

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION DE PACIENTES
DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ
DE LA VEGA ABANCAY APURIMAC 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

SOFIA QUISPE PORTILLO

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE SECRETARIO
- MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 359

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	21
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	23
3.1 Recolección de Datos	23
3.2 Experiencia Profesional	23
3.3 Procesos Realizados del Informe	23
IV. RESULTADOS	25
V. CONCLUSIONES	30
VI. RECOMENDACIONES	31
VII. REFERENCIALES	32
ANEXOS	34

INTRODUCCIÓN

El cuidado es la esencia de la profesión de Enfermería, está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona sana o enferma durante todas las etapas del ciclo vital. La Organización Mundial de la Salud en su constitución afirma: "Toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes (1)

La valoración integral del estado general de paciente traumatológico, tiene como propósito mejorar el bienestar de manera individualizada, disminuyendo costos y riesgos; prestando un servicio eficiente, mediante una atención oportuna, accesible y continua, además de ser humanizada.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, no es ajeno a estos principios de atención, siendo el Servicio de Traumatología, por la complejidad de patologías que maneja, la idiosincrasia y nivel socioeconómico de la población referida, razón por la cual nuestra misión como servicio desde el año 2015 es el de brindar una atención humanizada y de calidad; tomando en cuenta que el personal de enfermería es quien está en mayor contacto con los pacientes y las estancias prolongadas de la mayoría de ellos hacen que el nivel comunicacional sea más asertiva en la cotidianidad de nuestro trabajo. Esperando que el presente documento sirva de referencia y motive a las profesionales de enfermería a desarrollarse como jefas de área.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha manifestado que en todo el mundo se reportan 6,3 millones de pacientes con politraumatismos (fracturas), la mayor cantidad de ellas se localizan en las extremidades inferiores (35%), el restante 65% se ubican en la cadera, extremidades superiores, cabeza y en otras zonas del cuerpo humano, cuyas causas más frecuentes son los accidentes de tránsito (57%), problemas de osteoporosis (23%), caídas (12%), armas de fuego (4%) entre los más importantes.

En Latinoamérica, la situación no es diferente con relación a los pacientes con politraumatismos, encontrándose que el sexo femenino tiene mayor prevalencia con el 52%, representando las fracturas de los miembros inferiores el 30% de los casos, el restante 70% está conformado por las fracturas de cadera, extremidades superiores, cabeza y en otras zonas del cuerpo humano, siendo las causas más frecuentes que dan lugar a este tipo de politraumatismos, los accidentes de tránsito, la osteoporosis y las caídas.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, es una entidad de salud de mediana complejidad con categoría II 2, cuya función es la de recuperar y rehabilitar la salud de la población referida, bajo esta premisa dispone en su cartera de servicios de la Unidad Productora de Servicio de Salud de Traumatología, que cuenta con infraestructura, equipamiento y recursos humano multidisciplinario especializado, y cumple la función de brindar la oferta de salud a los pacientes traumatológicos en su multiplicidad de patologías y diagnósticos, con oportunidad y calidad.

El Servicio de Traumatología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se creó el 20 de noviembre del 2008 por la creciente necesidad de brindar atención diferenciada a los pacientes traumatológicos, cuya estadística en ese entonces superaba la capacidad de albergue en el

servicio de cirugía. Teniendo en cuenta las deficiencias del funcionamiento del sistema de salud a nivel nacional, el servicio de traumatología en la actualidad tiene el porcentaje de ocupación cama y la estancia hospitalaria mayor en relación a los otros servicios de hospitalización; en esas circunstancias ha sido necesario adoptar estrategias de atención e intervención y asumir el reto de brindar atención de calidad; del mismo modo disminuir costes a la entidad.

El servicio de traumatología cuenta con 26 camas arquitectónicas, cuya ocupación es al 99% y el promedio de estancia, es de 18 días. Las patologías más frecuentes en el periodo del año 2016 a junio del 2018; y de acuerdo a los datos proporcionados por la Oficina de Estadística e Informática, son fracturas de tibia 8%, fractura de fémur 5%, fractura de humero 4%, celulitis de otras partes de los miembros 3%, y llama la atención que otras causas sea el 67% de atención en el servicio, lo que nos lleva a reflexionar que existe un probable mal registro.

1.2. Objetivo

Determinar los cuidados de enfermería en la atención de los pacientes de traumatología del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay – Apurímac 2016 - 2018.

1.3. Justificación

- El presente informe tiene como finalidad, documentar la importancia del desempeño de la atención y cuidados de enfermería en pacientes traumatológicos, cuya finalidad es brindar confort y atención humanizada al usuario, que es este caso presentan discapacidad temporal, contemplando el aspecto biopsicosocial.
- A su vez, la atención de Enfermería debe mejorar y estar actualizada, de acuerdo a los avances científicos desarrollados, y por ello el esfuerzo de brindar las condiciones de confort y agilizar

el sistema de provisión logística en equipos, mobiliario e insumos, los mismos que van dirigidos a brindar mejores cuidados al usuario final que es el paciente.

- La forma de cómo se diseñan estrategias y se mejoran los cuidados de Enfermería, repercute de manera directa en los pacientes porque favorecerá directamente el nivel de salud y calidad de vida, lo que conlleva también a la satisfacción del recurso humano que coadyuva al proceso de recuperación del paciente traumatológico y contribuye a reducir el elevado consumo de recursos que supone la disminución de complicaciones y estancia prolongada.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A NIVEL INTERNACIONAL

RUEDA Guillermo y otros. (2017). Colombia, Realizaron un estudio tipo serie de casos donde se incluyó a 109 pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con fractura primaria Coxofemoral tratados en el Hospital San José entre el 1 ero de enero del 2014 y 30 de junio del 2016 con historia clínica completa y excluyéndose pacientes con fracturas patológicas y pacientes tratados de fractura de cadera ipsolateral, contándose con un universo de 96 pacientes aplicándose los criterios de exclusión. Se encontró a 96 pacientes (66,7%) de sexo femenino con una media de 81 años de edad, las cuales un 96,8% presento comorbilidades como: Osteoporosis (4,2%), Alzheimer (14,6%), Diabetes (8,3%) e Hipertensión Arterial (58,3%). La fractura más común fue la intertrocanterica (69,8%) teniendo como origen principal la caída de misma altura (93,8%). El tratamiento más frecuentemente usado fue la osteosíntesis seguida de la artroplastia en un 50% y 43,8% respectivamente. La fractura de la región coxofemoral es un padecimiento muy común en pacientes ancianos relacionado con elevada mortalidad por eso es importante el abarcarlo de forma temprana y crear programa de prevención. (2)

PERGUACHI Jaramillo, Christian A. y otro (2017). Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo transversal en el Hospital José Carrasco Arteaga donde se utilizó historias clínicas de todos los pacientes de tercera edad (mayor o igual a 60 años), aceptados en el servicio de Traumatología en el periodo enero 2013- junio 2016. Se encontró una Prevalencia del 9,5%, donde el sexo femenino tuvo una mayor prevalencia que el masculino , la categoría de edad más habitual fue el de 80 – 89 años representado un 41,5% seguido por la de pacientes con más

de 90 años (29,7%). El sexo predominante fue el Femenino con un 65,9%, el sitio anatómico más frecuente de la fractura fue el extra capsular con un 65,2% del total de pacientes de los cuales los de tipo intertrocanterica fueron los que se presentaron más con un 57,78%. En cuanto a las comorbilidades el 81,5% de los pacientes presento Diabetes mellitus y Artrosis el 27,4%. Con respecto al motivo de ingreso la caída en el domicilio fue la más frecuente y representó un 87,4% de los pacientes; solamente un 3% fue ocasionado por accidente de tránsito. El tratamiento se distribuyó de la siguiente forma: el 53,3% de los pacientes fue tratado con osteosíntesis mientras que un 34,8% con artroplastia. (3)

PEREZ HERNANDEZ, Viriel, (2016) Cuba Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal con pacientes con diagnóstico de fractura de cadera mayores de 60 años y con un tiempo de operación menor de 24 horas durante el periodo enero 2012 – enero 2014 en el Hospital General Docente Abel Santa María Cuadrado. El universo se conformó por 634 pacientes que fueron seleccionados de un total de 652 con diagnóstico de fractura de cadera los cuales fueron operados antes de las 24 horas y que dieron su consentimiento y poseían una edad de 60 años a más. En el estudio se encontró que el 62% de los pacientes presentó 75 años, en cuanto al sexo el predominante fue el sexo femenino con un 65,8%, el 56,2% presento complicaciones como anemia (51,1%) y HTA (45,1%). (4)

A NIVEL NACIONAL:

GRAU QUIROZ, Yolanda Evelyn. Perú. (2016). Estudio descriptivo, retrospectivo donde se revisó 155 historias clínicas de pacientes adultos mayores en el periodo 2007-2011 en el Hospital Regional Docente de Trujillo para caracterizarlos de acuerdo a sus variables epidemiológicas , en el estudio se halló que el sector predominante fue el femenino con 73% y de 80 a 89 años de edad con un 47%, la mayoría provenían del distrito de Trujillo (73%), dentro de las comorbilidades se observó que la

hipertensión arterial representaba un 47.1% y que las fracturas trocántericas eran las más frecuentes con un 62%, el 56,8% de las fracturas ocurrió dentro de la casa y el mecanismo que las produjo fue las caídas de baja energía. (5).

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Fracturas: Las fracturas son un verdadero problema de salud pública, porque afectan a las personas en diversas actividades, ya sea en su hogar, o en su lugar de trabajo, especialmente aquellos obreros de fábricas, enrolados al sector de la construcción o a la artesanía, entre otras actividades de riesgo considerable.

Otro factor que es una importante causa de las fracturas son los accidentes de tránsito, que también tuvieron su origen con la aparición del automóvil y el crecimiento vertiginoso del tránsito urbano.

Sin embargo, las fracturas también pueden ser causadas por otras enfermedades que atacan a los huesos, como es el caso de la osteoporosis, que trae como consecuencia este tipo de lesiones, debido a la debilidad del tejido óseo.

Los tipos de fracturas más frecuentes se ubican en las extremidades superiores e inferiores, porque son las partes del cuerpo humano que se exponen en mayor medida a este tipo de lesiones, debido a que en otros casos como en la osteoporosis las fracturas también se pueden presentar en las caderas o en la columna vertebral.

Se dice que hay una fractura cuando existe una discontinuidad en el hueso, es decir, cuando se separa una parte del hueso que debe ser continuo, generalmente es causada por un traumatismo producto de caídas o tropiezos o también por enfermedades como la osteoporosis.

2.2.1.1. Etiología (causas): Las fracturas son causadas por la presión que se ejerce en la zona del cuerpo lesionada, como una reacción del individuo cuando sufre una caída o un accidente, entonces la presión

ejercida trae como consecuencia la ruptura del hueso al no resistir la fuerza de la caída o del accidente.

Las fracturas se producen cuando el hueso es sometido a un traumatismo en forma de sobrecarga excesiva ejercida sobre él. Los tipos de sobrecarga son los siguientes:

- 1) Un golpe directo en el hueso,
- 2) Un movimiento de giro indirecto
- 3) Lesiones por aplastamiento.
- 4) Fracturas por fatiga o sobrecarga o
- 5) Enfermedades como el cáncer y la osteoporosis. (Álvarez López. 2007. Pág. 19).

En el caso de las fracturas causadas por enfermedades como la osteoporosis, la ruptura del hueso se debe a la debilidad del tejido óseo debido a los efectos que trae como consecuencia tener esta patología que suele destruir las médulas óseas, dejando a la parte exterior del hueso totalmente debilitada y expuesta a una ruptura.

Uno de los métodos para que el hueso vuelva a su posición habitual después de la fractura, se realiza con tablilla, aunque actualmente el enyesado de la parte del cuerpo fracturado es el método más común para aliviar las dolencias y curar la fractura.

2.2.1.2. Clasificación, tipos de fracturas: Las fracturas causadas por caídas, resbalones, accidentes de tránsito, se denominan fracturas accidentales, mientras que aquellas que son ocasionadas por enfermedades toman la denominación de fracturas patológicas.

Cuando el hueso está enfermo pueden "desmigajarse", lo que origina una fractura patológica. Cuando se produce una fractura se rompe la integridad del hueso, así como el sistema vascular que está dentro y lo abastece. Las fracturas se identifican según 1) integridad de la piel, 2) el tipo, 3) la localización y 4) la lineación. (Álvarez López, 2007, Pág. 20).

Las fracturas suelen tomar diferentes denominaciones dependiendo de sus manifestaciones, la localización y otros factores que se describen en la cita de Álvarez López.

Las fracturas expuestas suelen dejar al descubierto el foco de la fractura porque esta se comunica con el exterior, por lo tanto, involucra las parte externas e internas del hueso.

Las fracturas se clasificación en:

- **Fracturas abiertas o expuestas.** Toman esta denominación aquellas fracturas donde el hueso sobresale de la piel, en este caso se producen lesiones de tejidos musculares y conductos venosos, el peligro de infección es muy alto, por ello causan dolor intenso, su recuperación es larga.
- **Fracturas cerradas o encamisadas.** Toman esta denominación aquellas fracturas donde el hueso no sobresale de la piel del cuerpo, permanece adentro, por lo tanto, su recuperación es en el menor tiempo posible. (Bojrab, Joseph, 2007, Pág. 36).
- Las fracturas abiertas toman este nombre porque el hueso sobresale al exterior, mientras que, en el caso de las cerradas, el hueso permanece en el interior del cuerpo humano, aunque haya salido de su posición habitual.
- **La siguiente clasificación de las fracturas abiertas o expuestas:**
- **Fracturas expuestas recientes.** Por el tiempo de la fractura abierta no tratada, la reciente es aquella que tiene menos de 6 horas.
- **Fracturas expuestas contaminadas.** Por el tiempo de la fractura expuesta no tratada, se puede contaminar aquella que tiene más de 6 o 12 horas abiertas, en la cual se destruyen partes blandas, la piel y las venas. (Herrera, A. y Urrutia, J.2009, Pág. 63).

Las fracturas abiertas que tienen menos de 6 horas en ese estado, pueden tratarse rápidamente para evitar infecciones por

contaminación externa, aunque pueda existir este evento negativo, si se trata oportunamente, puede reducir el tiempo de la recuperación de la persona lesionada.

La siguiente clasificación de las fracturas por grados:

- **Fracturas de primer grado.** La lesión es pequeña con muy poco deterioro de las partes blandas.
- **Fracturas de segundo grado.** Se trata de una herida con mayor nivel de profundidad que las de primer grado, aunque el traumatismo es moderado.
- **Fracturas de tercer grado.** La herida es profunda, incluye daños a la piel, célula, músculos y tejidos vasculares, es decir, un traumatismo de gran magnitud. (Álvarez López. 2007).

Las fracturas de primer grado son leves, por lo general su recuperación se puede producir en poco tiempo, mientras que las de segundo grado tiene mayor profundidad, aunque puede que, no revista ningún riesgo de infección, sin embargo, las de tercer grado involucran la destrucción de tejidos vasculares, epiteliales, musculares, con riesgo de infección.

2.2.1.3. Epidemiología: Antes de la invención del método actual para la curación de las fracturas, éstas tenían una alta tasa de mortalidad, aunque su incidencia era menor que en la actualidad, porque el incremento de las fracturas ha tenido lugar por el crecimiento demográfico, por la evolución de la industria y la aparición del automóvil y de los vehículos pesados en las grandes ciudades, además del aumento de automotores en el tránsito urbano y por último por el incremento de la osteoporosis como epidemia que afecta a la población.

En la actualidad, la tasa de mortalidad o de amputación en las fracturas es mínima, debido a que existen los métodos necesarios para la rehabilitación de la parte del cuerpo humano de la persona fracturada, con

un elevado porcentaje de casos que se rehabilitaron completamente, pero también con otro porcentaje importante que volvieron a realizarse el tratamiento por desconocer las medidas terapéuticas y de cuidado para este tipo de lesión.

Además, el tratamiento de las fracturas representa un alto costo para las instituciones hospitalarias y demanda recursos que pueden ser invertidos en otras actividades, de allí que se debe minimizar la ocurrencia de fracturas para fortalecer el sistema de salud pública y procurar una consejería y educación eficiente del paciente fracturado, para evitar que regrese al establecimiento hospitalario mediante el cuidado adecuado de su fractura después de efectuado el tratamiento.

Las siguientes manifestaciones clínicas en el caso de fractura:

- Dolor: Es el síntoma capital. Suele localizarse sobre el punto de fractura.
- Aumenta de forma notable al menor intento de movilizar el miembro afectado y al ejercer presión, aunque sea muy leve, sobre la zona.
- Impotencia funcional: Es la incapacidad de llevar a cabo las actividades en las que normalmente interviene el hueso, a consecuencia tanto de la propia fractura como del dolor que ésta origina. (Ginsberg. 2011. Pág. 669).

El dolor que siente la persona que se ha fracturado, es el principal síntoma de esta afección, quien no puede moverse por sí mismo, requieren la ayuda de las personas que lo rodean en el momento que ocurrió el evento que dio lugar a la fractura.

2.2.1.4. Diagnóstico: El diagnóstico de las fracturas se lo realiza mediante radiografía en los departamentos de Rayos X, donde los profesionales de la salud determinarán cuál es la incidencia de la lesión, para tomar las medidas más adecuadas para estos caso

Debido a que la etiología de las fracturas son las lesiones o las enfermedades previas que tenga la persona afectada, como es el caso de

la osteoporosis, es necesario que se revise a profundidad el historial del paciente, para tener una idea clara acerca de la gravedad de la fractura, mediante el diagnóstico.

Además, de los estudios radiológicos, se puede realizar otros tipos de pruebas, como por ejemplo la palpación o la prueba sanguínea, en caso de la sospecha de infección de la zona.

2.2.1.5. Complicaciones: Las complicaciones de las fracturas dependen de la gravedad de la misma, es decir, de la forma en cómo ocurrió y de la parte del cuerpo humano que se fracturó.

“Las complicaciones ocurren en una pequeña proporción de las fracturas; estas complicaciones, pueden ser por la misma fractura o como resultado de la lesión de los tejidos blandos.” (Palareti G. 2008. Pág. 805).

A pesar que suelen ocurrir complicaciones en la zona del cuerpo fracturada, sin embargo, estas se presentan con menor frecuencia, en la mayoría de los casos se debe a un Autocuidado deficitario de la zona de la fractura.

Las complicaciones de las fracturas, son las siguientes:

- **Formación de un callo óseo** (proceso normal de consolidación de una fractura) excesivamente grande, que puede comprimir las estructuras vecinas, causando molestias más o menos importantes.
- **Lesiones de los vasos sanguíneos**, que pueden dar lugar a trombosis arteriales, espasmos vasculares y a la rotura del vaso, con la consiguiente hemorragia. Este tipo de lesiones puede provocar también gangrena seca, debida a la falta de irrigación del miembro afectado. (Towbin R. 2010. Pág. 192).

Las limitaciones en el Autocuidado de las fracturas, pueden ocasionar complicaciones y causar infecciones en caso de que se produzca la rotura de los vasos sanguíneos.

Considera las siguientes complicaciones en las fracturas:

- **Estiramientos, compresiones y roturas nerviosas**, que se pondrán de manifiesto con trastornos de la sensibilidad y alteraciones de la motilidad y la fuerza musculares.
- **Cuando la fractura ha sido articular**, puede dejar como secuelas: artritis, artrosis y rigidez posterior de la articulación.
- **Las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento** en los niños pueden ocasionar la detención del crecimiento del hueso fracturado.
- **Infección de la zona fracturada**, cuando en ella se ha producido herida. (Lindmarker. 2007. Pág. 603).

Si en la zona de la fractura se produjo una herida, entonces las limitaciones del autocuidado pueden ocasionar una infección en la zona afectada, en estos casos, la lesión alcanzará otro nivel de riesgo que abarcará un tratamiento diferente al del enyesado común.

2.2.1.6. Prevención y control: El tratamiento de las fracturas se realiza a través del enyesado del miembro afecto por este tipo de lesiones, sin embargo, las complicaciones sólo se pueden prevenir con un eficiente Autocuidado, porque el paciente que fue enyesado inmediatamente se rehabilita en su hogar.

Las terapias que se realizan a las extremidades afectadas sirven para que recobren su funcionalidad y puedan volver a realizar las mismas actividades que ejecutaban cuando estaban buenas.

2.2.2. Proceso de Atención de Enfermería: El presente informe está referido al proceso de atención de enfermería para pacientes traumatológicos como producto de un evento accidental no planeado o como consecuencia de una enfermedad patológica como la osteoporosis.

2.2.2.1. Conceptos y definiciones del PAE: La enfermería hasta antes del siglo XIX no era una disciplina científica, sino que fue considerado como un cuidado común que se debía proporcionar a una

persona que tenía afecciones en su salud, sin embargo, con el transcurrir del tiempo, las fundadoras de las principales teorías de enfermería como Florence Nightingale, demostraron que la enfermería es una disciplina que utiliza el método científico en su accionar.

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) "es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería". (De Eloarza Martínez Gustavo. 2006. Pág. 203).

En efecto, el uso del método científico como parte de la acción del personal de enfermería, durante la proporción de los cuidados enfermeros a los pacientes fracturados en alguna de sus extremidades, representa un modelo científico, cuyo éxito depende que se sigan los pasos de manera secuencial y sistemática.

El "modelo conceptual de enfermería debe estar siempre en consecuencia con la filosofía de la atención adoptada y con la manera de aplicar los cuidados al paciente; por tanto, la filosofía es la que permite explicar y evaluar al servicio que se presta a la sociedad". (Wesley R. L. 2007. Pág. 23).

El modelo científico de la enfermería consta de varios pasos que conducen a la planificación, intervención y evaluación de la atención del personal de enfermería, siendo fundamental su aplicación antes, durante y después del tratamiento que se proporciona al paciente que ha sufrido una fractura en el establecimiento hospitalario o de salud.

2.2.2.2. Los modelos conceptuales de la atención de enfermería:

El cuidado es "invisible" (Collière, 1986) y las enfermeras, al brindarlo, desarrollan e incorporan a la práctica diaria un conjunto de habilidades que sólo pueden explicar expertos que las valoren desde el exterior. Por eso es imprescindible que la atención de enfermería esté respaldada por un modelo conceptual que permita la presentación de la realidad. Los

modelos conceptuales de enfermería han ido evolucionando con las corrientes filosóficas y, por tanto, con nuestro pensamiento. Todas tienen una visión diferente de la atención de enfermería, pero nacieron de la necesidad de identificar científicamente los conocimientos en este campo, y de tener un marco de referencia que permita dirigir la práctica profesional y definirlos como tales. (Dugas Charles. 2008. Pág. 58).

Los cuidados de enfermería son planificados y evaluados de acuerdo a un modelo previamente establecido, que evidenciará el éxito en el cumplimiento de la gestión del personal de enfermería, dentro de estas actividades se citan la educación y consejería para el Autocuidado de las personas que han sufrido una fractura y que necesitan de la orientación apropiada para aplicar medidas adecuadas en el cuidado del paciente traumatológico.

2.2.2.3. Etapas de los cuidados enfermeros: El Proceso de Atención de Enfermería aplicado a los pacientes con fracturas, debe ser realizado por el personal de enfermería, en la recepción del paciente y después que se le da el alta médica.

Expresa que “el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.” (Servicio Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). 2009. Pág. 14).

La valoración de la fractura del paciente es el primer paso, que sigue al diagnóstico, para proceder a la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería para beneficio de los pacientes con fracturas.

2.2.2.3. Las etapas del Proceso de Atención de Enfermería son las siguientes:

- 1) **Recogida y selección de datos (Valoración):** Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- 2) **Diagnóstico de enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- 3) **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- 4) **Ejecución o intervención:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- 5) **Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. (Quisbert Guadalupe. 2010. Pág. 25).

En el libro Proceso de Atención de Enfermería (PAE), manifiesta en relación a la valoración lo siguiente:

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso. (Cisneros Fanny. 2008. Pág. 1).

En su libro Diagnóstico en enfermería, manifiesta: "Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad, que se deriva de un proceso sistemático e intencionado de recogida de datos y análisis. Proporciona las bases para establecer un tratamiento definitivo de lo que es responsable la enfermera. (Kim Mi Ja. 2009. Pág. 13).

La enfermera es la responsable por la valoración del paciente que ingresa al establecimiento hospitalario, porque es la primera profesional de la salud que tiene contacto con el paciente.

Se consideran lo siguiente acerca de la planificación de enfermería:

La planificación implica determinar lo que puede hacer la enfermera para ayudar al paciente y elegir las intervenciones adecuadas para lograrlo. Se ha dicho, y con verdad, que las enfermeras siempre han planificado la atención de sus pacientes. Sin embargo, la planificación solía ser un proceso mental por parte de la enfermera, con guías mínimas por escrito que ayudarían a otros en la atención del paciente cuando la enfermera en particular no estaba en servicio. Un plan de asistencia escrito ayuda a asegurar, en continuidad e integridad, que todos están siguiendo el mismo enfoque con el paciente y que nada se deja a la inseguridad de la memoria humana. (Carreras, Viñas M., Caramés Bouzón J. 2008. Pág. 71).

Acercas de la fase de ejecución: En esta fase, la relación entre personal de enfermería y el paciente adquiere su máxima significación. En este sentido, no sólo debe tener la resolución de los problemas de salud concretos del paciente, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades. Durante la fase de ejecución, la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importante, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Deben explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución, las rutinas del centro, las exploraciones y los tratamientos a que debe someterse. (Brunner, Suddart. 2008. Pág. 33).

Es menester que la fase de evaluación del paciente, considere los resultados obtenidos con los cuidados enfermeros a los pacientes, sus reacciones y su grado de satisfacción.

2.2.2.4. Cuidados enfermeros para pacientes con fracturas

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de procurar la completa rehabilitación de un paciente que ha sido enyesado por sufrir una fractura en sus extremidades inferiores.

“La actuación principal ante un politraumatismo es un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo la actuación de Enfermería imprescindible y fundamental dentro de los Equipos de Emergencia Prehospitalario, como para realizar una buena actuación integral del paciente.” (Bojrab, Joseph. 2007. Pág. 115).

Los politraumatismos ocasionados por las fracturas, pueden ser duraderos y generar complicaciones en los pacientes que no han procurado un óptimo Autocuidado de la zona donde está ubicada la fractura.

Los profesionales de la Enfermería deben ser capaces de relacionar, coordinar y optimizar los esfuerzos dirigidos a cada paciente. Los cuidados de enfermería deben ser integrados en el Sistema Integral de Emergencias, para que posean también un esquema lineal, es decir, una continuidad; y no un esquema escalonado. Un paciente no cambia dependiendo de la instalación sanitaria en la que se encuentre, pueden variar sus problemas y necesidades por la evolución del proceso o los recursos sanitarios disponibles, pero nunca la persona. (Carreras, Viñas M., Caramés Bouzón J. 2008. Pág. 96).

El rol que cumple el personal de enfermería en la recepción, valoración y diagnóstico inicial de los pacientes con politraumatismos causados por fracturas, es muy importante, requiriéndose un tratamiento precoz que

aumente la calidad asistencial para reducir la morbi-mortalidad de los pacientes.

En pacientes con politraumatismo se debe realizar una valoración del paciente de las constantes vitales; frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial pulsioximetría y monitorización del individuo si es posible. En esta etapa se identifican y valoran los problemas que comprometen la vida del paciente, para corregir estos de forma precisa e inmediata, considerando los cuidados de: Control de vía aérea y control cervical, respiración, circulación con control de hemorragia, discapacidad, exposición al entorno. (Herrera, A. y Urrutia, J. 2009. Pág. 29).

La valoración es tal vez el paso más importante para proporcionar un tratamiento adecuado de los pacientes con fracturas, posteriormente la consejería y la educación a pacientes y familiares contribuyen a reducir las complicaciones de estos usuarios.

2.2.2.5. Diagnósticos de Enfermería:

- Deterioro de la movilidad física de la zona afectada.
- Deterioro neurovascular.
- Dolor relacionado con fractura.
- Riesgo de trombo embolismo relacionado con inmovilización.
- Riesgo de deshidratación relacionado con dieta absoluta pre quirúrgica.
- Riesgo de úlceras por presión por encamamiento.
- Riesgo de estreñimiento relacionado con el largo periodo de inmovilidad.
- Riesgo quirúrgico preoperatorio y postoperatorio.
- Riesgo de infección de entrada de fichas de tracción, herida quirúrgica y zonas de drenajes.
- Riesgo de flebitis de la vía periférica.
- Déficit de conocimientos acerca de la movilización, tratamiento y evolución.

- Riesgo de atrofia muscular relacionado con el largo periodo de inmovilidad.
- Riesgo de neumonía relacionado con largo periodo de inmovilidad.
- Riesgo de infección urinaria por retención o incontinencia.

2.3. Definición de términos

Los términos utilizados para la descripción conceptual en la presente investigación son los siguientes:

- **Diagnóstico.** – Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería.
- **Dolor.** – Es el síntoma capital de una afección. Suele localizarse sobre el punto de fractura.
- **Evaluación.** – Cabe destacar que las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o incluso inesperadas, y ello obliga a una evaluación constante que permita modificar oportunamente la planificación de cuidados en beneficio del enfermo. Se trata de una etapa compleja, dado que deben juzgarse diversos elementos, y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión, para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades.
- **Fractura.** – Es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. En una persona sana, siempre son provocadas por algún tipo de traumatismo, pero existen otras

fracturas, denominadas patológicas, que se presentan en personas con alguna enfermedad de base sin que se produzca un traumatismo fuerte. Es el caso de algunas enfermedades orgánicas y del debilitamiento óseo propio de la vejez.” (Pág. 18).

- **Intervención.** – En esta fase, la relación entre personal de enfermería y el paciente adquiere su máxima significación. En este sentido, no sólo debe tener la resolución de los problemas de salud concretos del paciente, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades.
- **Planificación.** – Implica determinar lo que puede hacer la enfermera para ayudar al paciente y elegir las intervenciones adecuadas para lograrlo. Se ha dicho, y con verdad, que las enfermeras siempre han planificado la atención de sus pacientes.
- **Proceso de Atención de Enfermería (PAE).** – Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.
- **Valoración.** – Es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se trabajó con la estadística de atenciones del periodo 2016-2018; Se solicitó la autorización respectiva a la Oficina de Estadística e Informática, a fin de tener acceso a la información total de pacientes atendidos en el servicio de Traumatología, los mismos que han sido contrastados con el registro de ingresos y egresos; que ha servido para determinar el resultado de la implementación y mejoras realizadas en el servicio.

3.2. Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional se da inicio en 1998 con el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, posteriormente brinde mis servicios en los diferentes servicios cirugía, medicina, emergencia, ginecología, neonatología, pediatría, sala de operaciones consultorios externos.

En el año 2011, ya con mi especialidad de Enfermería en Cuidados Quirúrgicos, se me designa la encargatura de la jefatura de Enfermería del servicio de Traumatología y Ortopedia; siendo una de mis prioridades el fortalecimiento de la Unidad Productora de Servicios de Salud en el aspecto logístico concerniente al mobiliario, equipamiento y disponibilidad de insumos, así mismo la formación continua del recurso humano a mi cargo en atención humanizada y basada en experiencias del conocimiento; para el mejor manejo del paciente alojado en el servicio.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

En el proceso de mi desempeño como Licenciada en Enfermería Jefe del Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; se realiza un diagnóstico situacional y se concluye que era imperiosa la necesidad de generar condiciones para fortalecer la

capacidad de oferta y de atención en los aspectos de implementación de necesidades (logística) y fortalecimiento de capacidades del recurso humano de salud que labora en el servicio; para mejor comprensión detallo al pie los aspectos relevantes:

1. Requerimiento de atención a necesidades inmediatas del servicio, para resolver la sobredemanda de usuarios. (camas y camillas multipropósito, colchones antiescaras y ortopédicos, equipos biomédicos y mecánicos, y demás mobiliarios).
Para todo ello se contó con la predisposición con la Dirección General y la Administración, cuyos resultados han repercutido de manera positiva en el confort y satisfacción del paciente; acciones que han permitido minimizar el porcentaje de ocupación cama y del mismo modo disminuye la estancia hospitalaria.

IV. RESULTADOS

Dentro de los aspectos más saltantes se destaca el equipamiento del servicio, siendo importantes destacarlo:

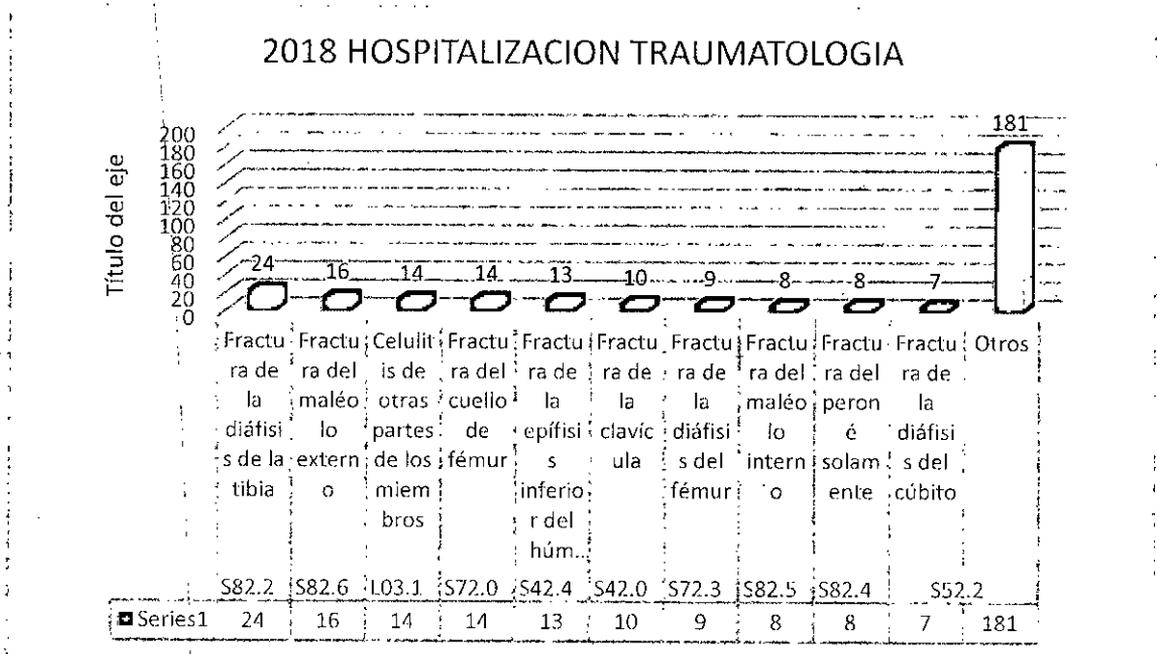
- Implementación de camas balcánicas, con la finalidad de proporcionar movilización individualizada y posición indicada por medico según patología.
- Adquisición equipo de rayos X en arco en C, cuya adquisición facilita la inmovilización de la cama para procedimientos de imágenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
- Implementación de colchones antiescaras, ya que la estancia prolongada produce escaras decúbito.
- Implementación del área de yesoterapia, para realizar procedimientos especiales del área de hospitalización.
- Adquisición de equipos de cirugía menor, para manejo de stock adecuado y cumplir las normas de bioseguridad.
- Adquisición de arcos metálicos; que sirve de protección y ventilación de las lesiones del paciente hospitalizado.
- Implementación de coches de paro; hasta el año 2017 no se contaba con este tipo de mobiliario en el servicio de Traumatología, y en situaciones de complicaciones se tenía que transportar al paciente servicio de Emergencia; la adquisición de este mobiliario ha contribuido a enfrentar con inmediatez condiciones que ponen en riesgo la vida y la salud del paciente.

- Adquisición de chatas y papagayos de acero inoxidable quirúrgico antisarro.
- Adquisición de lavatorios quirúrgicos, para la higiene de pacientes inmovilizados.
- Adquisición de porta historias, lo que facilita la disposición de las mismas y el trabajo del personal técnico.
- Implementación del Programa de Educación Continua (PEC) en el servicio de traumatología con la participación del equipo multidisciplinario de salud.
- Implementación de la evaluación del monitoreo trimestral de los indicadores de gestión hospitalaria en el servicio de traumatología

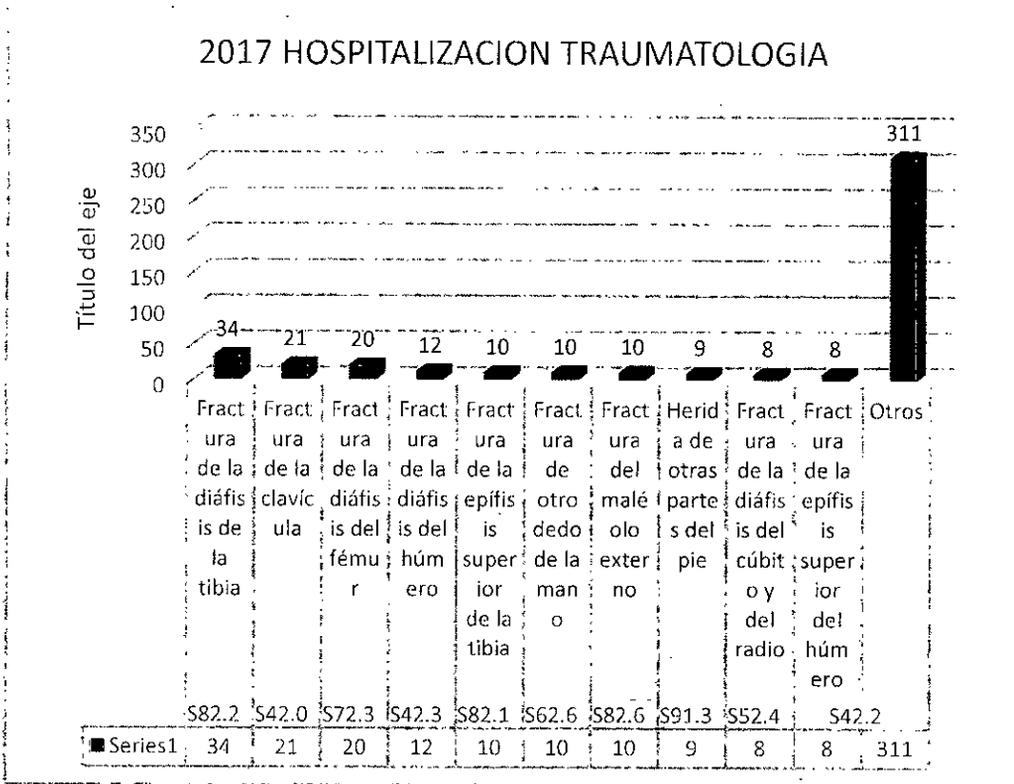
Estos aspectos, han favorecido la prestación de calidad en el servicio los mismos, buena atención del paciente, confort para el usuario y el trabajador, y reducción de costes a la entidad.

4.1. Análisis de la Estadística Hospitalaria en el Servicio de Traumatología:

Dentro de los diagnósticos de hospitalización más frecuentes del servicio de traumatología, en el primer semestre del 2018, se encuentra, en primer lugar la fractura de la diáfisis de la tibia, 24, que representa el 13.26% de los hospitalizados, seguidos de la fractura del maléolo externo, 16 hospitalizados, y la celulitis de otras partes de los miembros, con 14 hospitalizaciones y fractura del cuello del fémur con 14 atenciones. Estos primeros 4 diagnósticos de hospitalización representan el 37.6% del total. En quinto y sexto lugar se encuentran la fractura de la epífisis inferior y la fractura de clavícula, con los que completan el 50.28% de los diagnósticos.

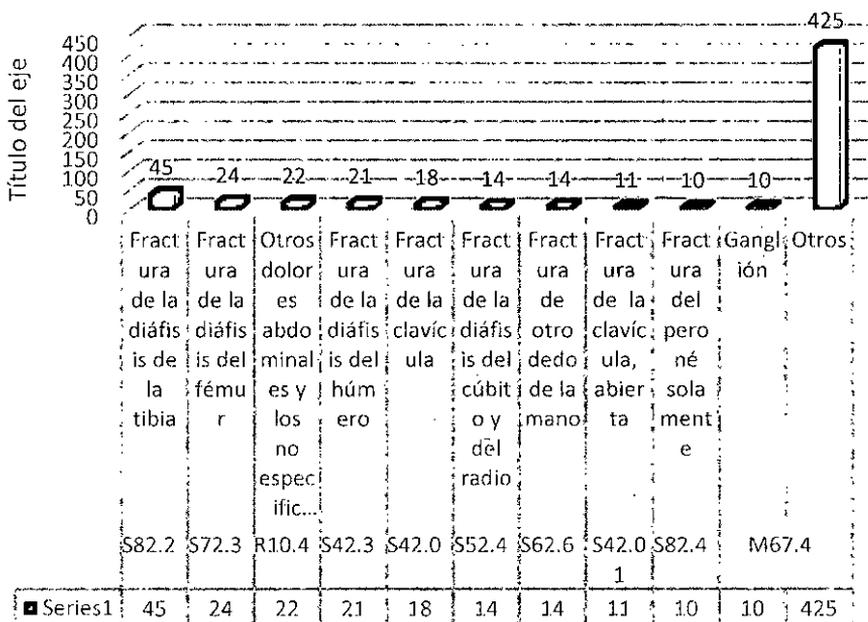


En el año 2017, el perfil epidemiológico del servicio de traumatología, tuvo como primer diagnóstico, también como en el 2018, a la fractura de la diáfisis de la tibia y en segundo lugar a la fractura de la clavícula, seguidos de las fracturas de las diáfisis del fémur y de la epífisis del húmero; estos cuatro diagnósticos, representaron el 28% del total. Siguen las fracturas de la epífisis superior y fractura de la mano



En el 2016 en el servicio de traumatología, se encuentra, en primer lugar, la fractura de la diáfisis de la tibia con 45 hospitalizados, igual lugar que en los años 2017 y 2018. En segundo y tercer lugar, se tuvo 24 fracturas de diáfisis del fémur y 22 por otros dolores abdominales, seguidos de fracturas de la diáfisis del humero y de la fractura de la clavícula. Estos primeros 5 diagnósticos de hospitalización representan el 30.59% del total. En sexto lugar se encuentran la fractura de la diáfisis del cúbito y séptimo, fractura de la mano inferior, con los que completan el 37.37% de los diagnósticos

2016 HOSPITALIZACION TRAUMATOLOGIA



V. CONCLUSIONES

- a) El fortalecimiento de la capacidad operativa del servicio de traumatología del hospital regional Guillermo Díaz de la vega abarata costes a la entidad, ya que disminuye el tiempo de estancia hospitalaria dependiendo las consideraciones y las características del estado de salud de las pacientes.
- b) La implementación de la sala de yeso en hospitalización disminuye el tiempo de desplazamiento del paciente internado hasta el pabellón de consulta externa condición que favorece el confort de paciente
- c) La capacitación continua ha permitido mejorar la competencias y destrezas del recurso humano en la atención de los pacientes traumatológicos
- d) Se ha contribuido a la disminución de las complicaciones, de la estancia hospitalaria y el incremento de las camas disponibles
- e) El uso de los colchones antiescaras en relación al tiempo de estancia hospitalaria ha disminuido la probabilidad de aparición de escaras.
- f) El centro de nuestro trabajo debe ser el bienestar del individuo y no las tareas que desarrollamos. Un paciente no cambia dependiendo de la instalación sanitaria en la que se encuentre, pueden variar sus problemas y necesidades por la evolución del proceso o los recursos sanitarios disponibles, pero nunca la persona.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se le recomienda a la dirección del hospital Guillermo Díaz de la vega de priorizar el presupuesto y la atención de Logística para el servicio de traumatología para posteriores compras de equipos y mobiliario por ser un servicio quirúrgico para su calidad de atención.
- b) Se recomienda a las próximas jefaturas mantener el servicio equipado y garantizar la sostenibilidad.
- c) Se recomienda al personal profesional de enfermería dar el uso y cuidado adecuado de los equipos.

VII. REFERENCIALES

1. R. P. La Etica de las Virtudes y Enfermeria. 2000..
2. RUEDA Gyo. Factores asociados con infección en fracturas diafisarias de tibia. Revista Colombiana de Ortopedia. 2017 Setiembre; 31(3).
3. PERGUACHI Jaramillo CAyo. Características y manejo de fracturas de fémur proximal, en pacientes mayores de 60 años, en el Hospital José Carrasco Arteaga enero 2013 – julio 2016. 2017..
4. Hernández VP. Caracterización de la fractura de cadera operada antes de 24 horas en Pinar del Río. Revista de Ciencias Medicas de Pinar del Río. 2016 Febrero; 20(1).
5. Grau Quiroz YE. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/270>. [Online].; 2016. [cited 2018 Agosto 26. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/270>.
6. Court- Brown C, Caesar B. Epidemiologia de las fracturas de adultos. www.medigraphic.org. 206 Octubre; 15.
7. Zanchetta J. Costos directos de la osteoporosis y la fractura de cadera. In Clark , Clark p, F C, Barrera C, Guzmán J, Maetzel A, et al. Un Análisis para el Sistema de Salud Mexicano Osteoporos. Mexico: International Osteoporosis; 2012. p. 269-276.
8. Barra PLB, Ascue RF. Ministerio de Salud. [Online].; 2015 [cited 2018

Agosto 19. Available from:
<http://hospitalabancaygdv.gob.pe/pdf/DOCUMENTOS%20DE%20GESTION/ASIS/ASIS-2015.pdf>.

9. Ortega DR. [Lic. Enf. Amelia Gonzales Uribe].; 2018 [cited 2018 Agosto 23. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=l60eOexAXqM>.

10 Donal J. Wikipedia, la enciclopedia libre. [Online].; 2005 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Fractura>.

11 C BM, Profesor M, C. MedinePlus. [Online].; 2018 [cited 2018 Agosto 22. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/1096.htm.

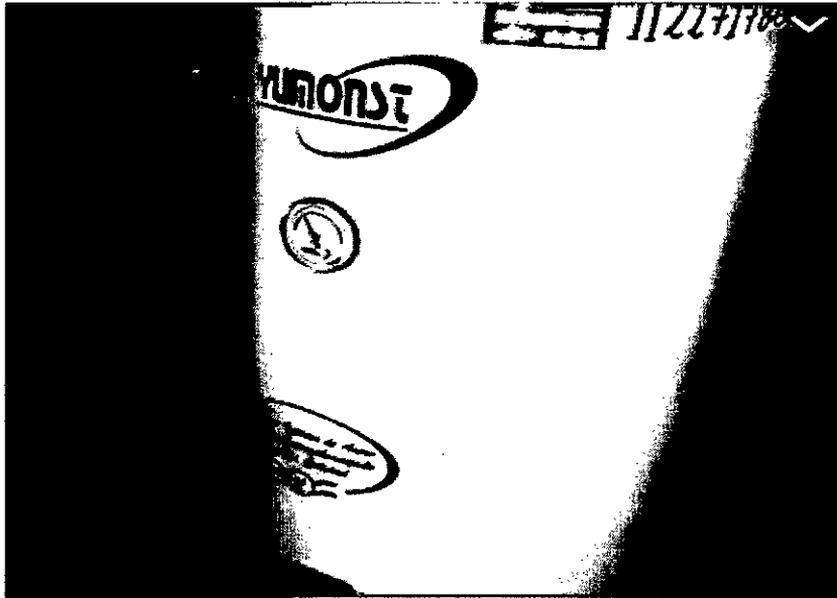
12 Juárez Rodríguez PA. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Medigraphic. 2009 Noviembre; 54(17): p. 113-115.

13 MINSA. Estadística. 2018. jefe de departamento de estadística del Hospital Regional Guillermo Días de la Vega.

14 MESTANZA MORON RAYO. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS AL TIPO DE FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES 2017. 2017..

ANEXOS

TERMA ELÉCTRICA DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA



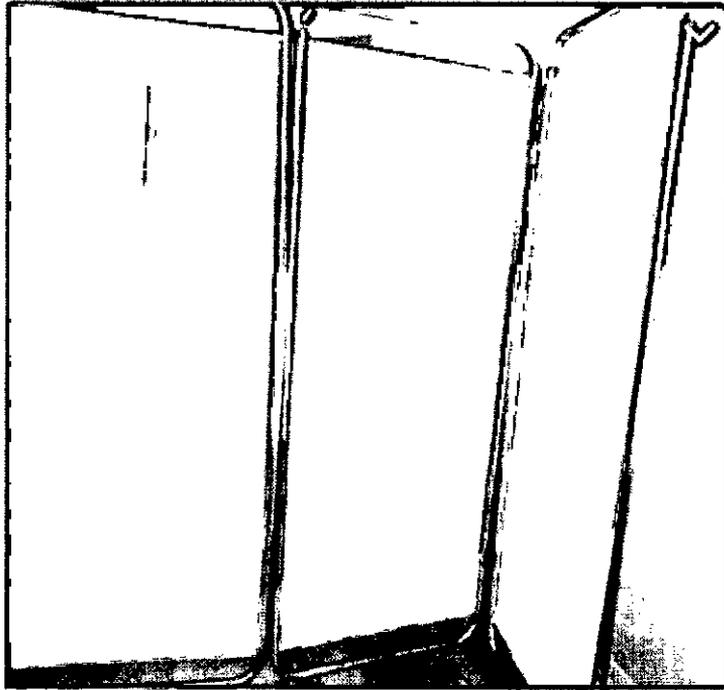
FUENTE: Elaboración Propia, 2018

COLCHONES NUEVOS



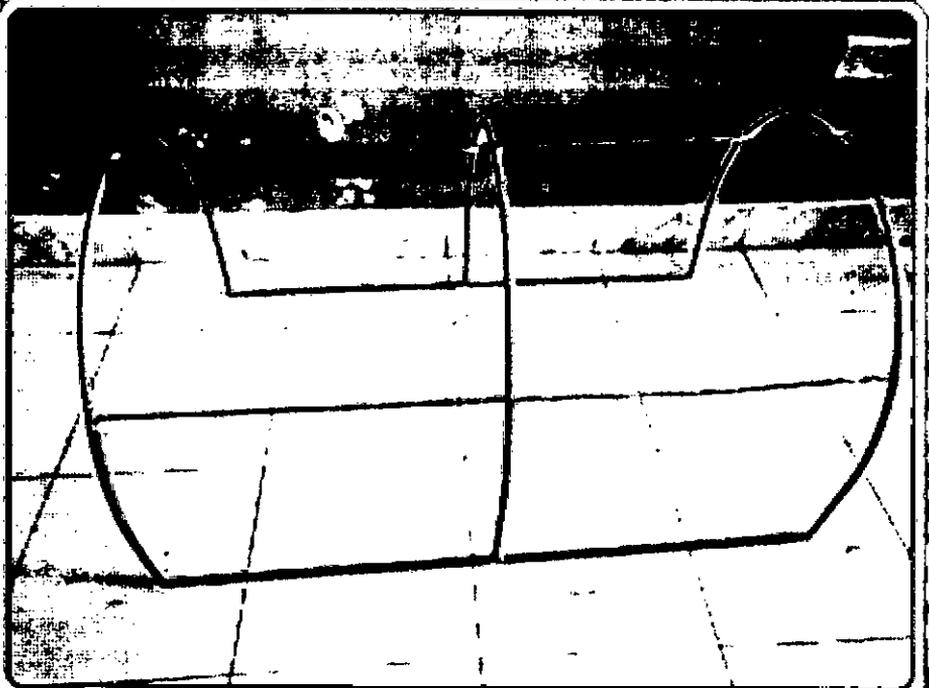
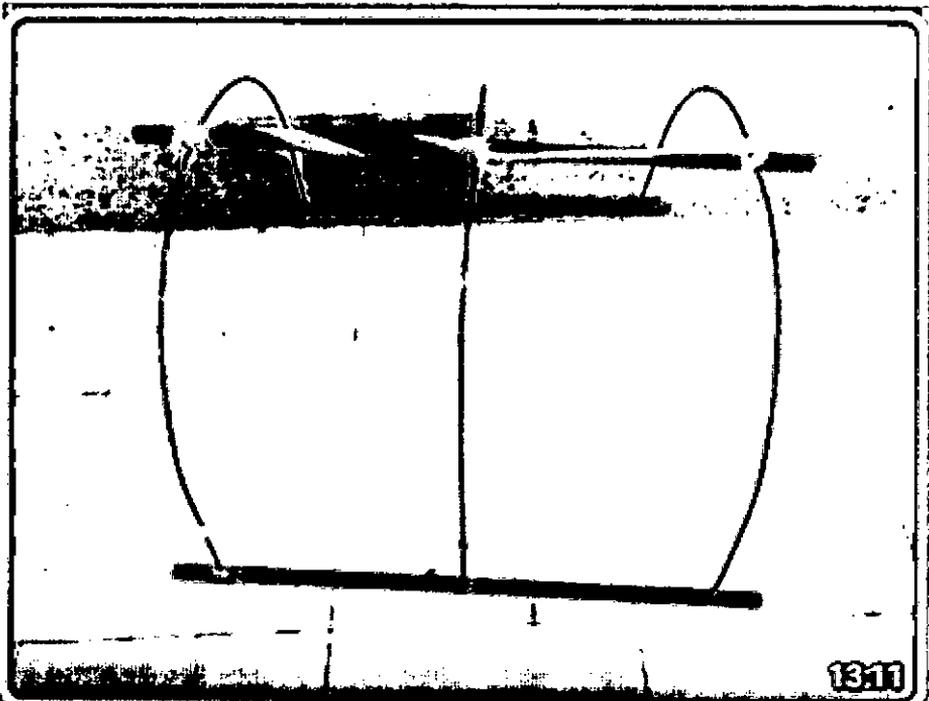
FUENTE: Elaboración Propia, 2018

BIOMBOS DE TRES CUERPOS



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

ARCOS ANTIGUOS Y NUEVOS

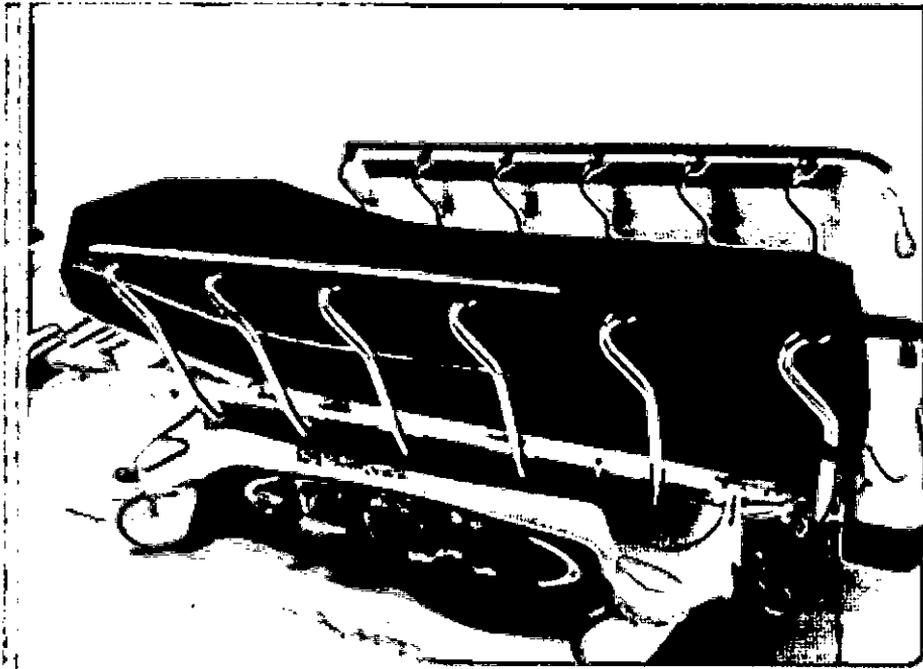


Arco de ahora

13:11

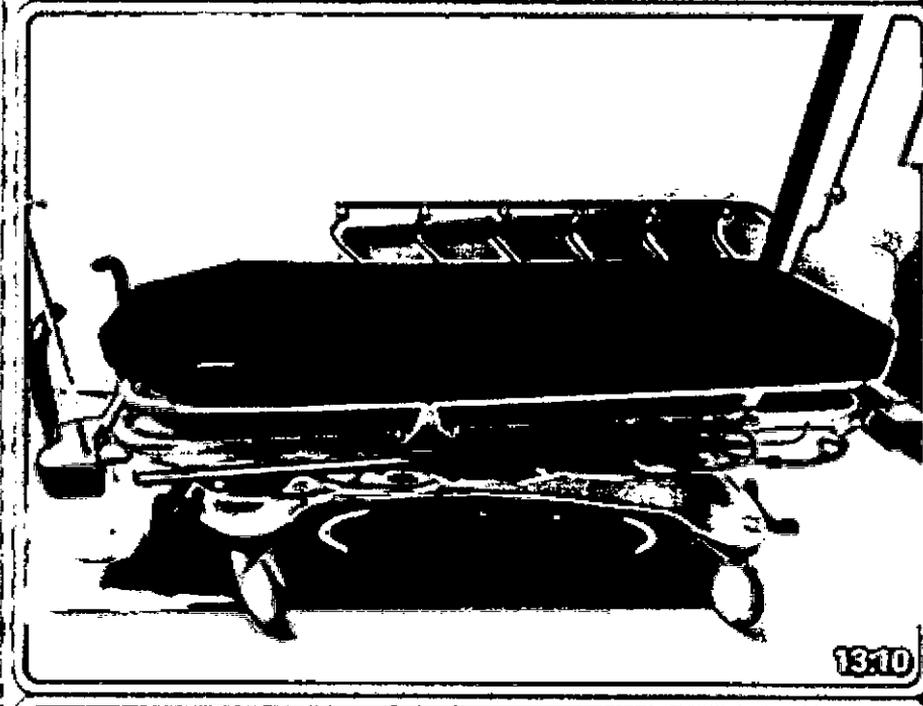
FUENTE: Elaboración Propia, 2018

CAMILLAS ADQUIRIDAS



Camilla ahora

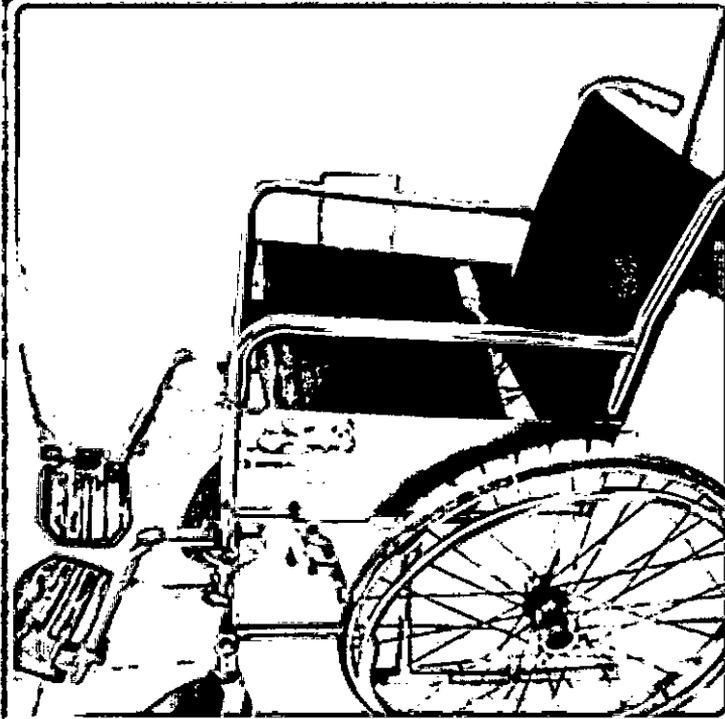
13:10



13:10

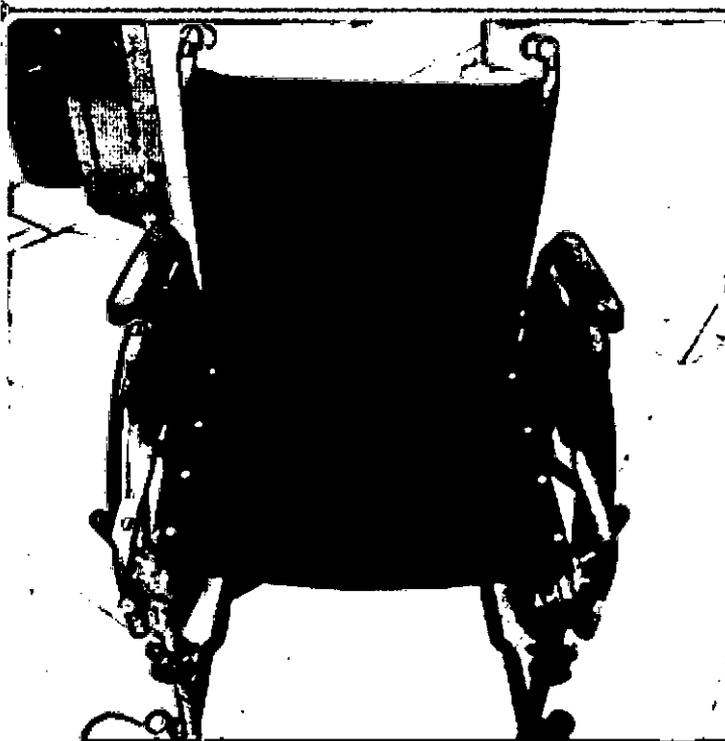
FUENTE: Elaboración Propia, 2018

SILLAS DE RUEDAS



Silla de ruedas antes

13:07



Silla de ruedas ahora

13:08

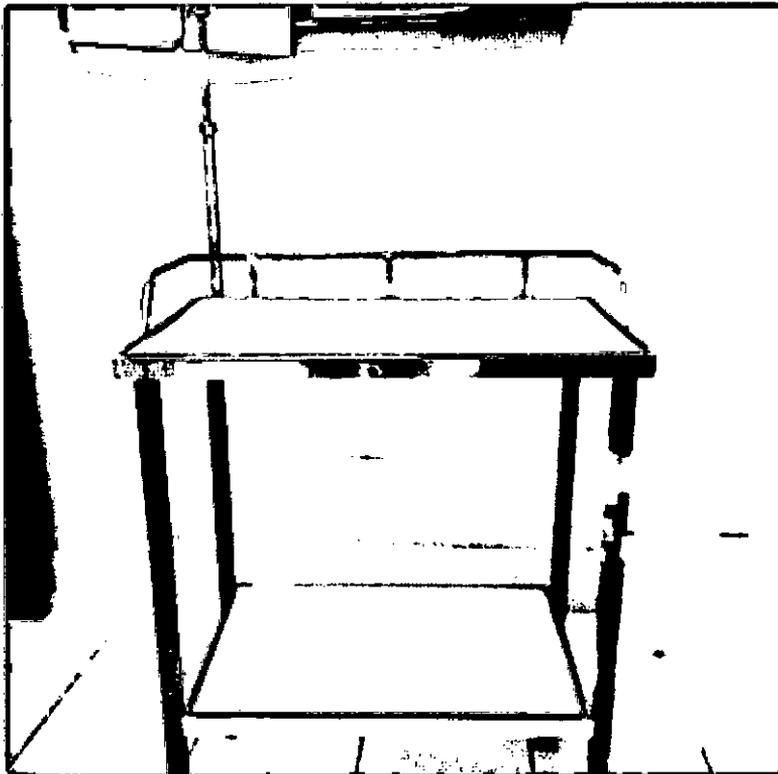
FUENTE: Elaboración Propia, 2018

COCHE DE VISITA



Coche de visita ahora

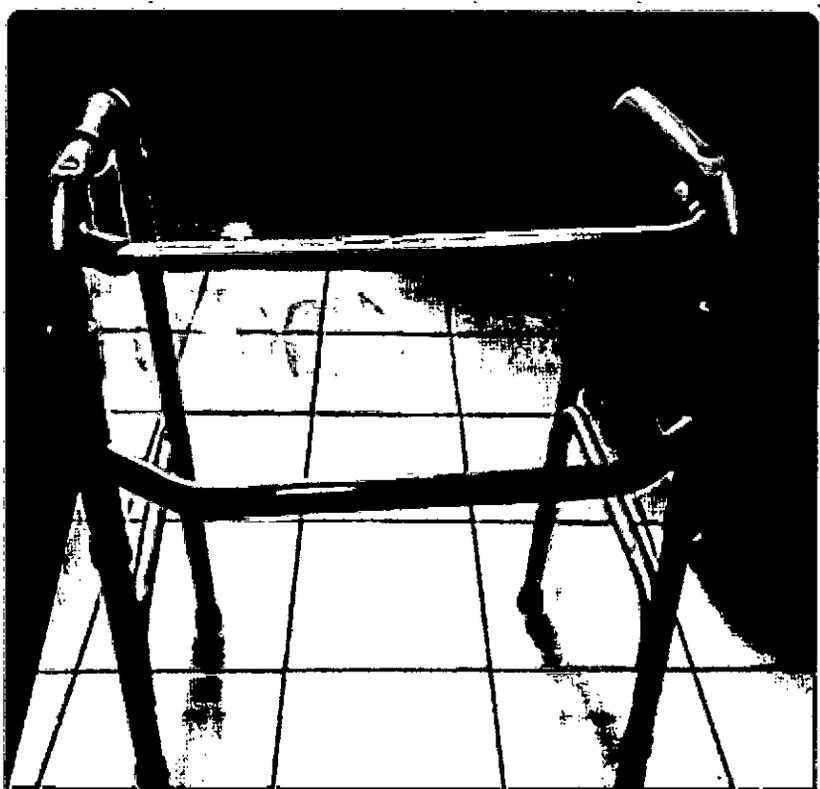
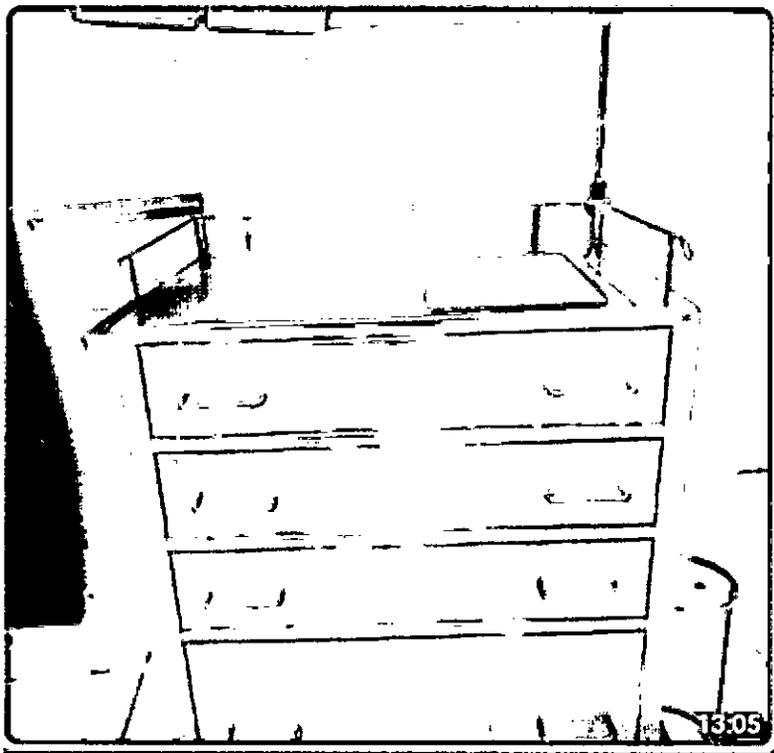
13:07



Coche de visita antes

13:06

FUENTE: Elaboración Propia, 2018



FUENTE: Elaboración Propia, 2018