

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON FRACTURA DE CODO EN EL
SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA,
2013 – 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

GIOVANNA ISABEL CAQUI CABALLERO

**CALLAO - 2017
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Giovanna', is written over a large, stylized loop.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO	Presidenta
DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA	Secretario
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGON	Vocal

ASESOR: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 004

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 398

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 30/10/2017

Resolución de Decanato N°2677-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. GIOVANNA ISABEL CAQUI CABALLERO

INDICE

Pág.

INTRODUCCION	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	6
1.3 JUSTIFICACION	6
II. MARCO TEORICO	
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL O TEORICO	12
2.3 DEFINICION DE TERMINOS	27
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	
3.1 RECOLECCION DE DATOS	28
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
PROCESOS REALIZADOS	40
IV. RESULTADOS	47
V. CONCLUSIONES	51
VI. RECOMENDACIONES	52
VII. REFERENCIALES	53
ANEXOS	56

INTRODUCCION

La fractura de codo es una rotura de uno o más de los huesos que forman la articulación del codo, los huesos de la articulación son humero (parte superior del brazo) cubito (el mayor de los huesos del antebrazo) y radio (hueso más pequeño del antebrazo).

Según la OMS conocer el estado de salud actual del paciente como la identificación de sus principales necesidades. Surge la necesidad de mantener un conocimiento actualizado para mejorar la atención brindada a este con la finalidad de mejorar la calidad de vida durante su estancia en el servicio (1)

En el presente informe de experiencia profesional titulado "fractura de codo en pacientes pediátricos en el Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña 2013 – 2016" tiene como finalidad reflejar los cuidados que brinda el profesional de enfermería en la atención de los pacientes. Teniendo en cuenta lo más importante la paciencia, calidad, calidez y el humanismo que se necesita para la atención en las diferentes etapas de desarrollo del niño.

La enfermera pediátrica es de suma importancia ya que se interesa de cuidar y controlar las diferentes facetas del crecimiento de un niño así como el desarrollo de todos los cuidados y formas de prevención que la salud de un niño necesite para asegurar su bienestar biopsicosocial.

El presente informe consta de VII capítulos, en El capítulo I: planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV : resultados ; capítulo V : conclusiones, capítulo VI las conclusiones y el capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Las fracturas de codo es el resultado de una caída, un golpe directo al codo o la torsión del brazo, además de la fractura puede haber esquinces, distenciones, luxaciones y pueden ocurrir en el codo o alrededor.

Las fracturas Supracondíleas son las fracturas más frecuentes en los niños de entre 5 a 8 años, muy raras después de la segunda década de la vida. La elevada incidencia de deformidad en el codo y las posibles complicaciones neurovasculares la vuelven una lesión grave (2).

Las fracturas Supracondíleas de humero, son por excelencia, las fracturas de la infancia, estudios estadísticos realizados han revelado que de cada 100 fracturas de todas las clases encontradas en niños de menos de 10 años cerca de unas 10 son del extremo inferior de húmero (2).

Algunos autores guatemaltecos realizaron investigaciones evidenciándose la presencia de fracturas en niños menores de 5 años en el país, representan entre un 27-38% del total de fracturas hasta los 12 años de edad. Observándose que la tendencia del problema es similar en todo el mundo. Los principales resultados de la investigación revelaron que La principal causa de las fracturas fueron las caídas en el 78.70%

casos, seguido de los juegos varios con el 6.70%, el tipo de fractura más frecuente fue la completa-transversa y la completa-oblicua con el 52.5% y 21.2% respectivamente, ubicándose las lesiones en el 77% de los casos en las extremidades superiores siendo el húmero el más afectado con el 46.2% de las fracturas. El 65% de la población era de sexo masculino. El grupo etario de 4-5 años representa un 33% de las lesiones, y en los niños de 2 a 5 años se ubican el 80% de las fracturas encontradas, las cuales en el 71.8% de los casos se produjo en su casa. El 82% de las fracturas se presentó en pacientes residentes de la región urbana (2).

En el Hospital Regional de Ayacucho como en muchos hospitales públicos adolecemos de equipamiento adecuado y personal disponible en sala de operaciones para el tratamiento oportuno de casos quirúrgicos como el de las fracturas supracondíleas de humero en niños, los cuales a pesar de ser considerados como emergencia por diversas circunstancias son postergados presentando como consecuencia complicaciones pre y post quirúrgicas que se asumen podrían superar en algún sentido las estadísticas, (3).

La infección origina un costo económico por la asistencia médica e indirectamente el ausentismo escolar, esto es observable en el Instituto Nacional de Salud del Niño es por ello que la atención de enfermería es indispensable así como el personal multidisciplinario para evitar las complicaciones. Evaluando y manteniendo el miembro inmovilizado

durante el tiempo hospitalario y brindar la atención para los cuidados en el hogar para y así se logre una consolidación adecuada.

En el interior de nuestro país la atención de los niños con fractura de codo es muy limitada atendándose los de menos complejidad como el caso de acortamientos fracturas viciosas pacientes con ontogénesis , que necesiten instrumentales de titanio aparato de fijación alargamientos, son referidos al instituto nacional de salud del niño por su capacidad resolutive y contando con el material de osteosíntesis adecuados y necesarios para las operaciones que requieran así mismo cuentan con profesionales especialistas que brindamos atención a nuestros niños observándose una sobredemanda de pacientes que buscan ser atendidos tanto por emergencia como por consulta externa. En el 2014 un promedio de 500 niños con afecciones traumatológicas fueron atendidos, en el 2015 son 700 niños que ingresan del interior del país de los cuales con fractura de codo fueron atendidos 111 en el año 2014, 126 en el 2015, siendo 158 en el año 2016 y lo que va del año las atenciones es de 67 pacientes.

1.2 OBJETIVOS

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos hospitalizados con fractura de codo en el servicio de Ortopedia y Traumatología del Instituto Nacional de Salud del niño.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes Pediátricos con fractura de codo y la capacitación a los familiares y/o cuidador en el servicio de Ortopedia y Traumatología con el propósito de disminuir complicaciones y el reingreso del paciente al servicio.

Así mismo el presente informe se justifica

Nivel teórico El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener en cuenta durante el cuidado del paciente con fractura de codo, en su terapéutica médica, en la valoración de la perfusión distal. Se brindará capacitación al familiar o cuidador del paciente con fractura de codo para tener en cuenta la importancia tanto de las posiciones como de la perfusión distal en el servicio de hospitalización de ortopedia y traumatología. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados durante la estancia del paciente en el servicio y así evitar posibles complicaciones

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los pacientes pediátricos en el servicio de hospitalización. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de hospitalización y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre el manejo adecuado de un paciente con fractura de codo.

Nivel Económico: Los pacientes pediátricos con fractura de codo generan gasto, económicas y sociales que conllevan ya que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria así mismo se sienten ansiosos por una nueva situación.

II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Chen KZ, Cai LX, Zhang HN, Guo YM. (2014) Realizo **“Estudio caso control en el tratamiento de la fractura supracondilea de húmero Gartland II en niños por la reducción cerrada y fijación interna con alambre Kirschner”**, con el objetivo es estudiar el efecto clínico de las fracturas supracondileas de húmero Gartland III en niños por intermedio de este tipo de reducción y fijación interna. Fue un estudio observacional, se empleó selección de pacientes con tipo de fractura supracondilea del húmero y se dividieron en dos grupos, el de tratamiento y el de control. Grupo de tratamiento fueron 32 pacientes tratados con reducción y fijación percutánea con Kirchner, y el grupo control 28 pacientes tratados con reducción abierta y fijación interna con agujas Kirchner. Resultados: El tiempo medio de curación de la fractura de la fractura del grupo control en semanas era más larga (5,01 +/- 0,43) que la del grupo de tratamiento (4,29 +/- 0,29) semanas. A los 6 meses después del tratamiento, el rango de movimiento del codo del grupo de tratamiento (146,02 +/- 2,28) era más que la del grupo control (140,76 +/- 4,42) ($t = -5,67$, $P = 0,00$). A los 6 meses después del tratamiento, de acuerdo a la evaluación Flynn, en el grupo control, hubo 7 casos como excelente, 16 tan bueno, 4 justo, 1 pobres; en el grupo de tratamiento, excelente en el

21, bueno en 9, justo en 2 ($T = 3,09$, $P = 0,002$). **CONCLUSIÓN:** Reducción cerrada y la aguja de Kirchner percutáneos fijación interna para el tratamiento de Gartland III fracturas del cóndilo humeral de los niños puede acortar el tiempo de curación de la fractura clínica y el efecto curativo clínica es mejor (13).

Carlos, Valderrama Molina (2011) Realizo en Medellín Colombia **“Fracturas supracondileas del húmero en niños entre 2 y 14 años, Perfil demográfico y de tratamiento”**, con el objetivo de conocer la epidemiología local, detectar en el seguimiento aciertos y errores. Fue un estudio observacional, se empleó la estadística descriptiva. Los resultados fueron 61.5% de los pacientes varones, media de edad 6.6 años, 62.4% afecto el lado izquierdo. 95.6% fueron fracturas cerradas, se hizo tratamiento quirúrgico en 50.2%. La técnica quirúrgica más frecuente fue la reducción cerrada con fijación percutánea con clavos cruzados (14).

Yessica Alexandra, Hinojosa León (2013) realizo en el hospital provincial general docente de Riobamba. **“Estudio importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el paciente preoperatoria”**. La atención de enfermería en pacientes que van a ser sometidos a cirugía y recibir anestesia, requiere un conocimiento profundo, el mismo que empieza desde el momento que se toma la decisión de realizar la

intervención quirúrgica, hasta su resultado final y esperado que esta sea el alta hospitalaria. Se considera a la cirugía como una amenaza real o potencial para la integridad corporal y también interfiere con el funcionamiento orgánico normal, el paciente sufre una lesión o enfermedad y esto con lleva a cambios en su vida diaria, hábitos personales, aunque sean de forma provisional. El éxito de la visita preoperatoria depende en gran parte de la cooperación del equipo quirúrgico, quienes al conocer el plan terapéutico basado en la historia clínica del paciente, deben ofrecer al mismo información, orientación adecuada, mantener una buena relación enfermera-paciente y el trato humano para brindarle un manejo peri operatorio de calidad, orientado a dar mayor seguridad de acuerdo al caso que se trate. El paciente ingresado o que va a ser sometido a cualquier tipo de cirugía, está en una realidad que puede ser percibida como una amenaza, llegando a originar un sentimiento de ansiedad, la misma que puede ser un factor para suspender una cirugía.(8)

Eloy Charlesse, Murayari Pérez (2014) realizo en Iquitos **“Estudio caracterización de los pacientes pediátricos con fracturas en extremidades”** Encontraron 150 pacientes pediátricos con fracturas en extremidades de los cuales el mayor porcentaje de los casos ocurrió entre el grupo etario de 6 a 10 años con el 56,7%, siendo el sexo masculino el más afectados con 63,3%, del total de los casos el 52% de los pacientes

procedían de zonas urbanas seguidos de la zona urbana marginal con 26,7%. Los pacientes con fracturas en extremidades tienen madres cuya ocupación de ama de casa represento el 42% seguido de obrero con 23,3%.y tuvieron padres cuya ocupación de obrero fue la de mayor representación con el 39,3%. Los pacientes con fracturas en extremidades tienen madres cuyo grado de instrucción de secundaria represento el 50% y tiene padres cuyo grado de instrucción de secundaria represento el 54% seguido de primaria como 24%. Los mayores porcentajes de causas de fracturas en extremidades fueron las caídas con 73,3% de los cuales el 29,1 % representan al resbalón, tropezón, por jugar y/o caminar en suelos inapropiados. El 48% de los pacientes pediátricos con fracturas en extremidades tuvo lugar en la calle, el 28% se produjo en la casa. Los traumas que más se asociaron a las causas de fracturas fueron los policontusiones con el 48,7%, seguido del TEC con 16%. El tiempo transcurrido desde producida la fractura hasta la hospitalización que con mayor porcentaje se presento fue menos de 24 horas con 56,7% del total de casos el 30% de pacientes con fracturas en extremidades tuvo atención inicial antes de la hospitalización por un sobador y solo el 13,3% fue atendido por un médico. El 15,3% de los pacientes pediátricos con fracturas en extremidades tenían antecedentes de fracturas. El 60,7% de los pacientes pediátricos con fracturas en extremidades estuvieron hospitalizados ente 1 a 3 días. El mayor porcentaje de los casos ocurrió en personas afiliadas al SIS con un 76,7%. Los pacientes pediátricos con

fracturas en extremidades recibieron en su mayoría tratamiento cruento con 56,7%. El 66% de las fracturas ocurrió en la extremidad superior. De todos los casos el hueso más afectado fue el humero con 35,3% y los que no se afectaron fueron el omoplato y la pelvis. La localización del segmento del hueso afectado con mayor porcentaje fue el distal con 62,6% en la extremidad superior, sin embargo de todos los huesos del miembro inferior el segmento más afectado resulto el medio con 72,6%. El tipo de fractura diafisarias en extremidad con mayor porcentaje según el trazo fue completa transversa con 23,3% mientras que por las epifisarias según el trazo fue salter Harris II con 26,1%.(7)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Fractura de codo

Definición.- Una fractura de codo es una fractura de uno o más de los 3 huesos que forman la articulación del codo. Una fractura de codo a menudo es a causa de una lesión. Un ejemplo es una caída sobre una mano extendida con un codo doblado.

Anatomía.- El codo es una articulación compuesta de tres huesos. El codo se flexiona y se estira como una bisagra.

- *El húmero* es el hueso del brazo entre el hombro y el codo.
- *El radio* es uno de los huesos del antebrazo entre el codo y la muñeca. Cuando usted coloca la palma de su mano hacia arriba, el radio

está en el antebrazo "del lado que corresponde al pulgar" (lado lateral, externo).

- El cúbito es el otro hueso del antebrazo entre el codo y la muñeca, está situado junto al radio y corre en el mismo sentido. Cuando coloca la palma de su mano hacia arriba, el cúbito está en el antebrazo "del lado del meñique" (lado medial, interno).

Tipos de fracturas de codo Un niño puede experimentar una fractura en varios lugares en la zona del codo, incluyendo:

- Por arriba del codo (supracondílea). El hueso del brazo (húmero) se quiebra a poca distancia arriba del codo. Estas fracturas generalmente ocurren en niños menores de 8 años. Ésta es la fractura de codo más común, y una de las más graves porque puede derivar en daño de los nervios y trastorno de la circulación.
- En el codo (condílea). Este tipo de fractura ocurre a través de una de las prominencias redondeadas del hueso (cóndilos) en el extremo del hueso del brazo. La mayoría ocurren a través de la prominencia externa (lateral). Estas fracturas requieren un cuidadoso tratamiento, porque pueden alterar el cartílago de crecimiento (placa epifisaria) y también la superficie de la articulación.
- En el interior del extremo del codo (epicondílea). En la parte superior de cada prominencia ósea hay una proyección llamada el epicóndilo. Las fracturas en este punto generalmente ocurren en el epicóndilo interno (medial) en niños de 9 a 14 años.

- **Cartílago de crecimiento (placa epifisaria).** El hueso del brazo y los dos huesos del antebrazo tienen cartílagos de crecimiento situados cerca del extremo del hueso. Una fractura que altera el cartílago de crecimiento (placa epifisaria) puede causar la detención del crecimiento y/o deformidad si no se trata enseguida.
- **Antebrazo.** Una luxación del codo puede quebrar completamente la cabeza del radio, y la fuerza excesiva puede causar una fractura de compresión también en ese hueso. Las fracturas de la punta (olecranon) del otro hueso del antebrazo (cúbito) son raras.
- **Luxación con fractura.** El cúbito y el radio constituyen los huesos del antebrazo y limitan con los huesos de la mano en la muñeca. Una fractura del cúbito asociada con una luxación de la parte superior del radio en el codo se llama una fractura de Monteggia. Si la luxación no se ve y sólo se trata la fractura, esto puede llevar a un trastorno permanente de la función articular del codo.

FOTO 1 EN ANEXO 1

Síntomas- Aunque cada fractura tiene unas características especiales, que dependen del mecanismo de producción, la localización y el estado general previo del paciente, existe un conjunto de síntomas común a todas las fracturas, que conviene conocer para advertirlas cuando se

producen y acudir a un centro hospitalario con prontitud. Estos síntomas generales son:

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.

Deformidad: La deformación del miembro afectado depende del tipo de fractura. Algunas fracturas producen deformidades características cuya observación basta a los expertos para saber qué hueso está fracturado y por dónde.

Hematoma: Se produce por la lesión de los vasos que irrigan el hueso y de los tejidos adyacentes.

Fiebre: En muchas ocasiones, sobre todo en fracturas importantes y en personas jóvenes, aparece fiebre después de una fractura sin que exista infección alguna. También puede aparecer fiebre pasando unos días, pero ésta es debida, si no hay infección, a la reabsorción normal del hematoma.

A) Examen médico

Después de discutir los síntomas de su niño y los antecedentes médicos, su médico examinará el brazo de su niño.

- Alrededor del codo habrá Dolor con la palpación
- Inflamación (puede ser leve o severa)
- Moretones
- Movimientos limitados
- La mano podría tener un aspecto oscuro o grisáceo si la circulación ha sido afectada.
- Durante el examen físico, su médico verificará si hay algún daño en los nervios o vasos sanguíneos.
- Las radiografías son necesarias. Éstas establecerán qué tipo de fractura ocurrió y si los huesos se movieron de su lugar. Como los huesos de un niño aún se están formando, su médico podría pedir radiografías de los dos brazos para comparar.

B) Tratamiento

El tratamiento depende del tipo de fractura y del grado de desplazamiento. El término desplazamiento hace referencia a la distancia que se separaron los extremos quebrados de los huesos.

FOTO 2 EN ANEXO 2

Tratamiento no quirúrgico

Si el desplazamiento es muy pequeño o no hay desplazamiento, el médico puede inmovilizar el brazo en un yeso o una férula durante 3 a 5 semanas. Durante este tiempo, puede que sea necesaria otra radiografía para determinar si los huesos permanecen debidamente alineados.

Tratamiento quirúrgico

Si la fractura forzó a los huesos fuera de alineación, el médico deberá manipularlos para volverlos a su lugar. A veces esto puede hacerse sin cirugía, pero con más frecuencia se necesitará cirugía. Se usan clavos, tornillos o alambres para mantener a los huesos en su lugar, el niño deberá usar un yeso durante varias semanas antes que se retiren los clavos. Los ejercicios para el rango de movimiento pueden generalmente empezar más o menos un mes después de la cirugía.

Resultados a largo plazo

Si la fractura del codo se recolocó en la posición normal, y luego se fijó con clavos temporalmente hasta que los extremos suelden, el resultado a largo plazo generalmente es un codo con funcionamiento normal. El rango de movimiento del codo del paciente regresa a normal, o tiene apenas una limitación leve. Si la fractura suelda en la posición incorrecta, el codo puede permanecer permanentemente doblado y tener

un rango de movimiento limitado. Es muy importante que el codo sea tratado correctamente en el momento de la lesión inicial.

2.2.2 Cuidados de Enfermería en Fractura de Codo

DIAGNÓSTICO	Objetivos	INTERVENCIONES
1. Deterioro de la movilidad física R/C perdida de la integridad de las estructuras óseas.	Paciente mantendrá la inmovilidad.	Cuidado de la inmovilización Alineación de la tracción Colocar bolsas de arena Evaluar signos de perfusión. Evaluar estado del yeso y vendajes. Enviar al paciente a Rx. o ha rehabilitación Educación a la madre para el cuidado casa.
2. déficit de las actividades recreativas R/C inmovilidad.	Paciente mejorara las actividades recreativas	Terapia de entretenimiento -Apoyo emocional -Ganarse su confianza. -Conversar con los padres sobre los juegos favoritos que le guste en casa. -Hacerle escuchar música, TV, ETC. -Fomentar las relaciones sociales

<p>3. Déficit del autocuidado R/C deterioro musculoesquelético</p>	<p>.paciente mejorar el autocuidado</p>	<p>Ayuda al autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lograr empatía logrando seguridad y confianza. -Aseo matinal. -Ayudarlo a vestirse -Cambio de ropa de cama.
<p>4. Dolor R/C agentes lesivos</p>	<p>Paciente calmara su dolor.</p>	<p>Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar intensidad de dolor (escala de caritas) -Distracción como cuentos, juguetes, TV, música. -Brindar confort. -Administrar analgésico -Evaluar efecto.
<p>5. Deterioro del patrón de sueño R/C ruidos, iluminación, administración de medicamento</p>	<p>Paciente mejorar el patrón de sueño.</p>	<p>Manejo ambiental y dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - tratar de disminuir ruidos externos. -Mantener luz tenue o mínima. -No permitir dormir durante el día. -Evaluar si tiene dolor. -Administrar analgésico indicado. -Evaluar el efecto.

<p>6. Riesgo de infección R/C deterioro de las defensas, procedimientos invasivos</p>	<p>Paciente mejorar el riesgo de infección</p>	<p>Control de infecciones</p> <p>Administración de antibióticos.</p> <p>Control de temperatura.</p> <p>Manejo de bioseguridad</p> <p>Mantener esparadrapos limpios</p> <p>Cambio de vía cuando se requiera</p> <p>Cuidado de heridas</p> <p>Evaluación de apósitos y gasas.</p> <p>Cuidado de catéter.</p> <p>Evaluar inserción de clavos</p> <p>Evaluar CVP signos de flebitis.</p> <p>Mantener esparadrapos limpios.</p> <p>Cambio de vía cuando requiera.</p>
<p>7. Riesgo de caídas R/C la inmovilidad física, edad, falta de supervisión parental.</p>	<p>Paciente disminuirá el riesgo de caída.</p>	<p>Manejo de medidas para evitar caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantar barandas de la cuna. - Acompañarlo al baño. - Apoyarlo con silla de ruedas.

2.2.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo de salud. Es una profesión que necesita y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. El enfermero también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud y sabe evaluar las necesidades humanas.

2.2.4 META PARADIGMAS

- **Salud:** definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.
- **Entorno:** todas las condiciones externas que inflúan en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.
- **Persona:** hace dos definiciones:

1. Es un ser *bio-psico-social*, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.
 2. El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.
- **Enfermería:** Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.

ASUNCIONES CIENTÍFICAS O POSTULADOS

- 1.- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- 2.- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- 3.- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo

APLICACIÓN A LA PRÁCTICA

Para Henderson, las 14 necesidades básicas humanas orientarán las 5 fases del proceso.

Fase de valoración

Permite conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones.

Durante la observación se aprecia que la valoración del paciente se basa

en el nivel de satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas

Registrando en la hoja de cuidados de enfermería si el paciente es independiente, parcialmente dependiente o totalmente dependiente, con respecto a las siguientes necesidades:

1. Respiración: respirar normalmente.
2. Alimentación: comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación: eliminar los desechos corporales.
4. Movilización: moverse y mantener posturas deseables.
5. Descanso: dormir y descansar.
6. Vestuario: seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Termo-regulación: mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Higiene: mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Seguridad: evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicación: comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.
11. Religión: rendir culto según la propia fe.
12. Adaptación: trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.
13. Recreación: jugar o participar en diversas formas de ocio.

14. Educación: aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Las enfermeras además valoran y registran el riesgo de caídas y de úlceras por presión al inicio de cada turno y la presencia de dolor cada 4 horas como quinto signo vital.

Fase de diagnóstico

Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente en relación a cada una de las necesidades básicas, según el resultado de la valoración. Durante la observación se aprecia que el diagnóstico de enfermería no se encuentra establecido en la hoja de cuidados de enfermería; por lo tanto, las enfermeras no realizan diagnósticos basados en la valoración del paciente.

Fase de planificación

Se elabora un plan que responda a las necesidades del paciente y que integre las funciones independientes, dependientes e interdependientes de la enfermera, considerando las actividades que el paciente y su familia puede realizar. Durante la observación se aprecia que la planificación de los cuidados se basa en las actividades destinadas a la satisfacción de 9 de las 14 necesidades humanas básicas. se registran en la hoja de cuidados de enfermería los objetivos del día, los signos de alarma, la

frecuencia del control de signos vitales y la frecuencia con la que se deben realizar las siguientes intervenciones/actividades:

1. Respiración: mantener al paciente semisentado, realizar ejercicios respiratorios, aspirar secreciones (calidad/cantidad), controlar oxigenoterapia (método/FIO₂).
2. Alimentación: método de alimentación, estimular ingesta de líquidos, permeabilizar SNE/SNG después de alimentar, rotar sitio fijación SNE/SNG, aspirar residuo SNE/SNG antes de alimentar, avisar a enfermera si vómitos (calidad/cantidad), estimular succión, evaluar técnica de amamantamiento, pesar/medir al paciente.
3. Eliminación: medir orina, pesar pañal, retirar sonda vesical, cambiar fijación sonda vesical.
4. Movilización: cambiar de posición, sentar a silla/coche, acompañar al baño, levantar con ayuda.
5. Descanso: tipo de reposo, atenuar luces/TV/radio, otros.
6. Vestuario: cambio ropa de cama, cambio camisa.
7. Termorregulación: avisar a enfermera en caso de fiebre, medidas físicas.
8. Higiene y piel: realizar aseo ocular, realizar aseo bucal, realizar aseo genital, bañar en cama, lubricar zona de pañal, realizar curación, aplicar crema.

9. Seguridad: instalar contención, retirar contención y evaluar piel, instalar faja abdominal, revisar barandas en alto, revisar timbre a mano.

Además existe un espacio destinado al registro de cuidados exclusivos; sin embargo, las enfermeras no utilizan este espacio para registrar la planificación de actividades necesarias para satisfacer las necesidades de comunicación, religión, adaptación, recreación ni educación.

Fase de ejecución

La enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud y recuperarse de la enfermedad o para tener una muerte pacífica incorporando a la familia en los cuidados. Durante la observación se aprecia que la ejecución de los cuidados se basa en el cumplimiento de las actividades planificadas para satisfacer 9 de las 14 necesidades humanas básicas. Enfermería registran en la hoja de cuidados: la hora de ejecución de los cuidados planificados y las iniciales del ejecutor.

Las enfermeras ejecutan cuidados autónomos para satisfacer la necesidad de adaptación tanto del paciente como de su familia como: solicitar la almohada, cambiar el canal de la televisión, permitir el uso de computador, fomentar que los padres realicen algunos cuidados, entre otros.

Sin embargo, ninguna de estas actividades es registrada en la hoja de cuidados de enfermería, ya que no están incorporadas dentro de la

planificación. Las actividades para satisfacer la necesidad de educación de los cuidadores son realizadas por la enfermera, quien utiliza la hoja de registro de educación interdisciplinaria para cada una de las sesiones, registrando fecha, valoración inicial, percepción del estado emocional, limitaciones para aprender, medio educativo utilizado, tiempo utilizado, contenido educativo, nombre de la persona educada, nombre del profesional que educa y evaluación del aprendizaje.

Fase de evaluación

Se realiza según el grado de independencia del paciente, considerando que una orientación educativa oportuna por parte de la enfermera facilitará que el paciente o su familia realicen los cuidados necesarios de manera independiente. Durante la observación se aprecia que la evaluación de los cuidados no está establecida en la hoja de cuidados de enfermería; por lo tanto, las enfermeras no registran los resultados esperados para las intervenciones planificadas. Las enfermeras evalúan y registran los cuidados sólo luego de una intervención derivada de las indicaciones médicas, como: control de saturación luego de modificar la administración de oxígeno, control de temperatura luego de administrar antipiréticos, control de escala de dolor luego de administrar analgesia, entre otros.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a) **Supracondilea** Por arriba del codo (supracondílea). El hueso del brazo (húmero)

- b) **rigidez articular** síntoma de dolor al mover una articulación, el síntoma de una pérdida del rango de movimiento o el signo físico de una reducción en el rango de movimiento.
- c) **Articulación** Unión material de dos o más piezas de modo que por lo menos una de ellas mantenga alguna libertad de movimiento.
- d) **Diafisis** "Caña" del hueso. Parte central larga del hueso
- e) **Epífisis:** Extremos del hueso. Recubierto de cartílago para formar la articulación con otro hueso y permitir el movimiento.
- f) **Fisis o cartilago de crecimiento:** Órgano que permite el crecimiento en longitud. Con la adolescencia se cierra y cesa el crecimiento.
- g) **Metáfisis:** Segmento de hueso entre la fisis y la diáfisis. Hueso más ancho y esponjoso que la diáfisis.
- h) **Periostio:** Membrana que recubre el hueso. Es más grueso y rico en células madre en su cara interna que en el adulto y servirá para que la diáfisis del hueso crezca en grosor y para la reparación de fracturas.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- Recolección de Datos:
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados:

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Recuento de la Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional se inicia en el año 2001 donde realizaba actividades de atención primaria en los diferentes programas que realizamos como inmunizaciones, crecimiento y desarrollo, atención de

tópico programa del escolar y adolescente, enfermedades metaxenicas en el Puesto de salud de Cosma donde realice SERUMS (Servicio Rural Urbano Marginal).

Centro de Salud Canchabamba –Huánuco (nov 2002 a marzo del 2004).

Centro de Salud Pinra – Huánuco (abril a junio del 2004).

Instituto Nacional Glicerio Gómez Igarza - LLata Huánuco realice la docencia.

Puesto de Salud Racuay (enero a mayo del 2006).

En el año 2006 en la Clínica Limatambo como Enfermera Asistencial en el servicio de emergencia (Trauma shock) y hospitalización y pediatría atención del recién nacido inmediato.

En la Servicio de emergencia cumpla la función asistencial docente administrativa y de investigación atendiendo pacientes con diferentes patologías en casos de ICC, síndrome isquémico coronario (SICA), ACV coma diabético, encefalopatías hepáticas y multifactoriales, síndrome convulsivos. Priorizando los diagnósticos y realizando técnicas según protocolo de atención para posteriormente ser hospitalizados en piso en UCI y/o intervenidos quirúrgicamente Instituto Nacional de Salud del Niño Especialidad de Emergencia y desastres año 2008 y 2009

En el año 2008 en el Instituto Nacional de Salud del Niño como enfermera asistencial en el servicio de hospitalización de Ortopedia y

Traumatología atendiendo pacientes con afecciones osteomusculares y osteoarticulares en casos de artritis , osteomielitis fracturas de codo fémur, de cadera así como luxaciones de caderas, columnas escoliosis acortamientos de miembros, pacientes con ontogénesis imperfecta son niños con malformaciones de huesos también llamados niños de cristal, pacientes con fijadores externos, aparatos distractores para alargamientos de miembros, colocación de tracciones cutáneas que se utiliza para evitar rodillas flexas y mantener alineado la fractura y mejorar la consolidación del hueso, cuidados de yesos pelvipedios, valoración de los signos de perfusión en los pacientes con yeso, manejo del dolor, educación sanitaria a los familiares para el cuidado en el hogar,

en el año 2015 Estudio la especialidad de pediatría en la Universidad del Callao, asumiendo mayores responsabilidades en el campo laboral contando con una serie de herramientas que configuraron mi perfil profesional como los conocimientos, habilidades, formación académica y la experiencia laboral adquirida

Rotando por los servicios de Cirugía de Tórax y brindando atención a pacientes post operados del corazón en cirugía plástica con diagnósticos de labio leporino, paladar hendido y en servicio de Neurocirugía, con diagnóstico de tumores, hidrocefalia, microcefalia, anencefalia, post operado con drenaje externo y derivación ventrículo peritoneal.

Actualmente nombrada laborando en el servicio de ortopedia y traumatología.

- **DESCRIPCIÓN DEL ÁREA LABORAL**

INSTITUCION

El Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña es un lugar de referencia a nivel nacional es de fácil acceso encontrándose en una Avenida principal y muy transitada. Los pacientes son atendidos de forma ambulatoria o por emergencia

FOTO 3 EN ANEXO 3

- **ORGANIZACION**

La estructura orgánica del instituto nacional de salud del niño fue aprobado con resolución ministerial n° 083-2010/Minsa, está comprendida por unidades orgánicas hasta el tercer nivel organizacional, además cada unidad orgánica cuenta con sus respectivos manuales de organización y funciones

FOTO 4 EN ANEXO 4

- **SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA** del instituto nacional de salud del niño BREÑA-MINSA es un centro de referencias a nivel nacional que brinda un servicio de atención integral a los niños y cuenta con personal de salud altamente especializado y capacitado,

encargada en brindar atención quirúrgica integral holística y humanizada a los pacientes pediátricos desde un 1 mes a 17 años 11 meses y 29 días con afecciones musculo esqueléticos, ubicado en el cuarto piso del monoblock lado B, que cuenta con 7 pisos encargado de evaluar, cuidar y velar por la recuperación del paciente con problemas osteomusculares y osteoarticulares poniendo en práctica el proceso de las guías de intervención de enfermería.

- **VISIÓN**

Lograr los cuidados de enfermería basados en el diagnóstico con ciencia amor y sin riesgos, en el tratamiento recuperación y rehabilitación de la salud del niño y adolescente, con principios científicos humanísticos y éticos.

- **VISION**

Ser para el año un servicio modelo en el cuidado de enfermería para nuestros niños y adolescentes que acuden a nuestro servicio desarrollando la atención altamente especializada, la docencia e investigación en condiciones de pleno respeto de su dignidad y derechos de nuestros niños.

- ❖ **ORGANIZACIÓN**

Medico jefe

Enfermera jefa

Médicos asistenciales

Enfermeras asistenciales

Personal técnico de enfermería

❖ **RECURSOS HUMANOS**

PERSONAL	NUMERO
Medico Jefe	1
Médicos Asistenciales	16
Médico Pediatra	1
Enfermera Jefe	1
Enfermeras Asistenciales	20
Técnicos en Enfermería	20
Asistenta Social	1
Nutricionista	1
Psicólogo	1
Medicina física	1
Secretaria	1
Limpieza	1

❖ **INFRAESTRUCTURA**

El servicio de ortopedia y traumatología cuenta con una capacidad de 36 camas distribuidas en 8 ambientes por grupo etario (lactante, pre escolares , escolares y adolescentes) contando con 6 camas las salas 438, 437, 436 ,

Sala 434 con 6 cunas

Salas 432 y 431 con 3 camas

408 con 2 camas Y

411 con 4 cunas.

- Lactantes y pre escolares 10 cunas
- Escolares y adolescentes 24 camas

Ambientes

- 438 niños escolares
- 437 post operados
- 436 niñas escolares
- 434 y 411 lactantes y pre escolares
- 432, 431, 408 sala de infectados (pacientes con osteomielitis
artritis, celulitis, etc.)
- un Centro de cómputo de Fundación telefónica
- Oficina de Jefatura medica
- Tópico de enfermería
- Repostería
- Start de enfermería
- Oficina de Jefatura de enfermería
- Ambiente de ropa sucia
- Ambiente de material limpio
- Almacén de material

- Ropería
- Sala de médicos
- Servicios higiénicos para pacientes
- Servicio higiénicos para personal de salud.

❖ **Prestaciones**

Se brinda prestaciones de servicio a todos los pacientes pediátricos a nivel nacional por ser un centro de referencia.

❖ **Funciones Desarrolladas en la Actualidad**

FUNCIÓN ASISTENCIAL

La enfermera tiene la función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto biología como sociología puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

- Recepción del paciente de forma ambulatoria o de emergencia.
- Control de funciones vitales.

- Brindar cuidado integral de enfermería al paciente con problemas osteomusculares y osteoarticulares.
- Evaluar y ejecutar el cuidado de enfermería.
- Orientación al ingreso del paciente.
- Enviar la historia clínica para ingreso al SIS o solicitarla la hoja 1.
- Llenar todos los datos en la historia clínica, kardex.
- Participar en la visita médica informando el estado de salud del usuario.
- Ejecutar procedimientos técnicos en la atención del usuario con problemas osteomusculares y osteoarticulares. (colocación de tracción de partes blandas, evaluación del funcionamiento de las atracciones, venoclisis, realizar alargamientos dependiendo de la indicación médica, valorar la perfusión distal de los pacientes con yeso,
- Verificar las zonas operatorias de los usuarios según la patología.
- Administrar las prescripciones médicas y evaluar al paciente en forma oportuna y eficiente.
- Coordinar el material de osteosíntesis, la receta de medicinas, paquetes globulares, arco en c y/o radiografía intraoperatoria y anestesia que se va utilizar para la intervención quirúrgica para así no retrasar dicha intervención quirúrgica.
- Realizar el preoperatorio de los pacientes programados para sala de operaciones. Cumplir con las normas de bioseguridad.

- Verificar los medicamentos, materiales e insumos de los pacientes, su provisión las 24 horas del día.
- Verificar la limpieza, orden y conservación de los ambientes del servicio de ortopedia y traumatología.
- Brindar charlas educativas durante la permanencias de los usuarios
- Educar a la madre durante el alta del paciente sobre los cuidados en el hogar.

FOTO 5 EN ANEXO 5

FUNCIÓN ADMINISTRATIVA

- Admisión del paciente que ingresa por consultorio externo o por emergencia con la historia clínica.
- Censo diario del usuario al término de cada turno para estadística respectiva
- Alta del paciente enviar historia clínica al SIS y/o servicio Social para trámites correspondientes.
- Se realiza pedido de medicamentos a la farmacia del SIS o solicitar al familiar que lo compre en caso fuera pegante.
- Efectivizar las interconsultas solicitadas.
- Participación en la elaboración de las guías de intervención, procedimientos, etc.

FOTO 6 EN ANEXO 6

FUNCION DOCENTE

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla.

Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional interviene en sus actividades en el proceso de educación para la salud.

- Educación sanitaria a personas , familia núcleos sociales y comunidad
- Educación del equipo sanitario capacitados como todos los integrantes para cumplir actividades de su competencia,
- Formación continua favoreciendo el alto nivel de conocimientos de todo el personal de salud mediante cursos , charlas , conferencias,
- Educación permanente es la obligación que tenemos todos los profesionales para seguir auto educándose siguiendo el avance de la ciencia

FOTO 7 EN ANEXO 7

FUNCION DE INVESTIGACION

La Enfermera realiza la función investigadora mediante todas aquellas actividades que van a fomentar avances mediante investigaciones,

estableciendo los campos donde enfermería trabajar (en colaboración con los otros equipos de salud).

Permite aprender nuevos aspectos de la profesión.

Permite mejorar la práctica.

Algunos campos de investigación son:

la comunidad sobre la cual se actúa

el alumno a quien se enseña

la materia docente en si misma

los procedimientos de enfermería y su efectividad

las pruebas de nuevas técnicas

FOTO 8 EN ANEXO 8

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

CASO RELEVANTE

Paciente varón de 2 años de edad con diagnóstico médico de fractura de codo bilateral por maltrato infantil aparentemente post operado por emergencia ingresa al servicio de hospitalización de ortopedia y traumatología, con férula de yeso más vendajes en ambos miembros superiores mostrándose quejumbroso, intranquilo evaluado por la fiscalía, quien descarta maltrato infantil, se observa petequias en hemicara izquierda, equimosis de más o menos 1 cm en hemicara izquierda y cara interna de los muslos, con laceración en zona peri

auricular izquierda, al movimiento se muestra hipersensible, Las manos presentan edema discreto, evaluado por fiscalía quien descarta maltrato infantil durante el baño al niño, post operado 1 día se observa aumento de volumen en la pierna derecha, perdida de continuidad, dolor se toma radiografía y se evidencia fractura de fémur derecho, la madre se encontraba preocupada ya que la fractura de codo fue al caerse de la cama y ahora la fractura de fémur fue solo al cargarlo para darle de lactar, se le coloca la tracción cutánea en el miembro inferior derecho con 1 kg de peso, cursándose I/C a genética por D/C ontogénesis imperfecta.

RECOLECCION DE DATOS

A. De los Familiares

La madre del paciente refiere que su hijo dormía en la cama y al despertar se cayó bruscamente al piso consecuencia del impacto resultó lesionado ambos miembros superiores e imposibilitado para moverse llorando incansablemente siendo conducido al Servicio de Emergencia del Hospital, durante la hospitalización le dio de lactar y al cargarlo se fractura el miembro inferior derecho.

B. De la Historia Clínica.

Paciente ingresa por emergencia el día de hoy acompañado de sus familiares presentando petequias en hemicara izquierda, equimosis de más o menos 1 cm en hemicara izquierda y cara interna de los muslos, con laceración en zona peri auricular izquierda, al movimiento se muestra

hipersensible, evaluado y operado por Traumatólogo de Emergencia, se hospitaliza en servicio de Hospitalización de ortopedia y traumatología siendo evaluado por fiscalía presentando tumefacción de bolsa escrotal derecha.

Día 1 hospitalización presenta fractura de fémur en miembro inferior derecho se coloca tracción cutánea 1 kg. Evaluado por:

Mamis por maltrato infantil.

Urología diagnosticando hidrocele.

Genética diagnosticando ontogénesis imperfecta tipo 1.

Nutrición diagnosticando desnutrición moderada.

F.V: P.A.:100/60 mmhg.

T:37 °C

FC: 130x

FR:28x

Peso 9kg.

INDICACIONES MÉDICAS

- CLNA Na 9°/°° a X gts X
- Hidrocortisona 90 mg EV antes de SOP
- Nebulización 5 gts de salbutamol- 4cc de CINA C/20" X 3 veces
- intervenido quirúrgicamente por emergencia Reducción cruenta + osteosíntesis con clavo y colocación de férula de yeso.
- metamizol 100 mg EV c/8
- cefazolina 250 mg EV c/8 horas

- cefalexina 3cc C/8 horas
- paracetamol 5cc VO C7(horas
- I/C genética, urología, nutrición, mamis.

ANALISIS SOLICITADOS

- Hemograma completo
- Grupo S y F RH
- Examen completo de orina
- glucosa, urea, creatinina, TGO, TGP.
- Serológicos (HIV, HVB,)
- Tiempo de coagulación y sangría
- Rx de pulmones, cráneo, columna
- Proteínas totales, Ca P, N telopeptidos en orina,
- Rx cráneo, tórax, miembro inferior columna.
- Fosfatasa alcalina
- Albuminas
- Globulinas
- amilasa
- Densitometría ósea

VALORACIÓN

Paciente de 2 años de edad post operado lloroso, intranquilo en posición de cubito dorsal obligado, con edema discreto en manos, pérdida de la función de la zona fracturada

DIAGNOSTICO

1. Dolor r/c agentes lesivos
2. Deterioro de la movilidad física R/C perdida de la integridad de las estructuras óseas.
3. déficit de las actividades recreativas R/C inmovilidad.
4. Riesgo de caídas R/C la inmovilidad física, edad, falta de supervision parental.

INTERVENCION

1. Diminuir el dolor.
2. Paciente mantendra La inmovilidad
3. Paciente mejorara las atividades recreativas
4. Paciente disminuirá el riesgo de caídas

EJECUCION

1. **Manejo del dolor**
 - Evaluar intensidad de dolor escala de caritas)
 - Distracción como cuentos, juguetes, TV, música.

- Brindar confort.
- Administrar analgésico
- Evaluar efecto.

2. Cuidado de la inmovilización

- Alineación de la tracción.
- Colocar bolsas de arena
- Evaluar signos de perfusión (edema, color, calor, llenado capilar).
- Evaluar estado de la tracción, yeso y vendajes.
- Enviar al paciente a Rx. o rehabilitación.
- Educación a la madre para el cuidado en casa.

3. Déficit de las actividades recreativas

Terapia de entretenimiento

- Apoyo emocional
- Ganarse su confianza.
- Conversar con los padres sobre los juegos favoritos que le guste en casa.
- Hacerle escuchar música, TV, ETC.
- Fomentar las relaciones sociales.

4. Manejo de medidas para evitar caídas.

- Levantar las barandas de la cuna.
- Acompañarlo al baño.
- Apoyarlo con silla de Rueda.

EVALUACIÓN

Paciente disminuye el dolor

Se adapta al servicio

Juega con ayuda y supervisión

Se brinda consejería sobre cuidados en el hogar

Cita por consultorio externo

Innovaciones – Aportes

- ❖ Se realiza guías de procedimientos.
- ❖ Se realizó el flux grama de alta del servicio debido a la variación del SIS.
- ❖ Se realizó la hoja de valoración del paciente traumatológico.
- ❖ Avance en las guías de intervención de enfermería en meniscopatia y Pie bott.
- ❖ Se elaboró los formatos de balance hídrico del servicio.
- ❖ Elaboración de educación y consejería a los familiares.
- ❖ Se acuerda métodos para disminuir quejas de los usuarios.
- ❖ Paciente programado debe ser evaluado por enfermería.

Limitaciones para el Desempeño Profesional

- ❖ capacitación del personal insuficiente
- ❖ Falta de trabajo en equipo

- ❖ Falta de guías de procedimiento.
- ❖ Ausentismo del personal técnico sobrecargando el trabajo al personal.
- ❖ Deficiente comunicación con los usuarios.
- ❖ Falta de equipos en buen estado.
- ❖ Falta de informe médico a los familiares.
- ❖ Déficit de protocolos de atención del paciente con fractura de codo.

IV RESULTADOS

CUADRO 4.1

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA 2016

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Lactantes	3	6%	4	3.7%	7	4.4%
Pre escolares	26	52%	45	41.7%	71	44.9%
Escolares	21	42%	52	48.1%	73	46.2%
adolescentes	0	0%	7	6.5%	7	4.4%
Total	50	100%	108	100%	158	100%

Fuente Registro de ingresos de pacientes.

En el cuadro 4.1 vemos que los más vulnerables en sufrir fractura de codo son los niños pre escolar y escolar, siendo el grupo de escolares el que apporto 46.2% del total vemos una prevalencia en el sexo masculino con 48.1%.

CUADRO 4.2
EDAD Y DIAS DE HOSPITALIZACION DE LOS
PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA 2016

DIAS DE HOSPITALIZACION	GRUPO ETARIO									
	lactantes		Pre escolar		escolar		adolescentes		total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 A 5 días	6	85.8	53	74.6	56	76.7	5	3.1	120	75.9
6 a 10 días	1	14.2	5	7	9	12.3	-	-	15	9.5
11 a 15 días	-	-	9	12.7	4	5.5	2	1.3	15	9.5
16 a 20 días	-	-	4	5.6	2	2.7	-	-	6	3.8
Más de 21 días	-	-	-	-	2	2.7	-	-	2	1.3
Total	7	100	71	100	73	100	7	100	158	100

Fuente Registro de ingresos de pacientes

En el cuadro 4.2 podemos observar que la estancia hospitalaria aporta mayor porcentaje es de 1 a 5 días con un 75.9% del total, vemos una prevalencia del grupo de escolares con un 76.7% donde este grupo de edad tuvo una mayor representación.

CUADRO 4.3

EDAD Y PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA 2016

LUGAR DE PROCEDENCIA	GRUPO ETARIO									
	lactantes		Pre escolar		escolar		adolescentes		total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
LIMA	6	85.7	61	85.9	50	68.5	6	85.7	123	77.8
RESTO DEL PERU	1	14.3	10	14.1	23	31.5	1	14.3	35	22.2
TOTAL	7	100	71	100	73	100	7	100	158	100

Fuente Registro de ingresos de pacientes

En el cuadro 4.3 vemos lugar procedencia que aporta mayor porcentaje es lima metropolitana con un 77.8% del total, vemos una prevalencia del grupo de edad de pre escolar con un 85.9% donde este grupo de edad tuvo mayor representación.

CUADRO 4.4

EDAD Y TIPO DE INGRESO DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA 2016

TIPO DE INGRESO	GRUPO ETARIO									
	lactantes		Pre escolar		escolar		adolescentes		total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
EMERGENCIA	7	100%	66	93%	70	96%	3	43%	146	92.4%
CONSULTORIO EXTERNO	0	0%	5	7%	3	4%	4	57%	12	7.6%
TOTAL	7	100%	71	100%	73	100%	7	100%	158	100%

Fuente Registro de ingresos de pacientes

En el cuadro 4.4 vemos que el tipo de ingreso al servicio aporta mayor porcentaje es por Emergencia con un 92.4% del total, vemos una prevalencia del grupo de edad escolar con un 96%, donde ese grupo tuvo mayor representación.

V CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo más frecuentes son caídas, accidentes de tránsito, golpes; más afectado el sexo masculino en la edad pre escolar y escolar, mayor riesgo de accidentes por fracturas tienen los niños de 4 a 8 años, la mayoría provienen de la ciudad de Lima, predominan las fracturas cerradas en relación a las abiertas.
- La mayoría del personal de enfermería tienen especialidad, experiencia en el servicio, esto demuestra que los conocimientos, habilidades y destrezas en el servicio les permite cumplir con los requerimientos y necesidades de los pacientes en el cuidado directo.
- La mayoría de las enfermeras de cuidado directo indica que no existe un protocolo de atención en pacientes con fracturas de codo, por tanto con la puesta en práctica del protocolo de atención de enfermería ha disminuido el estrés y servirá como herramienta para unificar criterios y trabajar en equipo dando una atención oportuna y eficaz.
- El padre es el miembro del grupo familiar que trabaja, y sus niveles de ingresos promedios fluctúa entre s/850 a 900 mes, esto evidencia la necesidad del equipamiento hospitalario y los recursos necesarios, en la prestación de servicios a fin de dar cumplimiento al derecho a la salud gratuita

VI RECOMENDACIONES

- Implementar el servicio de hospitalización con las guías de procedimientos y demás documentos técnico normativo, así como el material bibliográfico especializado.
- Generar información complementaria a través de investigaciones para observar los factores pronósticos de las técnicas operatorias utilizadas en la fractura de codo en el instituto nacional de salud del niño.
- Promover a nivel de la dirección y el departamento de enfermería la capacitación continua del profesional de enfermería en la prevención de riesgos de infecciones aplicando los manuales y protocolos de atención estandarizados.
- Promover la realización de los cursos de capacitación como medida estratégica para prevenir y disminuir las infecciones intrahospitalaria a los que está expuesto el paciente.
- Coordinar con la jefatura y elevar el requerimiento al área correspondiente para la implementación como materiales biomédicos y mobiliarios para mejorar las condiciones de atención.
- Programar con la jefatura del servicio reuniones mensuales para la sensibilización y así adoptar buenas relaciones interpersonales con todos los miembros del equipo.

VII REFERENCIALES

1. REVISTA www.buenastareas.com.
2. Wilder Alexander Aguilar Vásquez "fracturas supracondíleas de húmero en el hospital Escuela San Juan de Dios". Guatemala 2012.
3. José Alejandro Bermúdez Garacia "características del tratamiento quirúrgico de las fracturas de paleta humeral en niños" en el hospital Central de la Policía Nacional de Perú". Lima 1997 – 2001.
4. Sandra Janneth Almeida Lucero "Propuesta de un protocolo de Atención de Enfermería a Pacientes Pediátricos con Fracturas en Emergencia del Hospital Baca Ortiz". Guayaquil nov 2009 a setiembre 2010.
5. Ignacio olías de lima pancorbo "vía clínica de fracturas en las extremidades en urgencias y emergencias". España 2012.
6. Eloy charlesse Murayari Pérez "Caracterización de los Pacientes Pediátricos con Fracturas en Extremidades en el Servicio de Cirugía y Traumatología del Hospital Iquitos". Perú 2015.

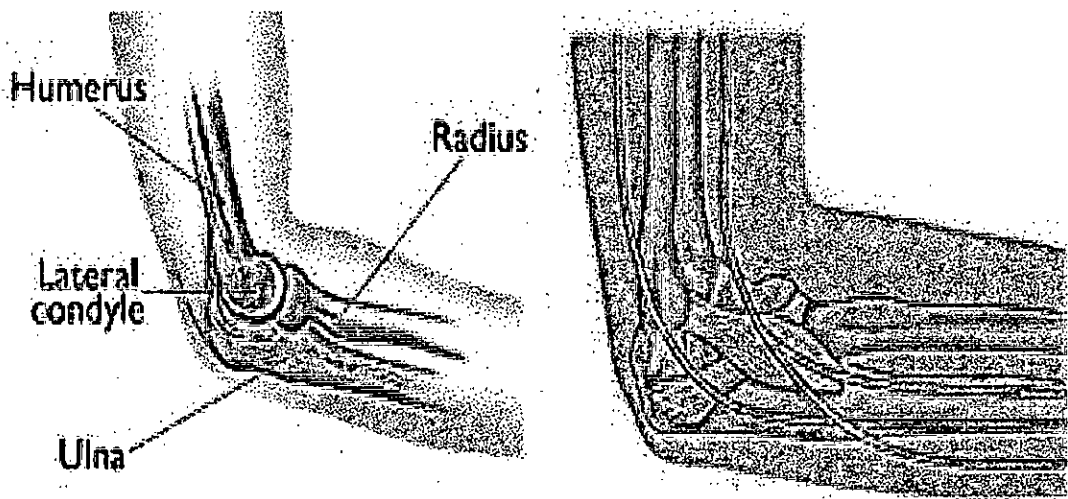
7. Yessica Alexandra Hinojosa León "Importancia de la Intervención de Enfermería en el Área Psicológica para disminuir el grado de Ansiedad y sus Complicaciones en el Paciente Preoperatoria en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2013.
8. Danilo Arturo castro Loncharich "estudio complicaciones de las fracturas supracondíleas de húmero en niños Hospital Regional Mariscal Llerena" lima – Perú 2015.
9. Revista POSNA american academy of orthopaedic surgeons título fracturas de los codos en los niños (elbow fractures in children) Norte América Enero 2010.
10. Revista biomédica San Jorge orthopedic pediatric institute fracturas del antebrazo en los niños Florida 2010.
11. Portal pediátrico Estudiantes de Enfermería UST Universidad santo tomas. Intervenciones y Cuidados de Enfermería.
12. Cristina Hernández Martín, "modelo de Virginia Henderson en la práctica de Enfermería Valladolid 2015.

13. Chen KZ, Cai LX, Zhang HN, Guo YM. "Estudio caso control en el tratamiento de la fractura supracondilea de húmero Gartland II en niños por la reducción cerrada y fijación interna con alambre Kirschner. Artículo Zhongguo Gu Shang Jul; 27(7):583-6. 2014.

14. Sarassa C. Valderrama C, Fracturas supracondileas del húmero en niños entre 2 y 14 años. Perfil demográfico y de tratamiento en el Hospital Pablo Tobón Uribe" Medellín Colombia. Latreia 24(4): 353-358, dic. 2011

ANEXOS

ANEXO 1 FOTO 1
FRACTURA SUPRACONDILEA

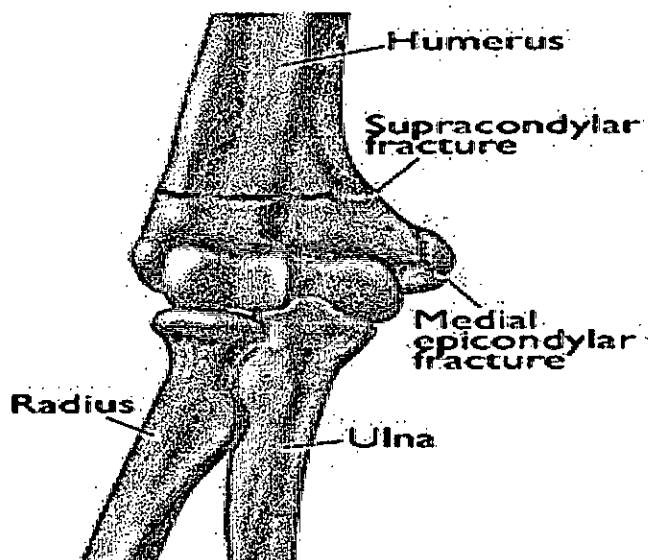


Este niño tiene una fractura supracondylar derecha severa del húmero con la dislocación completa de los fragmentos de la fractura.

(Cortesía de Texas Scottish Rite Hospital for Children)

ANEXO 2 FOTO 2

FRACTURA SUPRACONDILEA SEVERA



Este niño tiene una fractura supracondilea severa de húmero derecho, con desplazamiento completo de los fragmentos de la fractura

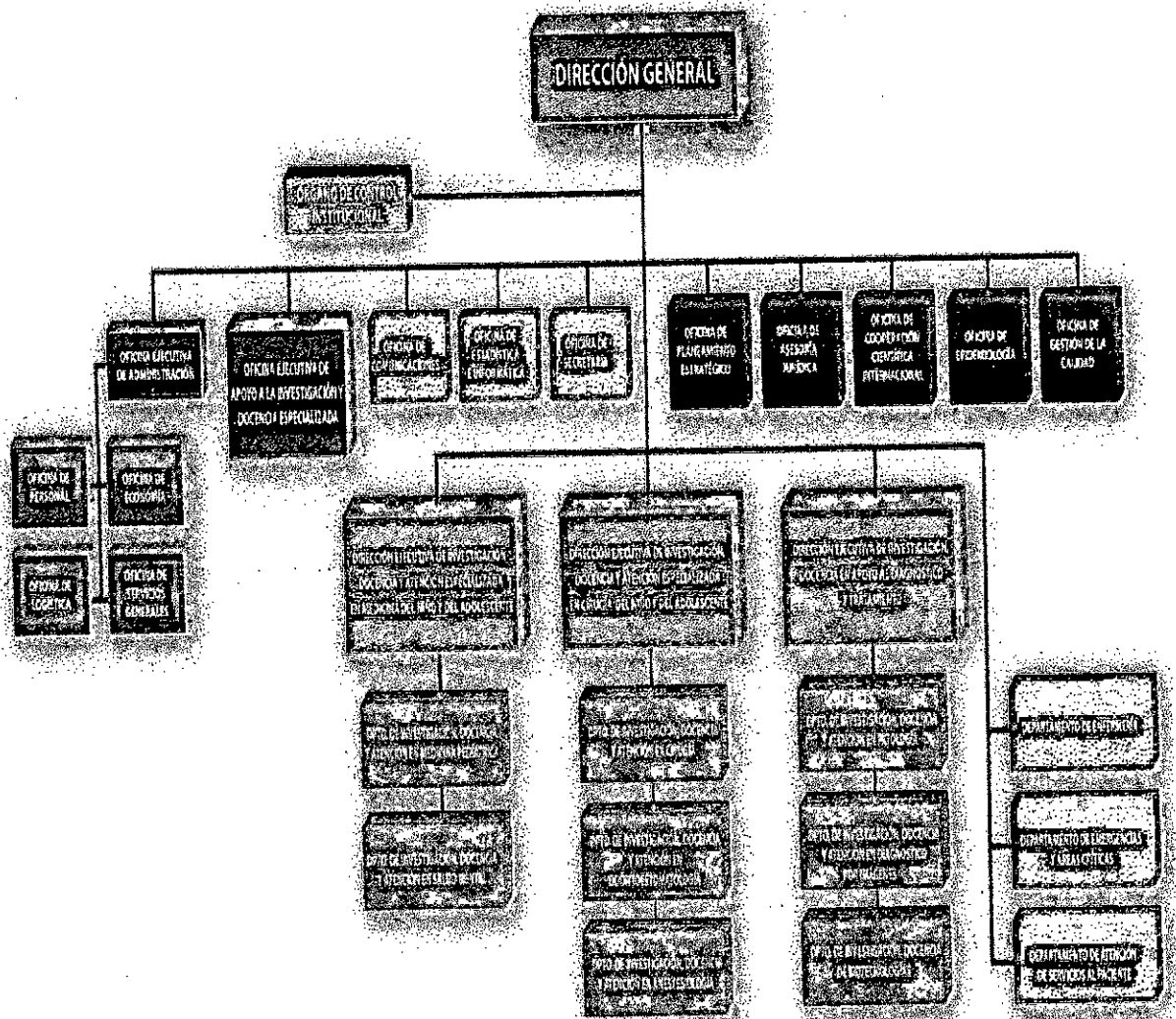
ANEXO 3 FOTO 3

FRONTIS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA



ANEXO 4 FOTO 4

ORGANIGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO



ANEXO 5 FOTO 5
ENFERMERA ASISTENCIAL



ANEXO 6 FOTO 6
ENFERMERA ADMINISTRATIVA



ANEXO 7 FOTO 7

ENFERMERA DOCENTE



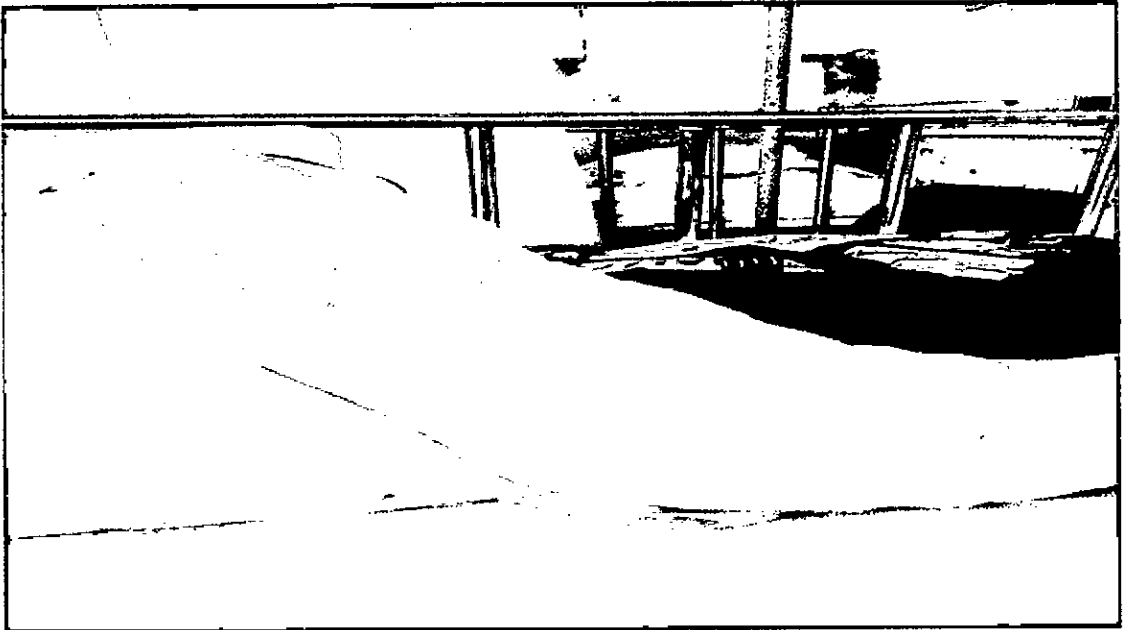
ANEXO 8 FOTO 8

ENFERMERA INVESTIGADORA



ANEXO 9 FOTO 9

COLOCACION DE MANO EN ALTO CON UNA ALMOHADA



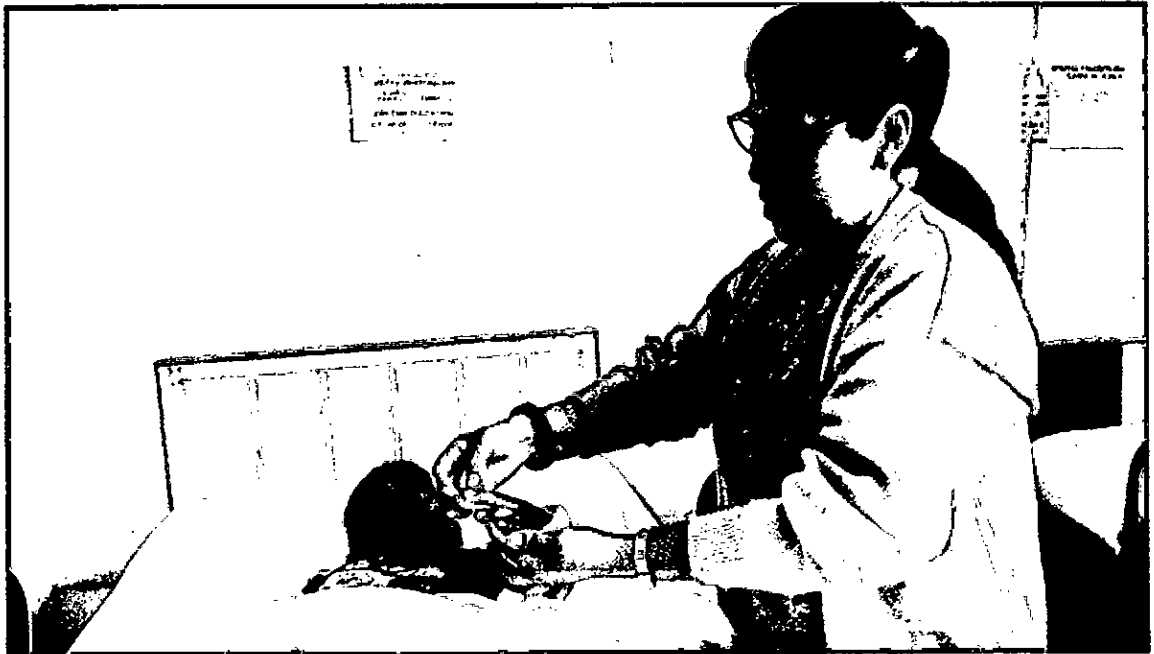
ANEXO 10 FOTO 10

VALORACION DE LA MOVIMIENTOS DE LOS DEDOS



ANEXO 11 FOTO 11

VALORACION DE LA PERFUSION DISTAL





SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

CONTROL DE FUNCIONES VITALES - BALANCE HIDRICO

FECHA HORA	FUNCIONES VITALES				INGRESOS					EGRESOS			OBSERVACION ENFERMERA FIRMA - SELLO
	T°	FC	FR	PA	VO	EV	TRATAMIENT.	SANGRE	OTROS	DIURESIS	DEP.	VOMITO OTROS	

NOMBRES: Edad Peso GS.....

Diagnóstico: FI..... HC:.....

Nº Cama.....

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA PACIENTE POST. OPERADO DE PIE BOT

DEFINICION: Los cuidados de enfermería del paciente post operado de pie bott es un conjunto de actividades post operatoria para mantener al lactante o preescolar en condiciones óptimas para su recuperación adecuada hasta el alta.

OBJETIVO:

- Monitorizar inmediatamente signos vitales
- Vigilar signos de alarma y signos de perfusión

PERSONAL RESPONSABLE:

Lic. de enfermería.

INDICACIONES:

- Todo paciente lactante y pre-escolar post-operado de Pie Bot.

RECURSO HUMANO:

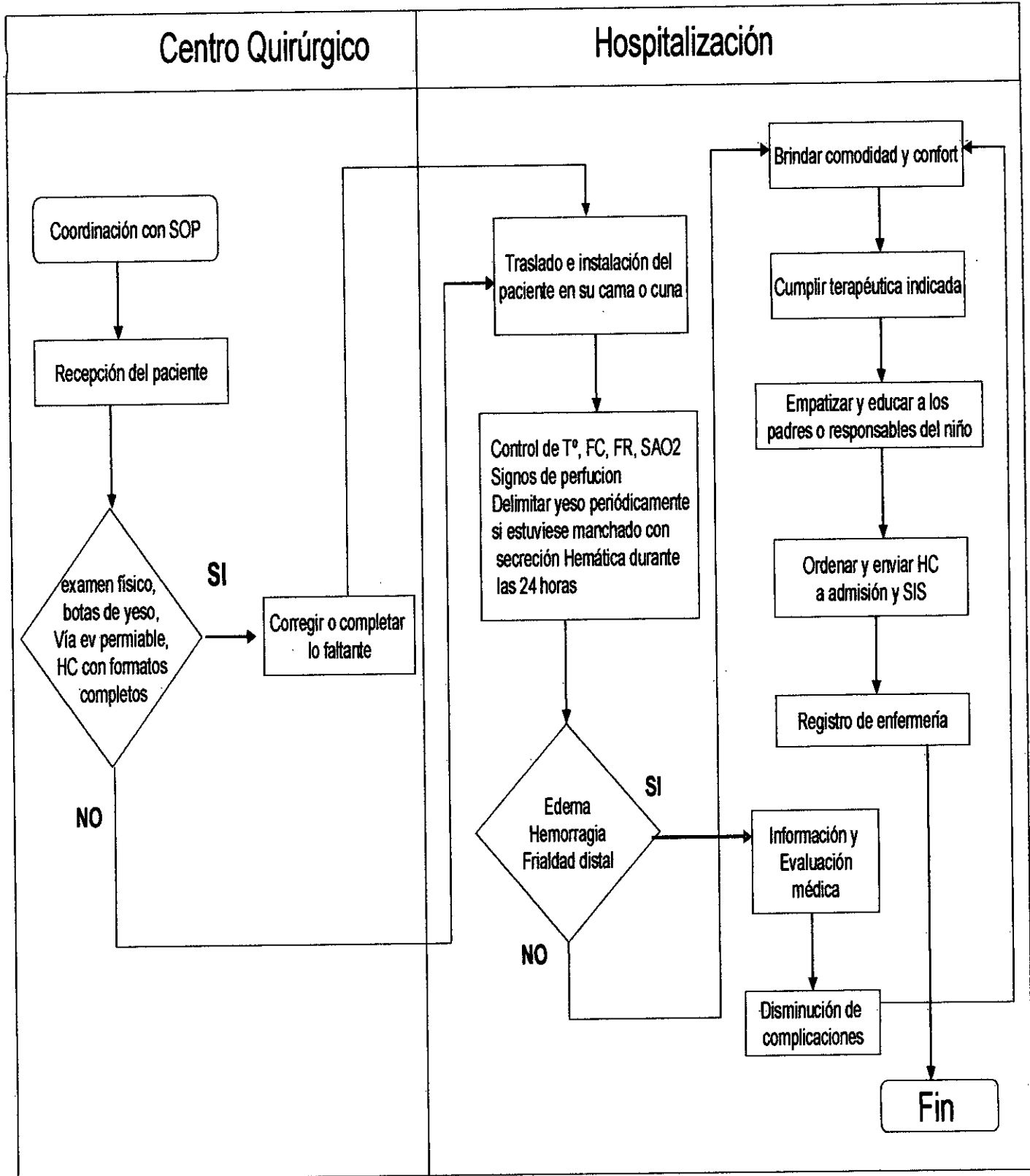
- Lic. Enfermería.
- Técnica de enfermería

EQUIPOS Y MATERIALES:

- Pulso oxímetro Estetoscopio Termómetro
- Cojines Arco protector

DX. ENFERMERIA	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDICLINARIA	GRADO DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
1. Limitación de la movilidad R/C perdida de la integridad de las estructuras óseas.	Paciente mantendrá movilidad adecuada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluacion del estado del vendaje de yeso. ▪ Elevación de m. inferiores con cojines suaves. ▪ Mantener posición alineada. ▪ Educación al padre acompañante. 	Zonas de presión o escaras por yeso ajustado	Evaluacion medica si es necesario	Grado III	Paciente mantiene movimiento.
2. Dolor R/C lesivos	Paciente se mantendrá sin dolor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindar comodidad y confort. ▪ Evaluar características del dolor(lanto, irritabilidad, diaforesis) ▪ Vigilar signos de perfusión(edema, calor, color, dolor) ▪ Distracer: ver TV, juguete favorito. ▪ Administrar analgésico indicado. ▪ Evaluar efecto del dolor. 	Shock neurológico. Taquicardia	Coordinar Evaluacion medica si es necesario	Grado III	Paciente sin dolor.
3. Riesgo de infección F/R procedimientos invasivos.	Paciente se mantendrá sin riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener mediasasépticas en lo manipulación de catéter periférico. ▪ Administrar tratamiento antibiótico indicado. ▪ Evaluar signos de infección (control de Tº, características de botas de yeso. 	Infección agregadas sepsis	Informar al médico durante la visita medica	Grado II	Paciente con Tº normal Paciente recibe tra completo.
4. Riesgo de sangrado F/R efectos secundarios post cirugía.	Paciente no tendrá riesgo de sangrado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorización frecuente de vendajes. ▪ Delimitar el área manchada con secreción temática durante las 24 horas. 	Deterioro del yeso. Anemia	Coordinar con traumatólogo de guardia para una Evaluacion.	Grado II	Sangrado visible en vendajes no progresa.

FLUXOGRAMA



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA PACIENTE POST. OPERADO DE MENISCOPATIA

DEFINICION: Los cuidados de enfermería del paciente post operado de meniscos es un conjunto de actividades post operatoria para mantener al lactante o preescolar en condiciones óptimas para su recuperación adecuada hasta el alta.

OBJETIVO:

- Monitorizar inmediatamente signos vitales
- Vigilar signos de alarma y signos de perfusión

PERSONAL RESPONSABLE:

Lic. de enfermería.

INDICACIONES:

- Todo paciente escolares y adolescentes con lesiones en meniscos.

RECURSO HUMANO:

- Lic. Enfermería.
- Técnica de enfermería

EQUIPOS Y MATERIALES:

- Pulso oxímetro Hielo Estetoscopio
- Termómetro Cojines (apoyo)
- Arco protector Solera

DX. ENFERMERIA	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA	COMPLIACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
1.- Limitación de la movilidad R/C pérdida de la integridad de las estructuras óseas.	Paciente mantendrá movilidad adecuada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluacion del estado del vendaje. ▪ Elevación de miembro inferior operado con cojines suaves. ▪ Mantener posición alineada. ▪ Educación al padre acompañante. 	Evaluacion medica si es necesario	Grado III	Paciente mantiene movimiento.
2.- Dolor R/C Agentes lesivos (intervención quirúrgica)	Paciente se mantendrá sin dolor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindar comodidad y confort. ▪ Evaluar dolor (según escala de caritas), diaforesis. Intranquilidad. ▪ Vigilar signos de perfusión(edema, calor, color, dolor) en parte distal de la pierna(dedos de pies) ▪ Distraer: hacerle ver televisión. Escuchar música. ▪ Aplicar crioterapia (hielo en rodilla por 15 o 20 minutos de acuerdo a la indicación médica. ▪ Administrar analgésico indicado y evaluar efecto del dolor. 	Shock neurológico. Taquicardia.	Coordinar Evaluacion medica si es necesario	Grado II	Paciente sin dolor.
3.- Riesgo de infección F/R procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, vía periférica).	Paciente se mantendrá sin riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener mediadas asépticas en lo manipulación de catéter periférico. ▪ Administrar tratamiento antibiótico indicado. ▪ Evaluar signos de infección (control de temperatura) ▪ Evaluacion de vendaje (secreción características) 	Infección agregadas sepsis	Informar al medico durante la visita medica	Grado II	Paciente con temperatura normal Paciente recibe tratamiento completo.

<p>5. Riesgo de sangrado F/R efectos secundarios post cirugía.</p>	<p>Paciente no tendrá riesgo de sangrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorización frecuente de vendajes. ▪ Delimitar el área manchada con secreción temática durante las 24 horas. 	<p>Anemia</p>	<p>Coordinar con traumatólogo de guardia para una Evaluación.</p>	<p>Grado II</p>	<p>Sangrado visible en vendajes no progresa.</p>
--	--	--	---------------	---	-----------------	--

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



KARDEX DE ENFERMERIA

Fecha /hora					
peso					
Formula / dieta					
INFUSIÓN IV					
MEDICAMENTO VIA PARENTERAL					
MEDICAMENTO VIA ORAL					
OTROS					
SELLO/ FIRMA					
TURNO MAÑANA					
TURNO TARDE					
TURNO NOCHE					

APELLIDO PATERNO

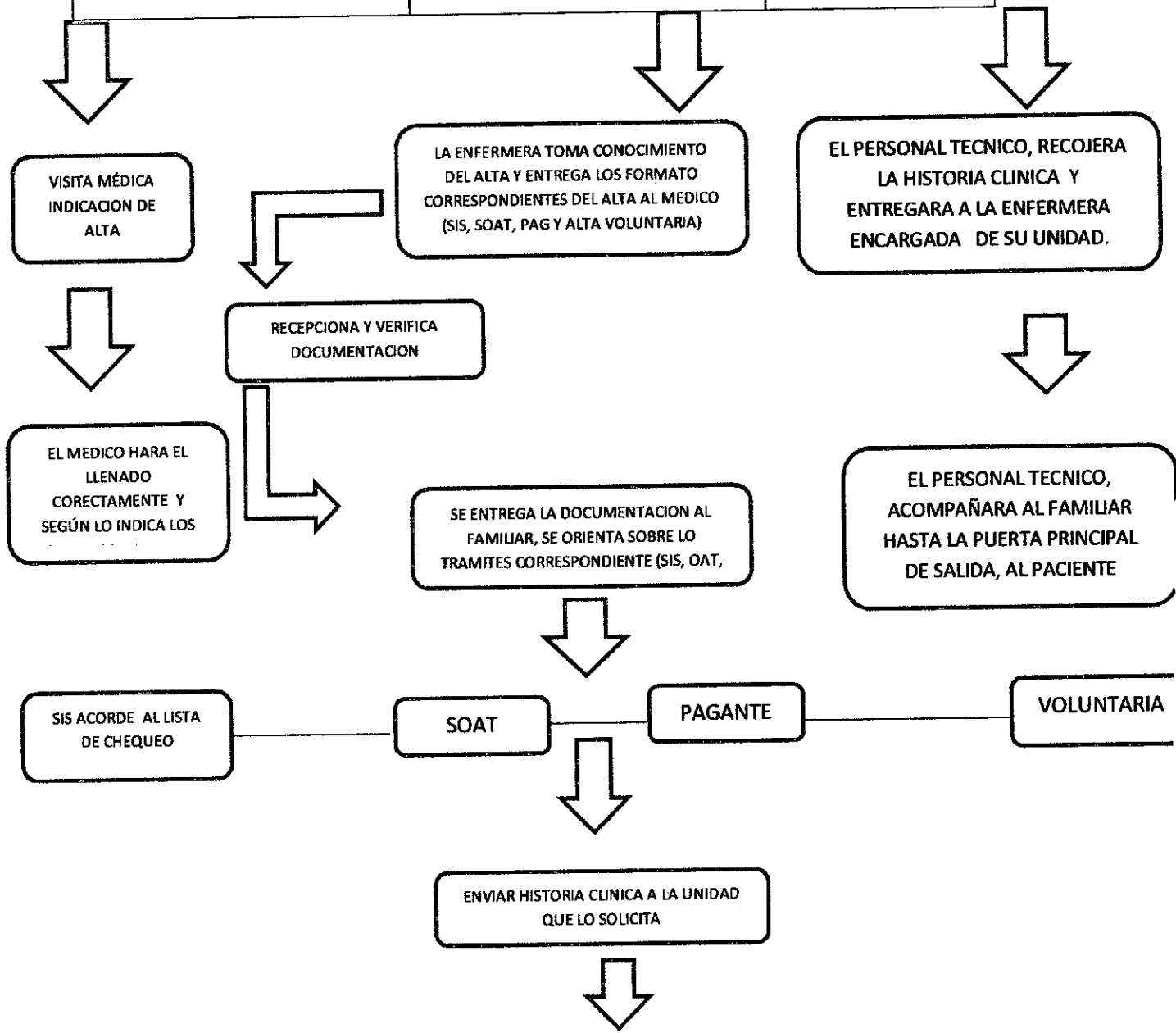
APELLIDO MATERNO NOMBRES

SERVICIO

CAMA

.....

PROCESO	ATENCION AL PACIENTE DE ALTA - HOSPITALIZADO	
SUB PROCESO	ALTA	
PROCEDIMIENTO	PACIENTE DE ALTA	
PACIENTE HOSPITALIZADO		
MEDICO	ENFERMERIA	TECNICO DE ENFERMERIA

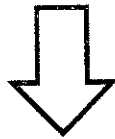


SIS ACORDE AL LISTA
DE CHEQUEO

SOAT

PAGANTE

VOLUNTARIA



RECEPCIONARA EL COMPROBANTE
DE CUENTAS CORRIENTES



INDICARA AL PERSONAL TECNICO DE
TRÁMITES QUE RECOJA LA HISTORIA
CLINICA



ENFERMERA DE SU UNIDAD, HARA FIRMAR
AL FAMILIAR, EL ALTA AL RESPONSABLE DEL
INGRESO DEL PACIENTE



BRINDAR CONSEJERIA DE ALTA Y SOBRE
CUIDADOS A SEGUIR A DOMICILIO



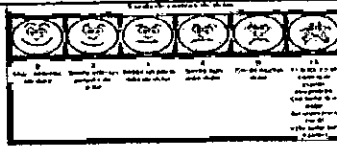
ORDENAR HISTORIA CLINICA DE ACUERDO
A LA N T-037, Y HACER EL DESCARGO EN EL
CENSO, CUADERNO DE INGRESO.

Nombre del paciente: Fecha de ingreso: Edad: HC: N° Cama:

Diagnostico Medico: GS: Fecha de Operación: Peso:

Antecedentes: Carnet de Vacunación: Completa () Incompleta ()

Valoración Subjetiva: (TM) (TT) (TN)

1. PATRON INTERCAMBIO				M	T	N	LÍNEAS INVASIVAS				M	T	N	SEXUALIDAD			M	T	N	Observación		
Nutrición Metabólica							Fiebre Intermitente							Inicio de Menarquia Edad:						7.- PATRON PERCEPCION		
Apetito Normal							Constante							Secreciones: Normales						Estado emocional		
Disminuido							Observación							Anormales						Tranquilo		
Nauseas							ELIMINACION							Observación						Temeroso		
Vomito							Hábito Intestinal							4.- PATRON DE VALORES						Negativo		
SNG							Normal							Religión Católica:						Introverso		
NPO							Nº Deposición							Otros:						Irritable		
Observación							Estreñimiento							5.- PATRON DE ELECCION						Observación		
PIEL Y MUCUOSA ORAL							Diarrea							NIVEL DE CONCIENCIA ESCALA GLASGOW						Preocupación		
Intacta							Observación				Apertura ocular			Respuesta Verbal			Respuesta Motora			ansiedad		
Lesiones							HÁBITO VESICALES				() 4espont.			() 5 Orientado			() 6 obedece			indiferencia		
Enrojecida							Normal				() 3 a la voz			conversación			ordenes			desesperanza		
Ulcera por presión							Sonda vesical / foley				() 2 al dolor			() 4 Confuso			() 5 Localiza			llanto		
Rash cutáneo							Cateterismo-intermit.				() 1 No			() 3 Palabras			el dolor			Observación		
Eritema de pañal							Pañal				() 2 al dolor			inapropiadas			() 4 se retira			Observación		
Observación							Talla vesical				() 1 No			() 2 Sonidos			() 3 Flexión			8.- PATRON CONOCIMIENTO		
Apósito Secos							Activid. Respiratoria				() 1 No responde			() 2 Ext.			() 1 No respon.			Orientado		
Apósito húmedos							Frec. Respiratoria				Puntuación									Observación		
Pelvi pedio seco							Ruidos: Roncantes				Evaluac. Pares craneales									9.- PATRON SENTIMIENTO		
Pelvi pedio manchado											Observación									Dolor		
Férula +vendaje							Tos: seca () flema ()				Observación									Molestias		
Muslo pedio / Bota							SaO2				2.- PATRON COMUNICACION									Tristeza		
Tracc. Halofemoral							Observación				Idioma									Negación		
T PB							Actividad Circulatoria				Nivel conciencia									Violencia familiar		
Tracción esquelética							Frecuencia cardíaca				Despierto									Física		
Aparato distractor							Regular				Somnoliento									Psicológica		
Fijación externa							Irregular				Irritable									Familiar		
Osteólisis/drenaje							Control de P/A				Observación									Sexual		
Observación							Observación				3.- PATRON RELACIONES									Observación		
ESTADO DE HIGIENE							Signos perfusión				Familia Funcional									Leyenda: - no alterado el área		
Buena							Edema				Disfuncional									✓ Si alterado el área		
Regular							Dolor				Alberge									B: bueno, R: regular, M: malo		
Mala							Calor				Estudios											
Observación							Color				Otros											
TERMORREGULACION							Movilización distal															
Temperatura							Observación															

Objetivo

Objetivo

Objetivo

Intervención de Enfermería (NIC)

Intervención de Enfermería (NIC)

Intervención de Enfermería (NIC)

Evaluación (NOC)

Evaluación (NOC)

Evaluación (NOC)

Tratamiento Farmacológico

Tratamiento Farmacológico

Tratamiento Farmacológico

Observación

Observación

Observación

Firma Y Sello de la Enfermera

Firma Y Sello de la Enfermera

Firma Y Sello de la Enfermera