque quirúrgico	12.1. Traslado en cama hospitalaria mediante un trayecto acondicionado a tal efecto que garantice la intimidad y se efectúe con las adecuadas condiciones de luminosidad.

Anestesiólogo / COT	
Actividades	Características de calidad
13. Profilaxis antibiótica	13.1. Inyección intravenosa de 2 g de cefalosporina de 1ª generación a pacientes no alérgicos en una dosis preoperatoria (Grado de recomendación A). 13.2. Inyección intravenosa de 600 mg de vancomicina a pacientes alérgicos a cefalosporina en una dosis preoperatoria (Grado de recomendación A). 13.3. En pacientes diabéticos añadir 500 mg de metronidazol a la inyección intravenosa de 2 g de cefalosporina de 1ª generación en una dosis preoperatoria (Grado de recomendación A). 13.4. La profilaxis debería iniciarse preoperatoriamente, preferiblemente en los 30 minutos previos a la inducción anestésica (Grado de recomendación A).

Anestesiólogo	
Actividades	Características de calidad
14. Inducción anestésica	14.1. La decisión de la técnica se realizará en función de las características clínicas del paciente.

COT / Enfermera	
Actividades	Características de calidad
15. Intervención quirúrgica. Implantación de artroplastia	15.1. Es recomendable el uso de técnicas de cementación en: 15.1.1. Pacientes mayores de 70 años, con deficiente calidad ósea (Quintana y cols.). 15.1.2. Pacientes con expectativas de vida corta (Quintana y cols.). 15.2. Es recomendable no cementar en: 15.2.1. Personas jóvenes con buena calidad ósea. 15.2.2. Pacientes con expectativas de vida larga. 15.3. Informar a familiares tras la intervención.

Anestesiólogo / COT	
Actividades	Características de calidad
16. Profilaxis antitrombótica	<p>16.1. Inyección subcutánea de HBPM a dosis elevada de profilaxis según el preparado (Grado de recomendación A).</p> <p>16.2. El inicio de la profilaxis después de la intervención presenta como ventajas que evita las complicaciones de sangrado intrarraquídeo, así como la posibilidad del ingreso horas antes de la intervención.</p> <p>16.3. Actualmente, se dispone de evidencias científicas tipo A que recomiendan prolongar la profilaxis con HBPM al menos entre 29-35 días en pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera programada.</p> <p>16.4. La enfermedad tromboembólica es la causa más frecuente de readmisión por urgencias tras una PTC, motivo por el que es necesario realizar la prevención de esta enfermedad.</p>

Enfermera / Auxiliar de Enfermería	
Actividades	Características de calidad
17. Actividades de recuperación postanestésica	<p>17.1. Control de constantes.</p> <p>17.2. Administración de medicación según prescripción.</p>

Celador	
Actividades	Características de calidad
18. Traslado del paciente desde la Unidad de Recuperación Post- Anestésica (URPA) a hospitalización	<p>18.1. Una vez dado de alta el paciente por el Anestesiólogo.</p> <p>18.2. Traslado en cama hospitalaria antiescaras a través de un trayecto acondicionado a tal efecto que garantice la intimidad y se efectúe con las adecuadas condiciones de seguridad.</p>

COT / Enfermera	
Actividades	Características de calidad
19. Información a familiares	19.1. De forma reglada, cada 24 horas, y cuando se solicite. 19.2. Entrevista personal o, en caso necesario, telefónicamente.

COT	
Actividades	Características de calidad
20. Seguimiento post-quirúrgico	20.1. Control del dolor según protocolo. 20.2. Control de anemia postquirúrgica y alteraciones hidroelectrolíticas. 20.3. Control clínico y analítico. 20.4. Interconsulta a Rehabilitador en las 24 horas siguientes a la intervención quirúrgica. 20.5. Prescripción de dieta adecuada y suplementos en función de las necesidades del paciente.

Enfermera / Auxiliar de Enfermería	
Actividades	Características de calidad
21. Actividades de control y seguimiento postquirúrgico	21.1. A la llegada a hospitalización y, al menos, cada 8 horas: 21.1.1. Control de constantes y estado de conciencia. 21.1.2. Instauración de métodos diagnósticos y terapéuticos prescritos. 21.1.3. Vigilar sangrado por redón y apósitos de la herida. 21.1.4. Vigilar permeabilidad de la vía venosa y la sonda vesical. 21.1.5. Control de movilidad, pulsos periféricos y sensibilidad del miembro inferior intervenido (MI). 21.1.6. MI en ortesis, si fuese necesario. 21.2. Prevención de caídas: 22.1.1. Barandillas en la cama. 22.1.2. Medicación adecuada. 22.1.3. Valoración de estado <i>delirium</i> -demencia. 21.3. Iniciar tolerancia, alimentación y cuidados higiénicos. 22.3.1. Periódicamente y, como mínimo, 6 horas después de la intervención. 22.3.2. Inicialmente líquidos y dieta blanda las primeras 24 h. 22.3.3. Alimentación normal a partir de las primeras 24 h. 22.3.4. Retirar sueros a las 48 h si el paciente ya se alimenta normalmente.

	<p>22.3.5. Mantener vía venosa heparinizada 24 h más.</p> <p>21.4. Incorporar al paciente en la cama con ayuda parcial o total según su situación. Cuidados específicos para artroplastia de cadera.</p> <p>21.5. Curar la herida y retirar los drenajes a partir de las 48 h de la intervención o, en caso necesario, si el apósito está manchado.</p> <p>21.6. Retirar puntos.</p> <p>21.7. Retirar la sonda urinaria en las primeras 24 horas del post-operatorio, si fuese posible, y vigilar la diuresis tras su retirada. Si es preciso mantener el sondaje, efectuarlo intermitentemente. En caso necesario, utilizar pañales, colectores de pene. Profilaxis de infección urinaria si la sonda permanece más de 24 h.</p> <p>21.8. Cambiar de vía intravenosa a oral en las primeras 24-48 h.</p> <p>21.9. Incorporar al paciente en la cama, realizar fisioterapia respiratoria y, en el día siguiente al post-operatorio, cuando sea posible, procurar que mantenga postura en sedestación (impedir la flexión mayor de 90°).</p>
--	---

Rehabilitador	
Actividades	Características de calidad
<p>22.</p> <p>Valoración por el Rehabilitador y plan de tratamiento</p>	<p>22.1. Se debe realizar la valoración en las 24 horas siguientes a la solicitud de interconsulta:</p> <p>22.1.1. Análisis de la historia clínica.</p> <p>22.1.2. Exploración clínica del paciente.</p> <p>22.1.3. Evaluación de exploraciones complementarias.</p> <p>22.1.4. Emisión de informe con la valoración e incorporación a la historia clínica.</p> <p>22.2. La indicación del tratamiento rehabilitador se hará en función del grado de autonomía del paciente.</p> <p>22.3. Información verbal al paciente y a los familiares de los objetivos del tratamiento; posible planificación del alta.</p> <p>22.4. Remitir el plan de tratamiento al área de Fisioterapia. Transmitirle verbalmente al Fisioterapeuta la situación del paciente y los objetivos que se pretende conseguir.</p> <p>22.5. Valoración de las repercusiones sobre la vida laboral del paciente.</p>

Fisioterapeuta	
Actividades	Características de calidad
23. Aplicación del plan de tratamiento	23.1. Método específico de tratamiento indicado al paciente. 23.2. Inicio de la deambulaci3n lo antes posible. 23.3. Coordinaci3n con el Rehabilitador para controlar la evoluci3n y planificar el alta.

COT / Enfermera / Rehabilitador / Trabajador Social	
Actividades	Características de calidad
24. Alta hospitalaria	24.1. Siguiendo un protocolo clínic3 validado localmente de alta objetiva que incluya: situaci3n hemodinámica, hemograma (Hb, Ht ^o), control radiol3gico post-operatorio, valoraci3n social y aceptaci3n del alta por el paciente. 24.2. Garantizar: 24.2.1. Registro de datos (CMBDA). 24.2.2. Informe de alta que contenga informaci3n clínic3 y funcional. Indicaciones de seguimiento y contacto para el M3dico de Familia y DUE. 24.2.3. Prescripci3n de medicaci3n para evitar la discontinuidad de medicaci3n analgésica, antitromb3tica, etc, así como de las ortesis necesarias para su recuperaci3n funcional. 24.3. Instrucciones orales y escritas sobre cuidados posturales, funcionales y signos de alarma y situaciones de riesgo en un portador de artroplastia de cadera (los portadores de endoartroplastia, y, entre ellos, las artroplastias de cadera, tienen el riesgo de presentar, ante cualquier episodio de bacteriemia, una colonizaci3n por focalizaci3n en la artroplastia. Por ello, debe mantenerse siempre la alerta para realizar una profilaxis adecuada ante la presencia de estos periodos de bacteriemia, p.ej. manipulaci3n dental). 24.4. Garantizar la coordinaci3n entre el Servicio de Rehabilitaci3n y el Centro de Salud. 24.5. Proporcionar cita en Consulta Externa para una revisi3n. 24.6. Proporcionar los medios de transporte sanitario adecuados para el traslado.

Rehabilitador / Fisioterapeuta	
Actividades	Características de calidad
25. Tratamiento fisioterápico tras el alta hospitalaria (si procede)	25.1. En la semana siguiente al alta, se debe continuar el tratamiento fisioterápico. 25.2. Instruir al paciente y a los familiares sobre los ejercicios que se deben realizar con relación a la deambulaci3n. 25.3. A los dos meses del alta hospitalaria, el Rehabilitador valorar3 al paciente a trav3s de una exploraci3n cl3nica y de exploraciones complementarias.

M3dico de Familia	
Actividades	Características de calidad
26. Valoraci3n tras el alta hospitalaria	26.1. Valoraci3n global de la persona. 26.2. Valoraci3n de los problemas que presenta el paciente. 26.3. Valoraci3n de los riesgos de enfermedad tromboemb3lica, infecci3n, y descompensaci3n de patolog3a previa. 26.4. Actuaci3n sobre los factores predisponentes detectados (obesidad, diabetes, alcoholismo, enfermedades que requieran tratamiento con corticosteroides) para una mala evoluci3n del implante. 26.5. Verificar que en el informe de alta consta la fecha de la revisi3n de la artroplastia de cadera por el COT y que el paciente est3 informado al respecto (se le preguntar3).

Enfermera	
Actividades	Características de calidad
27. Valoraci3n global de Enfermera	27.1. Valoraci3n global por parte de la Enfermera de la persona, la familia y el entorno. 27.2. Realizaci3n de diagn3sticos enfermeros, reales y de riesgo. 27.3. Elaboraci3n de planes de cuidados de la situaci3n actual, y seguimiento de los ya establecidos antes del ingreso hospitalario. 27.4. Derivar al paciente al Trabajador Social si fuera necesario. 27.5. Intervenci3n de la Enfermera comunitaria de enlace si va a ser necesaria la coordinaci3n de unidades distintas de atenci3n, sanitarias y sociales, o una atenci3n especial al cuidador, y siempre que suponga facilitar el trabajo de: M3dico, Enfermera y Trabajador Social.

Médico de Familia / Enfermera / Trabajador Social	
Actividades	Características de calidad
28. Valoración social y familiar	28.1. A la conclusión del tratamiento rehabilitador, realizar una valoración del nivel de adaptación familiar, del grado de autonomía y de la necesidad de adaptaciones o ayuda domiciliaria.

Rehabilitador / COT	
Actividades	Características de calidad
29. Plan de seguimiento	29.1. Rehabilitador: a los seis meses del alta hospitalaria, tras la evaluación clínica y funcional, ha de realizar un informe de alta donde quede constancia de las secuelas. 29.2. COT: valoración a los seis meses y seguimiento anual del paciente.

Anexo II: Descripción general del proceso sanitario de una artroplastia total de cadera.

Fuente: Proceso asistencial integrado de la artroplastia de cadera (Guerado et al., 2003).

QUÉ	VALORACIÓN DE PATOLOGÍA DE CADERA CON INDICACIÓN DE ARTROPLASTIA TOTAL
QUIÉN	Médico de Familia / Reumatólogo / otros especialistas
CUÁNDO	1º
DÓNDE	Centro de Salud / CPE / Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica. Indicaciones quirúrgicas del SAS
QUÉ	VALORACIÓN Y ACTUACIÓN EN TORNO AL RIESGO SOCIAL
QUIÉN	Trabajador Social
CUÁNDO	2º
DÓNDE	Centro de Salud o domicilio
CÓMO	Aplicación de Protocolo de Trabajo Social en AP
QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA COT
QUIÉN	UAU de AP
CUÁNDO	3º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimiento
QUÉ	CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y VALORACIÓN QUIRÚRGICA
QUIÉN	COT
CUÁNDO	4º
DÓNDE	Consulta Externa de COT
CÓMO	<ul style="list-style-type: none"> - Guías de práctica clínica - Indicaciones quirúrgicas del SAS

QUÉ	INDICACIÓN QUIRÚRGICA. CONSENTIMIENTO INFORMADO E INCLUSIÓN EN RDQ
------------	---

QUIÉN	COT
CUÁNDO	5º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolo de inclusión en RDQ y documento de consentimiento informado

QUÉ	EVALUACIÓN PREANESTÉSICA. CONSENTIMIENTO INFORMADO
------------	---

QUIÉN	Anestesiólogo
CUÁNDO	6º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolo de evaluación preanestésica

QUÉ	PROGRAMACIÓN DE LA INTERVENCIÓN
------------	---------------------------------

QUIÉN	Jefaturas de Anestesia y COT
CUÁNDO	7º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolo de programación quirúrgica

QUÉ	INGRESO DEL PACIENTE
------------	----------------------

QUIÉN	UAU de AE
CUÁNDO	8º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	TRASLADO A LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN
------------	--

QUIÉN	Celador
CUÁNDO	9º
DÓNDE	Desde Sº Admisión a la sala de hospitalización
CÓMO	Según procedimiento

QUÉ	VALORACIÓN ENFERMERA
------------	-----------------------------

QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	10º
DÓNDE	Hospitalización
CÓMO	Protocolo preoperatorio del proceso

QUÉ	VALORACIÓN SOCIAL
------------	--------------------------

QUIÉN	Trabajador Social
CUÁNDO	11º
DÓNDE	Sala de hospitalización
CÓMO	Protocolo de valoración social

QUÉ	TRASLADO DEL PACIENTE A BLOQUE QUIRÚRGICO
------------	--

QUIÉN	Celador
CUÁNDO	12º
DÓNDE	Desde sala de hospitalización a sala operatoria
CÓMO	Según procedimiento

QUÉ	PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
------------	-------------------------------

QUIÉN	Anestesiólogo / COT
CUÁNDO	13°
DÓNDE	Sala operatoria
CÓMO	Protocolo clínico

QUÉ	INDUCCIÓN ANESTÉSICA
------------	-----------------------------

QUIÉN	Anestesiólogo
CUÁNDO	14°
DÓNDE	Sala operatoria
CÓMO	Protocolo de anestesia

QUÉ	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. IMPLANTACIÓN DE ARTROPLASTIA
------------	--

QUIÉN	COT / Enfermera
CUÁNDO	15°
DÓNDE	Sala operatoria
CÓMO	Protocolo quirúrgico

QUÉ	PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA
------------	----------------------------------

QUIÉN	Anestesiólogo / COT
CUÁNDO	16°
DÓNDE	Hospitalización
CÓMO	Protocolo clínico

QUÉ	ACTIVIDADES DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA
QUIÉN	Anestesiólogo / Enfermera / Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	17°
DÓNDE	URPA
CÓMO	Guía de procedimientos

QUÉ	TRASLADO DEL PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN
QUIÉN	Celador
CUÁNDO	18°
DÓNDE	Desde la URPA a hospitalización
CÓMO	Según procedimiento

QUÉ	INFORMACIÓN A FAMILIARES
QUIÉN	COT / Enfermera
CUÁNDO	19°
DÓNDE	Sala acondicionada
CÓMO	Entrevista personal con familiares

QUÉ	SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO
QUIÉN	COT
CUÁNDO	20°
DÓNDE	Habitación del paciente. Salas de exploración específicas
CÓMO	Guía de práctica clínica

QUÉ	ACTIVIDADES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO
------------	--

QUIÉN	Enfermera / Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	21º
DÓNDE	Hospitalización
CÓMO	Guía de procedimientos

QUÉ	VALORACIÓN POR EL REHABILITADOR Y PLAN DE TRATAMIENTO
------------	--

QUIÉN	Rehabilitador
CUÁNDO	22º
DÓNDE	Hospitalización
CÓMO	Guía de práctica clínica

QUÉ	APLICACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO
------------	---

QUIÉN	Fisioterapeuta
CUÁNDO	23º
DÓNDE	Hospitalización. Servicio de Rehabilitación
CÓMO	Según guía de procedimientos

QUÉ	ALTA HOSPITALARIA
------------	--------------------------

QUIÉN	COT / Enfermera / Rehabilitador / Trabajador Social
CUÁNDO	24º
DÓNDE	Sala de hospitalización
CÓMO	Según protocolos

QUÉ	TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA
------------	--

QUIÉN	Rehabilitador / Fisioterapeuta
CUÁNDO	25º
DÓNDE	Servicio de RHB / Centro de Salud
CÓMO	Según guías de actuación

QUÉ	VALORACIÓN TRAS EL ALTA HOSPITALARIA
------------	---

QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	26º
DÓNDE	Centro de Salud / domicilio del paciente
CÓMO	Guía de práctica clínica

QUÉ	VALORACIÓN GLOBAL ENFERMERA
------------	------------------------------------

QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	27º
DÓNDE	Domicilio del paciente
CÓMO	Protocolos

QUÉ	VALORACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR
------------	-------------------------------------

QUIÉN	Trabajador Social / Médico de Familia / Enfermera
CUÁNDO	28º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guía de actuación

QUÉ	PLAN DE SEGUIMIENTO
QUIÉN	Rehabilitador / COT
CUÁNDO	29º
DÓNDE	Consulta de Rehabilitación / Centro de Salud / Consultas Externas
CÓMO	Guía de actuación

Anexo III: Funciones sanitarias en el Proceso Asistencial Integrado de Artroplastia de cadera.

Fuente: Proceso asistencial integrado de la artroplastia de cadera (Guerado et al., 2003).

En relación a los pacientes:

Tangibilidad	Conseguir un entorno tranquilo y limpio.
	Calidad de las comidas, adecuada a patología previa.
	Estar acompañado o no sentirse solo.
	Proporcionar una habitación individual con baño.
	Limpieza diaria de habitación y cama. Mobiliario adecuado (sillones altos y confortables, duchas con asideros, camas que faciliten la incorporación, entre otros).
	Ayudas para el inicio de la deambulación. Facilidad para comunicarse telefónicamente con el exterior.
	Dotación de material sanitario (pañales, apósitos, material ortopédico) y medicamentos a través de las recetas necesarias.
	Ayuda en la gestión de trámites para conseguir determinados recursos (como colchones antiescaras o sillas de ruedas).
Accesibilidad	Sistema de citas telefónicas en centros sanitarios.
	Atención sanitaria por las tardes y fines de semana.
	Atención rápida en ventanilla y por teléfono.
	Ausencia de demora para realizar pruebas diagnósticas.
	Atención continuada por parte del equipo de Atención Primaria.
	Ayuda para los desplazamientos, en los casos en los que el seguimiento se realiza en el Hospital donde fue la intervención.
	Aumento del número de visitas domiciliarias, sobre todo para la realización de curas y administración de medicación.
	Ausencia de lista de espera para el procedimiento.
Cortesía en el trato	Aumento de la sensibilidad por parte del profesional ante la aplicación de técnicas que provoquen dolor.
	Posibilidad de encontrar ánimo, consuelo y apoyo en los profesionales.
	Trato personalizado, respetuoso y amable.
	Cuidados de enfermería orientados a respetar la autoestima del paciente.
	No dejar "abandonado" a un paciente en el pasillo mientras espera a que le hagan una prueba diagnóstica.
	Trato amable y profesional, con independencia del comportamiento del paciente.
	Visitas a domicilio asumidas con amabilidad y competencia profesional.

Comunicación	Único profesional de referencia para evitar la confusión que provoca el número de profesionales diferentes que atienden en este proceso.
	Información individualizada (equiparada al nivel sociocultural del paciente), que genere confianza y esperanza, y sea uniforme entre los distintos miembros del equipo.
	Información comprensible sobre la enfermedad y sin tecnicismos.
	Información sobre los cuidados que el profesional está realizando en cada momento.
	Mayor interés por parte del profesional en la comunicación con el paciente: que preste atención y sepa escuchar.
	Información completa sobre las razones y el momento en que se va a dar el alta al enfermo, evitando así una negativa valoración de la asistencia recibida hasta el momento.
	Dar un informe escrito y legible con el diagnóstico y la medicación.
Competencia	Disminución de los tiempos de espera en Consultas Externas y Urgencias.
	Agilizar la evaluación y el diagnóstico de la enfermedad.
	Actuaciones técnicas suficientes y necesarias (toma de tensión, análisis de glucosa, cambio de sonda...). Evitar sondas y catéteres innecesarios.
	Control total del dolor, sobre todo en las 24 horas siguientes a la operación.
	Ser atendido por profesionales sanitarios con experiencia y adecuada preparación.
Seguridad	Evitar la existencia de errores en la práctica profesional atribuibles a un descuido o a la falta de interés del profesional.
	Que el profesional genere confianza y no muestre dudas o desconocimiento ante el paciente o el cuidador.
	Tener la seguridad de que, al alta, el cuidado va a ser el correcto y que no se va a romper la continuidad asistencial.
	Teléfono de contacto con un sanitario de referencia para resolver dudas.
	Mayor número y duración de las visitas domiciliarias.
Capacidad de respuesta	Que los profesionales acudan al domicilio cuando se les llame y sin retrasos.
	Que los profesionales acudan al domicilio cuando se les llame y sin retrasos.
	Continuidad en la relación médico-paciente.
Fiabilidad	Asunción de las tareas técnicas con experiencia.
	Actualización de los conocimientos de los profesionales.
	Suficiente experiencia por parte de los profesionales.

En relación a los familiares y cuidadores:

Tangibilidad	Facilidad de acceso para los familiares y acompañantes.
	Comodidad para los familiares y acompañantes.
	Cama adicional para un familiar si va a permanecer con el paciente que se encuentra ingresado.
	Despacho habilitado para informar a los familiares.
Accesibilidad	Sistema de citas telefónico en centros sanitarios.
	Consultas abiertas por la tarde (adaptación del horario de consultas a las necesidades de los cuidadores de los pacientes).
	Adaptación del horario de visitas domiciliarias a las necesidades de los cuidadores de los pacientes.
	Facilidad al cuidador para obtener recetas y citas sin trámites (atención especial, circuitos especiales ya que, para acudir al centro, han de dejar solo al paciente).
	Concienciar a los profesionales para evitar al familiar tener que justificar la necesidad de atención domiciliaria para el paciente.
Cortesía en el trato	Atención emocional y psicológica para el cuidador.
Comunicación	Información sobre la enfermedad y su evolución comprensible y sin tecnicismos.
	Consentimiento informado de técnicas de riesgo.
	Información completa al familiar acerca de los cuidados que tiene que realizar en el domicilio.
	Información completa acerca de las posibles complicaciones que pueden aparecer en el domicilio y las pautas de actuación frente a las mismas.
	Información acerca de posibles reformas estructurales en domicilio.
Competencia	Mayor ayuda sanitaria en los cuidados los primeros días tras la operación (curas y técnicas complejas, control y administración de la medicación).
	Mayor ayuda para los cuidados relacionados con la movilidad, la alimentación, la eliminación y la higiene.
	Alguna ayuda doméstica para los cuidados durante los primeros días tras la operación, puesto que los pacientes requieren una dedicación absoluta.
	Evitar que los familiares se vean obligados a realizar técnicas complejas, con el consiguiente estrés y ansiedad que ello provoca al cuidador familiar.
Seguridad	Aumento de las actividades de prevención y promoción de salud, tales como ejercicios de movilidad.
	Teléfono de contacto con un sanitario de referencia para resolver dudas.

Anexo IV: Diagnósticos enfermeros más comunes en el plan de cuidados de Artroplastia de cadera.

Fuente (Bulecheck, 2009; Moorhead et al., 2013; NANDA International, 2012)

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<p>00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de elasticidad de la piel • Factores mecánicos • Inmovilización física 	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>1902 Control del riesgo</p>	<p>3540 Prevención de úlceras por presión</p>
<p>00146 ANSIEDAD</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (amenaza de) cambio en el entorno • (amenaza de) cambio en el estado de salud <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para conciliar el sueño • Nerviosismo • Miedo de consecuencias inespecíficas 	<p>1402 Control de la ansiedad</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <p>1850 Fomentar el sueño</p> <p>7310 Cuidados de enfermería al ingreso</p>
<p>00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malestar o dolor • Disminución de la fuerza, control, o masa muscular • Miedo a iniciar el movimiento <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para realizar las actividades de autocuidado 	<p>0208 Nivel de movilidad física</p> <p>1811 Conocimiento: actividad prescrita.</p>	<p>1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación</p> <p>1804 Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación)</p> <p>0226 Terapia de ejercicios: control muscular</p> <p>1400 Manejo del dolor</p> <p>5612 Enseñanza:</p>

		<p>actividad/ejercicio prescrito</p> <p>1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene</p> <p>1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.</p> <p>0221 Terapia de ejercicios: deambulaci3n</p>
<p>00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuidad de los cuidados en su domicilio 	<p>2202 Preparaci3n del cuidador familiar domiciliario</p>	<p>7040 Apoyo al cuidador principal</p> <p>7140 Apoyo a la familia</p> <p>7370 Planificaci3n del Alta</p>
<p>00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad f3sica insuficiente • Problemas durante la defecaci3n como falta de tiempo, posici3n inadecuada para defecar 	<p>0501 Eliminaci3n intestinal</p>	<p>0450 Manejo del estreñimiento / impactaci3n</p>
<p>00155 RIESGO DE CAIDAS</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en la marcha • Disminuci3n de la fuerza f3sica en las extremidades inferiores • Edad > 65 ańos • Pr3tesis en las extremidades inferiores 	<p>1909 Conducta de seguridad: prevenci3n de ca3das</p> <p>1912 Estado de seguridad: ca3das</p>	<p>6490 Prevenci3n de Ca3das</p>

Anexo V: Guión de la entrevista.

Antes de la intervención quirúrgica de Artroplastia de Cadera (prótesis de cadera)...

- ¿Sabían ustedes el proceso de recuperación que implicaba la presente intervención quirúrgica?
- Su familiar ¿Se había intervenido quirúrgicamente antes?
- En caso de haber sido intervenido anteriormente alguna vez, ¿De qué ha sido intervenido?
- ¿Necesitaba su familiar antes de la intervención ayuda en las Actividades de la Vida Diaria?
- En caso afirmativo ¿En qué actividades necesitaba ayuda?
- ¿Reconocía algún miedo o preocupación en relación al proceso quirúrgico?

En el momento en el que se llevaron a su familiar para quirófano, cuénteme...

- ¿Cómo vivió ese momento?
- ¿Experimentó algún tipo de miedo?

Tras la intervención quirúrgica y en relación al proceso de recuperación...

- ¿Ha cambiado el plan de cuidados que usted le ofrece?
- En caso afirmativo ¿Cómo ha cambiado?
- ¿Entiende toda la información que le han facilitado en relación a los cuidados postquirúrgicos?
- En caso afirmativo ¿Podría explicar en qué consisten esos cuidados?
- ¿Tiene alguna preocupación relacionada con la intervención?

Anexo VI: Solicitud de trabajo de investigación.

Sevilla, a 3 de Septiembre de 2014.

Yo, Doña María del Rosario Martínez Jiménez, con DNI 28796991-W, siendo alumna del *Diploma Especialista en Enfermería Quirúrgica y Reanimación* tutorizada por Doña Almudena Arroyo Rodríguez.

Solicito a la dirección del Hospital San Juan de Dios de Aljarafe la autorización para realizar el Trabajo Final de Estudios, siendo el objeto de investigación "*Necesidades de las personas cuidadoras de un paciente intervenido de artroplastia de cadera*". Por lo cual, expongo mis intenciones de entrevistar a 12 cuidadores de pacientes intervenidos de artroplastia de cadera de este centro. La información será recogida según la Ley Orgánica 15/1999, 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, respetándose en todo momento el anonimato.

Por otra parte, la elección de la temática del estudio viene dada por la importancia que tiene para enfermería el conocer la información que reciben las familias en relación a los cambios en las actividades de la vida cuando se va a someter a un familiar a una artroplastia de cadera. Así como los miedos, las preocupaciones principales y las limitaciones que encuentran durante las tres etapas del proceso quirúrgico (prequirúrgico, quirúrgico y postquirúrgico inmediato). Teniendo en cuenta todo lo citado anteriormente, se pretende realizar el estudio y obtener resultados para el beneficio de todos los usuarios.

Anexo VII: Consentimiento informado.

Sevilla, a ___ de _____ de 2014.

Yo, Doña María del Rosario Martínez Jiménez, con DNI 28796991-W, Diplomada Universitaria en Enfermería:

Solicito la participación en el estudio de investigación "*Necesidades de las personas cuidadoras de un paciente intervenido de artroplastia de cadera*". La elección de la temática del estudio viene dada por la importancia que tiene para enfermería el conocer la información que reciben las familias en relación a los cambios en la actividades de la vida cuando se va a someter a un familiar a una artroplastia de cadera en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Así como los miedos, las preocupaciones principales y las limitaciones que encuentran durante las tres etapas del proceso quirúrgico (prequirúrgico, quirúrgico y postquirúrgico inmediato). Se pretende realizar el estudio y obtener resultados para el beneficio de todos los usuarios.

El método de recogida de datos será a través de una entrevista a las 72 horas de la intervención quirúrgica de su familiar, entrevista que será gravada. La información será recogida según la Ley Orgánica 15/1999, 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, respetándose en todo momento el anonimato.

D/Dña. _____ con DNI _____
cuidador/a principal de D/Dña. _____
con DNI _____. Acepto participar en el estudio de investigación "*Necesidades de las personas cuidadoras de un paciente intervenido de artroplastia de cadera*".

Fdo. D/Dña. _____