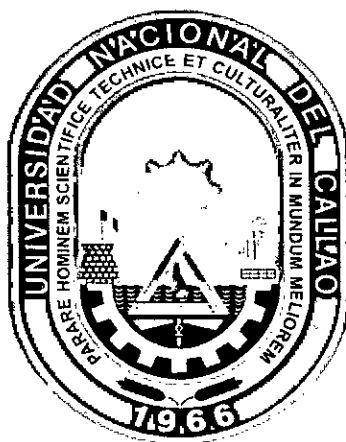


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DE
TRAUMATOLOGÍA EN LA UNIDAD DEL C-2-1 DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA
OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

YENNY ROSARIO CORNETERO GOPIA

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 362-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2724-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2 OBJETIVO	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 ANTECEDENTES	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	12
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	26
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.3 PROCESOS REALIZADOS DEL INFORME	34
IV. RESULTADOS	37
V. CONCLUSIONES	41
VI. RECOMENDACIONES	42
VII. REFERENCIALES	43
ANEXOS	46

INTRODUCCION

El presente informe de experiencia laboral describe las experiencias en la unidad de Traumatología C-2-1 del Hospital Militar Central, la población atendida son mayormente militares que son evacuados de diferentes lugares de nuestro país.

Actualmente el Hospital Militar Central, es uno de los más completos a nivel nacional, cuenta con 33 unidades de hospitalización, entre las cuales se encuentra la unidad del C-2-1, que es la responsable de brindar atención especializada en cuidados de enfermería a pacientes de diferente patología de la especialidad. La calidad del cuidado de enfermería en el post operatorio del paciente traumatológico existe en la medida que el personal sea eficiente y especializado, los recursos materiales sean adecuados y se tome las medidas de bioseguridad correctas; ya que es importante brindar cuidado post operatorio especializados desde el pre operatorio hasta la recuperación del paciente para así evitar complicaciones post operatorio.

Es por ello que el presente informe de experiencia laboral profesional en la unidad C-2-1, del Hospital Militar Central tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería en el paciente post operado de traumatología y así contribuir a mejorar la calidad del cuidado.

Descrito en siete capítulos:

Capitulo I. contiene planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivo y Justificación. Capitulo II. Marco teórico, antecedentes, marco conceptual y definición de términos. Capitulo III. Experiencia profesional, recolección de datos, experiencia profesional y procesos realizados en el tema del informe. Capitulo IV. Resultados, Capitulo V. Conclusiones, Capítulo VI. Recomendaciones, Capitulo VII. Referenciales. Finalmente los anexos que demuestran evidencias de los cuidados de enfermería en la unidad del C-2-1 del Hospital Militar Central.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2008 "La cirugía segura salva vidas". Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

Se estima que cada año se realizan en el mundo 234 millones de operaciones quirúrgicas y de los cuales se calcula que 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas. La atención quirúrgica conlleva un riesgo considerable de complicaciones. Las infecciones y otras causas de morbilidad postoperatoria también constituyen un grave problema en todo el mundo. Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año. En los países en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa, la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal son factores que contribuyen a aumentar las dificultades. Por consiguiente, un movimiento mundial que promueva la seguridad de la cirugía podría salvar la vida de millones de personas en todo el mundo (1).

La cirugía traumatológica en los últimos años ha ido incrementándose, por las elevadas cifras de accidentes de tránsito y enfermedades de los huesos que existen en el mundo; es por ello que todo paciente sometido a una intervención quirúrgica requiere un cuidado postquirúrgico integral con calidad, calidez, oportuna y segura atendiendo a todas sus necesidades; porque ellos al recibir un cuidado post operatorio deficiente puede ocasionar complicaciones postoperatorias como infecciones, retardo en su cicatrización, larga estancia hospitalaria y problemas emocionales.

Uno de los grandes problemas de la cirugía a nivel mundial, se refiere al tratamiento de los politraumatismos, entre los cuales las fracturas o discontinuidades son muy representativas, especialmente en la población infantil y de adultos mayores. Durante las últimas décadas, en Latinoamérica, el tratamiento de una fractura, es recuperar la funcionalidad del esqueleto lesionado, con una técnica operatoria poco traumática que, asegure en lo posible, la irrigación sanguínea de los fragmentos óseos y de partes blandas (2).

Actualmente la cirugía del paciente de Traumatología es una de las más prevalentes en nuestro país y tiene un peso importante en el global de las cirugías. Así en el estudio ANESCAT que se realizó en Cataluña, el 21% de cirugías de Traumatología fueron urgentes y representaron el 41,2% de todas las urgencias quirúrgicas. Las intervenciones más frecuentes por orden fueron las de los traumatismos de la extremidad superior 11,2%, los traumatismos de la extremidad inferior (excepto fractura del tercio proximal del fémur) 9,8%, y las intervenciones propias de la fractura del tercio proximal del fémur 8,5% (3).

Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como el estudio de los eventos adversos y la gestión de riesgos en la atención en salud y la puesta en marcha de una estrategia que contribuya a brindar una atención limpia y segura en las Organizaciones de Salud (4).

A nivel local el Hospital Militar Central-Lima, cuenta con 33 unidades de hospitalización. Entre las cuales se encuentra el servicio de traumatología, es la que alberga la mayor población de hospitalizados ya que ingresan diariamente pacientes traumatológicos para ser intervenidos quirúrgicamente; la mayoría de los pacientes son soldados, que vienen evacuados de zona de enfrentamiento (VRAEM). En relación al recurso humano no se cumple muchas veces con la dotación asignada para cada turno, porque tienen que cubrir otros servicios por falta de personal en el hospital y por ende hay sobrecarga de trabajo; en relación a los recursos están la inadecuada distribución de recursos materiales, no contar con un ambiente adecuado para la recepción del paciente post operado; ya que La importancia de los ambientes es fundamental para los pacientes post operados, porque les ayuda a recibir el nivel de cuidados de enfermería adecuado a su situación y a la intervención quirúrgica realizada; desde el punto de vista de las técnicas y procedimientos que se realizan se deben hacer con todas las medidas de bioseguridad para mantener bajo control los índices de infección hospitalaria y así evitar posibles complicaciones post operatorias.

El profesional de enfermería tiene la función única de ayudar a los individuos sanos y enfermos, con el objetivo de satisfacer todas sus necesidades, el cuidado de enfermería es la asistencia efectiva

promoviendo la salud y el desarrollo del paciente, de la familia y la comunidad.

Hoy en día en los diferentes establecimientos de salud del estado, la deficiencia de la calidad de atención del paciente, es una de las principales quejas y críticas que reciben las instituciones en nuestro país.

Sin embargo mi experiencia me ha permitido identificar ciertas debilidades como déficit de personal profesional calificado y especializado, la falta de calidad de los cuidados de enfermería por sobrecarga de trabajo, inadecuada distribución de recursos materiales lo que se ve reflejado en los procedimientos que ejecuta el personal de enfermería en cuanto a cuidados, inadecuado manejo de las medidas de bioseguridad, la falta de un plan de atención para los pacientes traumatológicos y los trámites administrativos engorrosos que retrasan muchas veces las cirugías traumáticas

Siendo necesario aplicar El manual de Organización y Funciones (MOF) del Hospital Militar Central, se basa de acuerdo a la Directiva N° 001-HMC/4.L.4 09 es el documento normativo que regula su funcionamiento, precisa los niveles de autoridad y responsabilidad, describe sus funciones generales y específicas a nivel de cargo o puesto de trabajo; su cumplimiento garantizara la prestación de servicios de salud en condiciones de eficiencia, equidad, calidad, calidez y satisfacción de los pacientes. Norma que ayudara al mejor desempeño del personal de enfermería en el servicio de traumatología del C-2-1 del Hospital Militar Central.

1.2. OBJETIVO

- Describir el informe laboral profesional en cuidados de enfermería en pacientes post operados de traumatología en la unidad del C-2-1, del Hospital Militar Central - 2016.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los pacientes hospitalizados requieren de una estadía con calidad y calidez, para facilitar su mejoramiento en cuanto a su salud, siendo el caso de un paciente traumatológico que acorde a la brevedad de su problema, su recuperación se puede ver afectada por complicaciones secundarias post operatorias; entre las cuales se encuentra las infecciones del sitio quirúrgico que es la mayor causa de morbi-mortalidad infecciosa en el paciente quirúrgico considerada como un problema de salud, de modo que es importante que el personal de enfermería del área de traumatología cumpla con brindar cuidados de enfermería especializados en los pacientes post operados con todas las medidas de bioseguridad, porque ello contribuye a disminuir las infecciones nosocomiales.

Desde el punto de vista práctico porque el inadecuado manejo de los pacientes post quirúrgicos de traumatología por parte de la enfermera provocaría falta de calidad de los cuidados, no se cumpliría con satisfacer todas sus necesidades básicas del paciente, no se detectaría e identificaría en forma oportuna complicaciones para así minimizar riesgos potenciales en el paciente; pero no lo realizan muchas veces porque no cuenta con recursos materiales, un ambiente adecuado para la recepción del paciente post operado, sobrecarga de trabajo, insuficiente personal calificado.

De ahí la importancia de la formación especializada en enfermería en cuidados quirúrgicos. Es en este contexto que se busca mejorar la atención de enfermería hacia los pacientes con conocimientos especializados del cuidado postoperatorio, basado en principios y valores éticos orientado en la teoría de Virginia Henderson, quien define 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados de enfermería.

El desarrollo de este informe será beneficioso para el personal de enfermería que labora en la unidad de traumatología del Hospital Militar Central de Lima, pues facilitará una conducta reflexiva acerca de su atención y calidad de la misma; igualmente para el paciente traumatológico que ha sido intervenido, ya que recibirá un cuidado post operatorio con calidad y calidez basada en la evidencia y en el conocimiento científico.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A Nivel Nacional

ATAURIMA Mañueco, Rosa (2016). En su investigación titulada "Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de recuperación del Hospital de apoyo Jesús de Nazareno - 2016", tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de Unidad de Recuperación del Paciente Anestésico del Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno. El tipo de investigación fue descriptivo simple con diseño transversal sobre una población de 160 pacientes post operados de la Unidad de Recuperación del Paciente Anestésico del Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno en el periodo de Enero a Marzo de 2016 y una muestra intencional de 40 pacientes, aplicando el cuestionario. Los resultados de la investigación determinaron que el nivel de satisfacción alto sobre el aspecto humano del cuidado de enfermería se identificó en 37,5% y en el aspecto técnico en 57,5% de pacientes post operados. En conclusión, el nivel de satisfacción alto sobre el cuidado de enfermería se identificó en los 50% de pacientes post operados (5).

RUBIO Lucy, Ruiz Julio, Rebaza Lisi. (2014), En su investigación titulada "Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo – 2014", tuvo como objetivo general determinar el nivel de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico durante el periodo perioperatorio en el Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. Se seleccionó como población a 30 enfermeras especialistas del centro quirúrgico y de la unidad de recuperación postanestesia del

Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. La experiencia tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo empleando la técnica de observación directa; como instrumento se usó la ficha de observación, con los datos obtenidos se aplicó la estadística descriptiva. Los resultados fueron los siguientes: En la fase preoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 37%, en la fase transoperatoria que el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 63%, en la fase postoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 70%. Se concluye que el promedio de la fase Perioperatoria es 57% de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico (6).

GONZÁLEZ, Mayra (2013), realizó el estudio titulado: Percepción del paciente sometido a cirugía oftalmológica acerca del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Cirugía de Día en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima-Perú 2013, El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 80 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario sobre el Inventario de Conductas del Cuidado diseñado por Wolf (1994) modificado aplicado previo consentimiento informado. Resultados: Del 100 por ciento (80), 53 por ciento (42) tienen una percepción medianamente favorable, 33 por ciento (14) favorable y 14 por ciento (11) desfavorable. Conclusiones: La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica tienen una percepción de medianamente favorable a favorable referido a que la enfermera lo saluda y lo llama por su nombre, lo que le comunica confidencialmente no lo divulga, le presta atención cuando le habla, lo trata con respeto en un ambiente limpio y ordenado, usa un tono de voz suave, cuando llama a la enfermera acude a su llamado, le orienta para que participe en sus

cuidados, lo cuida en todo momento desde su ingreso hasta el alta, maneja los equipos con habilidad, cuida de su intimidad durante la preparación para la cirugía y la enfermera le dedica tiempo a sus familiares sobre la intervención (7).

A Nivel Internacional

BERNAL Diana, Horta Susy (2014), En su investigación titulada: "Cuidados de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada", y su objetivo fue: elaborar una propuesta de gestión que permita desde la teoría brindar cuidado de calidad y excelencia a la familia de los pacientes en cuidados. Hospital Universitario, San Ignacio, Bogotá - Colombia. Metodología Aplicación y aplicación de la teoría de la comprensión facilitada desde la perspectiva del Sistema Conceptual-Teórico-Empírico y el modelo de marco lógico. Resultado Se presenta un plan de cuidados de enfermería que, hecho desde la teoría de la comprensión facilitada y las taxonomías NANDA, NIC, NOC, muestra aspectos inherentes a la valoración, resultados e intervenciones de cuatro diagnósticos prioritarios de las posibles situaciones más frecuentes que la familia debe enfrentar cuando un ser querido está en una condición crítica de su salud. Conclusión. Un plan de cuidados estandarizados basado en la teoría de la comprensión facilitada es una estrategia de aplicación del conocimiento de enfermería que consolida un modelo de atención integral que favorece la visibilidad, continuidad, eficiencia, calidad y excelencia del cuidado, y disminuye la hostilidad que para los familiares de los pacientes genera la experiencia del cuidado intensivo (8).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Generalidades: Cirugía Traumatológica De Cadera

Las generalidades sobre cirugía traumatológica son necesarias para entender las situaciones particulares por las que pasan los pacientes que son atendidos en las unidades de traumatología durante el postoperatorio. Los aspectos anatómicos son el recordar que el esqueleto óseo es el sostén del cuerpo humano, por lo que las fracturas de esta base de apoyo son importantes por la falta de continuidad de nuestro eje y porque afectan a todo el sistema Neurovascular que lo envuelve. En las últimas décadas los traumatismos provocados por accidentes de tránsito han aumentado considerablemente, lo que supone un gran número de atenciones médicas en los servicios de urgencias hospitalarias.

Las cirugías frecuentes incluyen reducción abierta con fijación interna para fracturas; artroplastias, artroscopias y amputación cuando hay problemas graves de las extremidades (por ejemplo: gangrena y traumatismos masivos). La finalidad de la mayor parte de las operaciones traumatológicas es mejorar la función al restaurar el movimiento y la estabilidad, además de aliviar el dolor y la incapacidad. El tratamiento quirúrgico incluye remoción de tejidos lesionados y enfermos, reparación de estructuras dañadas (por ejemplo: tendones rotos), artrodesis (inmovilización articular por fusión) y artroplastia (reemplazo de la total o una parte de las superficies articulares). La intervención quirúrgica se selecciona conforme al problema subyacente, estado físico general, efecto de la incapacidad articular en la vida del paciente y edad de este. El momento en que se realiza la operación es importante para lograr la restauración funcional máxima, cabe mencionar que son procedimientos quirúrgicos electivos (9).

Cirugías traumatológicas

En el Hospital Militar Central – Lima, se realizan las siguientes cirugías entre las cuales tenemos las con mayor incidencia:

- **Artroplastia:** Es un procedimiento quirúrgico que se usa para restablecer el funcionamiento de una articulación. La articulación se puede restaurar reparando la superficie de los huesos o también se puede usar una articulación artificial, llamada prótesis. Las articulaciones pueden verse afectadas por varios tipos de artritis. La osteoartritis, o enfermedad degenerativa de las articulaciones, es la pérdida del cartílago o la amortiguación de la articulación, y es el motivo más frecuente para una artroplastia, puede usarse cuando los tratamientos médicos ya no alivian con eficacia el dolor en la articulación y la discapacidad. Antes de recurrir a la artroplastia, pueden usarse algunos tratamientos médicos para la osteoartritis. En general, las personas que se someten a una artroplastia notan una mejoría considerable en el dolor en las articulaciones, su capacidad de realizar actividades y su calidad de vida. En la mayoría de los casos, la cirugía de articulaciones se realiza en la cadera y la rodilla y, con menos frecuencia, en el tobillo, codo y hombro.
- **Cirugía de reducción abierta y fijación interna en fracturas:** La reducción abierta y la fijación interna (RAFI), de una fractura es una cirugía para reparar la pierna rota de una persona. Una fractura de la pierna es la interrupción en cualquiera de los huesos de la pierna de una persona. Estos huesos pueden incluir el fémur, la tibia, el peroné y la rótula. La Cirugía de reducción abierta y fijación interna (RAFI), generalmente se hace si los huesos están rotos en varios sitios o si los huesos tienen cortes profundos. Puede también ser hechos si en los vasos sanguíneos y nervios también fueron dañados. Durante esta cirugía, el médico hará una incisión (corte) sobre el hueso roto. Él puede necesitar utilizar taladros, alambres, tornillos, placas y clavos

para alinear los huesos rotos y mantenerlos juntos. Mientras son mantenidos juntos, los pequeños fragmentos de hueso roto crecerán juntos y se harán más fuertes. La persona puede necesitar un yeso o férula después de su cirugía. Con la RAFI, la fractura puede ser tratada y el paciente puede poder reasumir sus actividades usuales. Es por ello que se hace incapie que la cirugía de RAFI es el tratamiento para las fracturas.

- **Artroscopia:** Permite observar la articulación por dentro y realizar pequeñas cirugías o extirpaciones. Suele ser realizada bajo anestesia regional o general y puede ser con fines terapéuticos, corregir alguna afección, o de forma diagnóstica, para conocer posibles daños. La operación de artroscopia consiste en la realización de 2 o 3 incisiones alrededor de la articulación dañada, suele ser la rodilla o el hombro, de entre 2 y 4 cm aproximadamente. Por una de estas incisiones, el médico introduce una solución salina que le permite observar la cavidad articular de forma más clara, así como eliminar líquidos turbios que pudiera haber en ella. A través de otra de las incisiones, el médico introducirá el artroscopio, consistente en un tubo estrecho con una cámara y una luz en el extremo distal, conectada mediante fibra óptica a un monitor, el cual permitirá al cirujano observar el interior y poder realizar la operación. El resto de incisiones son utilizadas para introducir los instrumentos quirúrgicos necesarios para el procedimiento. Una vez ha concluido, se extraen tanto los instrumentos como la solución salina del interior de la articulación, se suturan las incisiones y se procede a colocar un vendaje en la zona operada.

Una operación de artroscopia suele durar entre 30 y 60 minutos, pudiendo el paciente volver a casa el mismo día o tras pasar una noche en el hospital. La rehabilitación tras este procedimiento depende de la dolencia que haya sido tratada, pero siempre es menor que en las

cirugías abiertas, ya que como mencionábamos al inicio, se trata de una cirugía mínimamente invasiva que apenas produce daños en los tejidos. Además, los riesgos de esta operación son los mismos que pueden acontecer en cualquier cirugía (10).

Complicaciones quirúrgicas traumatológicas

- **Infección:** Las fracturas abiertas son las que tienen más riesgo de infectarse, aunque también una fractura cerrada que ha sido intervenida para osteosíntesis, puede complicarse con una infección ósea. La causa por lo general, se debe a un inadecuado desbridamiento inicial y al demasiado manipuleo quirúrgico. Se trata de una típica infección exógena, diferente en su fisiopatología, de la osteomielitis hematógena de los niños. Su tratamiento no gira únicamente en base a la antibioticoterapia. Sino a repetidos desbridamientos.
- **Retardo en la consolidación:** Se dice así, cuando una fractura bien reducida y bien inmovilizada, después de haber transcurrido el tiempo suficiente para consolidar, aun no se ve la unión ósea completa, y radiográficamente, todavía se observa la línea de fractura. No hay dolor ni movimientos anormales en el foco de lesión.
- **Pseudoartrosis:** Se llama pseudoartrosis, cuando después de haber transcurrido el tiempo suficiente para la unión ósea, no se ve el callo que puentea los extremos fracturados; existe movilidad anormal en el foco y radiográficamente se observa radio transparencia en zona de fractura se presenta escaso dolor, o sin dolor. Se habla de pseudoartrosis hipertrófica, cuando se observa intento de formación del callo, como una expresión exuberante en la periferia del trazo, y que se debe a la presencia de macro movimientos continuos durante el tratamiento.

- Consolidación viciosa: Se dice así, cuando los extremos de la fractura consolidan en mal posicionamiento trayendo deformidades o disfunciones.
- Rigidez articular: Es la complicación que compromete a la articulación vecina a la fractura, ocasionándole pérdida de la amplitud de movimientos, generalmente debido al medio inmovilizador que mantiene demasiado tiempo inmóvil a la articulación. Es reversible con la fisioterapia (11).

Cuidado de enfermería

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. El cuidado de los pacientes representa una

serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han podido perfeccionar técnicas, han habido avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano.

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad. Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida (12).

La revisión acerca del cuidado de enfermería, nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios.

Calidad del cuidado de enfermería

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: "El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención en salud óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y de los servicios médicos,

logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso. La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes como la naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios. La evaluación de la calidad del cuidado de enfermería debe ser un proceso continuo y flexible, basado en datos enfocados en el resultado del cuidado, y en la percepción del paciente. Los cuidados de enfermería con calidad se deben caracterizar por tener una dimensión holística (biológico, psicológico, social, cultural y espiritual), sustentado por el conocimiento científico y definido mediante los procesos de interacción (relación interpersonal terapéutica, mediante la educación a la persona, familia o grupo, y el consejo) y la transición (apoyo a los cambios de la persona debidos al desarrollo, crecimiento, enfermedad, o a cualquier otra situación que genere un cambio por el proceso de interacción con el entorno). Desde este contexto la calidad de los cuidados es el grado de adecuación de un determinado bien o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

Existen varias definiciones para el término "calidad" en la atención de la salud. "La calidad es hacer lo correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez siguiente, con las limitaciones de los recursos existentes y la satisfacción de la comunidad. Las acciones de promoción,

Prevención y atención están dirigidas a la persona, a la familia y a la comunidad, y a su interrelación con el medio (Ministerio de Salud 1997).

Según la OPS define calidad en salud al "Conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente", nos expresan que la calidad de un servicio se valora subjetivamente. Si no se satisfacen las necesidades y expectativas del paciente, entonces no hay calidad, a pesar que lo técnico haya sido

alcanzado plenamente. Por lo tanto la calidad de la atención de enfermería se define como: “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería. Para el Colegio de Enfermeras del Perú, la calidad de cuidados de enfermería se considera como un trabajo endógeno, no se impone ni basta que el eje esté empeñado en ello, es una tarea donde participa todo el equipo de trabajo siendo la contribución de cada persona importante para el logro de resultados, es decir, se trata de crear una cultura de calidad de la atención que brinden los servicios de enfermería, aplicando mecanismos auto reguladores que privilegien la crítica constructiva, la auto superación y la satisfacción por el trabajo bien hecho.

Para los servicios de salud la atención brindada es de calidad cuando se brinda a tiempo sin demora tratando de obtener cooperación y participación de los pacientes en decisiones relacionadas al proceso de prestación de cuidados mediante actividades de prevención, detección y tratamiento oportuno, basados en principios científicos y en el uso de tecnología apropiada, recursos profesionales y el proceso de comunicación (13).

Cuidado de enfermería postoperatoria

El cuidado de Enfermería en el período postoperatorio se dirige al restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, a la prevención del dolor y las complicaciones. La valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudarán al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez, seguridad y comodidad como sea posible. Se hará todo esfuerzo para anticipar y prevenir de ser posible, los problemas en el período postoperatorio.

El período postoperatorio empieza una vez terminada la operación y el paciente ingresa a la unidad post anestésica (URPA) también denominada “sala de recuperación”. Algunos pacientes que reciben un anestésico local o que son sometidos a intervenciones que no requieren anestesia pueden pasar desde el quirófano a su habitación del hospital o a su domicilio. La duración del postoperatorio depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de alteración causada por la cirugía y la anestesia pudiendo ser de sólo unas pocas horas o abarcar varios meses. Intervienen factores de este caso, como la edad del paciente, su estado nutricional, o estados patológicos que requieren terapéutica más intensiva afectarán a la duración del período postoperatorio. La clase de intervención quirúrgica influirá en la duración de la vigilancia continua que requiere el paciente después del período post anestésico inmediato.

La asistencia de enfermería en el postoperatorio entraña el cuidado intensivo con la finalidad de: apreciar el estado del paciente, psicológica y físicamente e intervenir eficazmente para fomentar la recuperación, prevenir y apreciar oportunamente las complicaciones y ayudar al paciente a recuperar su independencia. El postoperatorio puede dividirse en dos fases: la primera es el postoperatorio inmediato, que se caracteriza por la recuperación inicial de estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención.

La segunda fase es el periodo de resolución y curación, que puede llegar a ser incluso de meses en casos de intervenciones mayores.

Aunque no existe una línea divisoria clara entre la fase inicial de la recuperación postoperatoria y la segunda fase. La asistencia de Enfermería y las consideraciones relativas a ello se expondrá por separado, aunque sin olvidar que ambos períodos se superponen.

Cuando el paciente vuelve a la unidad de hospitalización, lo primero que haremos es hacerle una valoración en la que:

- Vigilaremos el nivel de consciencia.
- Tomaremos las constantes vitales y las registraremos en la gráfica de enfermería.
- Observaremos que el apósito o vendaje venga limpio de quirófano. Si hubiera signos de sangrado, rotular el área del apósito que esté impregnada de sangre para posteriores valoraciones.
- Vigilar las posibles complicaciones post operatorias y signos de infección de la herida quirúrgica.
- Comprobaremos el buen funcionamiento de vía venosa, de sondas y drenajes, si los tuviera, así como la cantidad y el aspecto del líquido drenado
- Actualizaremos la medicación que prescribe el cirujano, si ésta hubiera cambiado.
- Comprobaremos la analgesia pautada y la comenzaremos a administrar cuando fuera necesario.
- Comprobaremos localización y posición correcta del paciente en la cama.
- Valorar coloración, temperatura, movilidad y sensibilidad de las zonas distales.
- Miraremos la hora para iniciar la tolerancia de la dieta. Comenzaremos administrando sólo líquidos y si los tolerase, en la siguiente comida ya podremos administrar alimentos blandos. Si no viniese indicada, esperaremos unas 4 horas para iniciarla.
- Colocar las extremidades inferiores más altas que el resto del cuerpo, si ello no está contraindicado por su patología principal, técnicas quirúrgicas o dispositivos inmovilizadores y realización de movimientos (14).

Problemas y molestias postoperatorias que requieren cuidados de enfermería

El paciente presenta una serie de molestias y problemas de diversa entidad, que pueden ser aliviados por el tratamiento médico y los cuidados de enfermería adecuados. Estos pueden ser causa de complicaciones sino son tratados en su momento.

- **Dolor:** Identificar la localización, advertirle del dolor en la zona operada, informarle de posibles molestias y dolores articulares, interpretar a fondo su función respiratoria antes y después de la administración de analgésicos
- **Hipotermia:** El 60% de los pacientes experimentan tener una temperatura central inferior a los límites normales. Una hipotermia generalizada ocurre cuando el paciente presenta temperatura inferior a 35°C durante el post operatorio con una ligera subida durante 24-48 horas. Iniciar Inmediatamente las medidas de calentamiento, activas y pasivas para evitar que comience con escalofríos y temblores.
- **Hipertermia:** Horas después de la cirugía es posible que experimente una ligera subida de temperatura, que puede mantenerse Durante 24-48 horas. Iniciar la toma de temperatura cada 4-6 horas.
- **Nauseas y vómitos:** Problema frecuente en el postoperatorio, ocasionado por el vaciamiento gástrico inadecuado. Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado, colocarlo en decúbito lateral, eliminar la ingesta por vía oral y reiniciarle la dieta por vía oral una vez que los vómitos hayan desaparecido.
- **Retención urinaria:** Problema frecuente en el postoperatorio, si presenta retención de las 8-10 horas posteriores, se procederá a palpar la vejiga para ver si hay distensión vesical y dolor. Actividades: ayudar al paciente a forzar la diuresis por medio de irrigar la zona perineal con agua tibia

- Hipo: Es el resultado de espasmo intermitentes del diafragma, y se manifiesta con un ruido característico. Las medidas para aliviarlo son: contener la respiración mientras se bebe sorbos de agua, respirar el propio aire expulsado en una bolsa de papel y presión digital sobre los glóbulos oculares durante varios minutos (15).

Teorías de enfermería

Para este informe se tomó como base las siguientes teorías:

- Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte, su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido de I guerra mundial. En 1955 publico su "Definición de Enfermería", en 1966 perfilo su definición en el libro "The Nature of Nursing". El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

- ❖ Salud: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas. Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades.
- ❖ Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- ❖ Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

- ❖ Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
- ❖ Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- ❖ Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería, "asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible".

• **Modelo De Dorothea Orem**

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Se graduó en 1930, ha descrito la Teoría General del Autocuidado. Dicha teoría consta de tres teorías relacionadas:

- ❖ Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por

los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

- ❖ Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- ❖ Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
 - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda (16).

Para este informe se tomó como base al modelo de autocuidado de Dorothea Orem dirigido al paciente traumatológico para satisfacer sus necesidades de autocuidado, porque no puede continuar practicando algunas actividades que cotidianamente realizaba por las limitaciones físicas que presentan, es entonces donde deben desarrollarse estrategias para evitar, reducir al mínimo las necesidades de autocuidado que el paciente tiene insatisfechas. El modelo de autocuidado de Dorothea Orem es aplicable como sistema de apoyo y educativo al paciente que es capaz

de desempeñar las actividades de autocuidado por sí solo pero que necesita aprender a ejecutar acciones necesarias para mantener su salud y bienestar. Es decir, el enfermero(a) actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, que no podrían realizar sin esta ayuda.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cuidado:** es la acción de cuidar. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.
- **Calidad:** Es satisfacer plenamente las necesidades del paciente post operado ofreciendo una atención de enfermería ágil y oportuna.
- **La calidad del cuidado:** Consiste en poner en marcha el máximo de elementos posibles para garantizar a los pacientes una calidad de seguimiento, diagnóstico y terapéutica adecuada. Cuando la calidad de los cuidados es buena el paciente se beneficia de los mejores resultados posibles en función de su patología.
- **Cuidados postoperatorios:** Son los cuidados que brinda la enfermera al paciente que sale de sala de operaciones, en las primeras 48 horas posteriores a la cirugía, para asegurar el restablecimiento de la
- **salud del mismo.** Son valorados por el paciente y a partir de ello se mide la satisfacción del mismo en relación a sus expectativas y percepciones.
- **Post operatorio mediato:** Parte cuando ya se ha estabilizado los signos vitales del paciente extendiéndose hasta que sea dado de alta o logre su recuperación total.

- Complicaciones post operatorias: Aquella eventualidad que ocurre en el curso previsto de un proceso quirúrgico con una respuesta
- local o sistémica que puede retrasar la recuperación y poner en riesgo una función vital o la vida misma.
- Paciente quirúrgico: es aquel que va a someterse, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos permitió ordenar sistemáticamente la información y sustentar los conocimientos de los cuidados de enfermería en pacientes post operados de la unidad del C-2-1, se utilizaron para la recolección la historia clínica, los registros de enfermería, informes mensuales de intervenciones quirúrgicas.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

- Manual de organización y funciones (MOF)
- Manual de normas de procedimientos
- Manual de normas de bioseguridad y guías de prevención
- Libro de estancia de la unidad.
- Centro de informática del Hospital Militar Central.

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Descripción del área laboral

El Hospital Militar Central "CRL.-LUIS ARIAS SCHEREIBER" es una Institución de salud categorizada en el nivel III-I

Características geográficas

Ubicación:

- Jesús María
- Departamento de lima
- Provincia de lima
- Dirección: av. Pershing S/N (actual Av. sanches Carrión) entre la cuadra 28 de la av. Brasil y la primera cuadra de la av. Pershing.

La población

La población que atiende el Hospital Militar Central está compuesta por militares en situación de retiro y familiares que se encuentran a lo largo de todo el territorio nacional, personal civil que labora para el Ministerio de Defensa y atención por ley de emergencia.

Base legal

Con Resolución Suprema 343-CGE publicada en la Orden General del Ejército (CGE) Nro. 44 del 02 de agosto de 1957, disposiciones de la Comandancia General del Ejército.

Reseña histórica del Hospital Militar Central

En el año de 1904 el Hospital comenzó a funcionar en el Hospital "San Bartolomé" en Barrios Altos, lo que actualmente es parte del Instituto Materno Perinatal (Ex Maternidad de Lima).

En el año de 1956 gracias al entusiasmo, decisión y gestiones del entonces director del Hospital Crl. Luis Arias Schreiber, comenzó la construcción del actual establecimiento bajo la gestión del entonces Presidente de la Republica El General de División don Manuel A. Odria.

El Hospital es inaugurado oficialmente el primero de enero de 1958. Iniciándose con una capacidad de 811 camas en la actualidad debido a las modificaciones administrativas que se han dado cuenta con 863 camas operativas distribuidas en 33 unidades de hospitalización.

Misión del Hospital Militar Central

Proporcionar atención médica integral al personal militar, a sus familiares inscritos en el registro de familia y personal con derecho en el ejército. Así como atención médica de emergencia a pacientes de cualquier procedencia dispuestos por la ley y en caso de Emergencia Nacional, con la finalidad de contribuir el cuidado de la salud.

Visión del Hospital Militar Central

Ser un Hospital Digital líder en prestación de servicios de salud a Nivel Nacional, competitivo internacionalmente, con un potencial humano altamente especializado y equipo de última tecnología, reconocidos por resolver problemas de Salud con calidez y altos estándares de calidad y eficiencia.

Infraestructura del Hospital Militar Central

Tiene un área total de 63,122.36m² y de los cuales 106,076.57m² construida desde los sótanos hasta el sexto piso todo de material noble.

Unidad de hospitalización de traumatología

El servicio hospitalario de traumatología C-2-1, se encuentra ubicada en el segundo. Piso del pabellón C, está destinada a brindar atención de salud integral al personal militar de tropa, CGI y ex combatientes de la guerra de 1941, tiene una capacidad para 52 camas disponibles, cuenta con 12 ambientes colectivos y un ambiente de cuidados intermedios de 9 camas para pacientes post operados o de mayor cuidado. Actualmente se dispone del siguiente personal de enfermería 01 Lic. Enfermería jefe de unidad, 11 Licenciadas de enfermería y 09 técnicas de enfermería. El cuadro básico del personal de enfermería para atención al paciente por turno es 02 licenciadas y 02 técnicas de enfermería, que muchas veces no se cumple porque tienen que cubrir otros servicios por falta de personal. En la unidad de traumatología se realizan procedimientos y cuidados de enfermería unificadas y disponibles en el Manual de Organización y Funciones del Hospital Militar Central. En el año de 1996 ingrese a la institución del Hospital Militar Central desarrollándome en las diferentes áreas como enfermera asistencial, labor que se centra especialmente en el cuidado del paciente con valores y ética profesional; trabajando siempre en bien del paciente de los cuales he rotado por diferentes unidades de hospitalización como se menciona a continuación:

- Unidad de medicina A-3-1, en el año 1996.
- Cirugía de guerra C32, en el año 2000.
- Cirugía de Tcos. Y Suboficiales C31- B, en el año 2005.
- Cirugía plástica y quemada B23, en el año 2007.
- Cirugía y traumatología tropa C21, en el año 2009 hasta la actualidad. Durante todos esos años me he capacitado obteniendo diferentes certificados de estudio. Se me condecoro y otorgo, la Diploma de honor "Excelencia en el desempeño profesional en la UUHH. C21, del Hospital Militar Central", en el 2014.

En cuanto a los cuidados quirúrgicos en la unidad del C-2-1 se han realizado según el Manual de Organización y Funciones (MOF) del Hospital Militar Central- Lima; este manual es importante porque sirve para unificar criterios, mejorar el aprovechamiento de los recursos y son base para el control de calidad, durante los 20 años de servicio he adquirido experiencia, habilidades, destrezas y vivencias como el haber participado en la atención de enfermería en pacientes con complicaciones post operatorias; experiencia que nos hizo meditar sobre la importancia de la calidad de los cuidados que brinda la enfermera porque de eso depende la vida del paciente.

Funciones de la enfermera

El Manual de Organización y Funciones especifica la función de la enfermera especialista de los servicios de cirugía del Hospital Militar Central.

Función asistencial:

- Proporcionar cuidado integral y seguro de enfermería al paciente en el pre, trans y post operatorio basado en las necesidades de salud y utilizando el PAE.
- Participar en acciones de salud dirigidas a lograr el bienestar físico, mental y social del paciente.

- Ejecutar y evaluar el plan de cuidados de enfermería, con base a evidencias científicas, guías, protocolos de atención, normas institucionales e indicadores de calidad.
- Participar en el reporte y ronda de Enfermería.
- Desarrollar intervenciones de enfermería, durante su hospitalización del paciente demostrando calidez en el trato.
- Participar en la visita médica informando el estado del paciente.
- Ejecutar procedimientos técnicos en la atención directa al paciente (SNG, SV, venoclisis, curaciones) y otros.
- Conducir y acompañar al paciente de la unidad de hospitalización a SOP y viceversa proporcionándole apoyo físico y emocional.
- Administrar las prescripciones médicas y tratamientos a los pacientes en forma oportuna y eficiente.
- Verificar y utilizar de manera racional los medicamentos, materiales e insumos del paciente asegurando su provisión las 24 horas del día.
- Informar al paciente sobre las normas de conducta y disposiciones que debe cumplir durante su permanencia en el servicio.
- Brindar educación continua al paciente y familia en los aspectos de su auto cuidado.
- Supervisar y evaluar las actividades del personal auxiliar de Enfermería de acuerdo a su nivel de competencia.
- Verificar la limpieza, orden y conservación de los ambientes del servicio.
- Cumplir con las normas de bioseguridad.
- Mantener la integridad y el buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio.
- Registrar las intervenciones de enfermería en la historia clínica del paciente de acuerdo a normas para facilitar el diagnóstico y tratamiento del paciente.

- Participar en las actividades de investigación y capacitación permanente tendientes a mejorar la atención de enfermería que se presta al paciente.
- Elaborar, aplicar y evaluar las guías de intervenciones e instrumentos de enfermería basados en evidencia científica.
- Actuar en situaciones de emergencia y desastres de acuerdo a normas establecidas.
- Desarrollar acciones en el sistema de vigilancia epidemiológica.

Función administrativa:

- Registrar todas las actividades por turno.
- Asignación del trabajo de enfermería por pacientes.
- Registrar los objetivos y planes de cuidados.
- Realizar las tareas administrativas que beneficien al paciente.
- Elaborar planillas y dietas para el paciente.

Función docente:

- Ejecuta programa de educación continua para el personal de enfermería.
- Desarrolla actividades formativas en los estudiantes ubicados en los servicios de enfermería.
- Proporciona orientaciones a pacientes y familiares.

Función investigadora:

- realiza investigaciones de casos clínicos.
- Participa en investigaciones en enfermería con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población. (17)

3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Caso relevante

Al ingresar al servicio en el turno noche en la Unidad de Traumatología del C-2-1, se encontraba el paciente varón de 50 años, post operado mediato de artroplastia de rodilla izquierda. Mi colega la cual salía de servicio no valoro bien al paciente ya que no se percató que el paciente se estaba complicando con shock hipovolémico, por encontrarse con sobrecarga de trabajo.

A la observación paciente inconsciente, presentando shock hipovolémico, se valora el estado general del paciente y controla funciones vitales. Inmediatamente se informa al traumatólogo de servicio para que acuda al servicio. Hubo varios inconvenientes para la atención del paciente como la falta de material médico, oxígeno, etc. Se pudo solucionar y se brindó los cuidados de enfermería en complicaciones post operatoria; se prosiguió a seguir las indicaciones médicas como administrar medicación y 02 unidades de paquete globular. Se cursó interconsulta para UCI, ya que el paciente no se estabilizaba por completo. Durante su estancia hospitalaria del paciente se brindó los cuidados basados en el modelo de Virginia Henderson donde se logró cubrir todas sus necesidades básicas del paciente.

Innovaciones

- Se implementó talleres de capacitación para el personal de enfermería mensualmente, para así afianzar sus conocimientos.
- Se brinda charlas educativas al paciente en cuanto al autocuidado de sus heridas quirúrgicas durante su estancia en la unidad de traumatología.

- En la unidad de hospitalización se implementó el comité de bioseguridad. Actualmente se está trabajando en el cuidado de las heridas quirúrgicas del paciente traumatológico.
- Se implementó en el ambiente donde se recepciona al paciente post operado la colocación de puntos de oxígeno.

Aportes

- Se desarrolló un plan de cuidados para el paciente traumatológico este plan ayuda a que el personal de enfermería esté capacitado para el desarrollo del cumplimiento de sus funciones teniendo en cuenta el modelo de Virginia Henderson y Dorothea Orem.
- Estimular la realización de protocolos que unifiquen criterios para el cuidado del paciente traumatológico; ya que es necesario en este tipo de pacientes para evitar posibles complicaciones post operatorias.
- Realización de talleres de aprendizaje.

Limitaciones

- Falta de capacitación periódica.
- Falta de evaluación al personal de enfermería.
- Sobre carga laboral.
- Falta de insumos y material médico.
- Falta de medicamento y material descartable.
- El paciente no ayuda con el autocuidado de su herida quirúrgica.

Teniendo en cuenta el modelo de Virginia Henderson y Dorothea Orem, la enfermera debe brindar cuidados con humanismo, calidad, calidez, oportuno y seguro; poniéndose en lugar del paciente, valorando las condiciones y el estado en que se encuentra las personas a las que

atiende; la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también, participando activamente en la ejecución del plan de cuidados. Estas teorías nos sirven como base para el buen desempeño de nuestras funciones con conocimientos científicos, ya que nos ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión.

IV. RESULTADOS

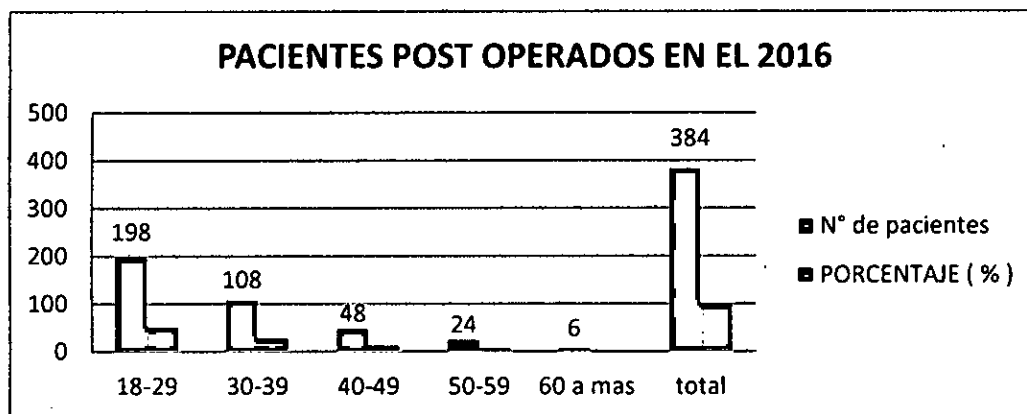
Tabla N° 4.1

NUMERO DE PACIENTES POST OPERADOS, SEGÚN LA EDAD EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA C-2-1 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL - 2016.

Pacientes post operados en el año 2016		
Edad	N°	Porcentaje (%)
18-29	198	51.56
30-39	108	28.13
40-49	48	12.50
50-59	24	6.25
60 a mas	6	1.56
Total	384	100

Fuente: Libro de estancias de la unidad C-2-1 del 2016.

Grafico N° 4.1



Interpretación: En el siguiente grafico se muestra que de los 384 pacientes post operados, la mayoría de los pacientes son jóvenes con 198 pacientes que tienen edades entre 18 a 29 años con 51.56%, Se puede observar también que en cantidades relativamente bajas las personas adultas con más de 60 años con el 1.56%, la edad avanzada de este grupo de personas tienen una incidencia mínima, esto se debe a situaciones de caídas en sus domicilios.

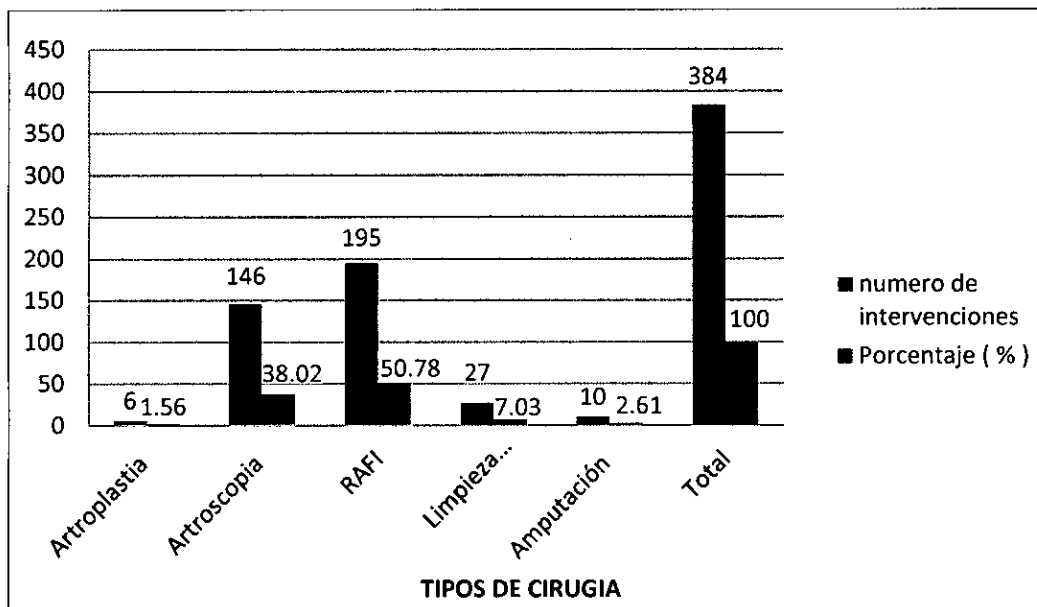
Tabla N° 4.2

NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN TIPO DE CIRUGÍA DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA C-2-1 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL - 2016.

Intervenciones quirúrgicas en el año 2016		
Tipo de cirugía	N°	Porcentaje (%)
Artroplastia cadera y rodilla	6	1.56
Artroscopia de rodilla	146	38.02
Reducción abierta y fijación interna de miembros superiores e inferiores	195	50.78
Limpieza quirúrgica	27	7.03
Amputación de miembros superiores e inferiores	10	2.61
Total	384	100

Fuente: estadística del departamento de traumatología del 2016.

Grafico N° 4.2



Interpretación: Se aprecia que las cirugías realizadas con más incidencia son reducción abierta y fijación interna con 50.78 %, este grupo de cirugía es por la mayor demanda de fracturas en los pacientes y las artroscopias de rodilla con un 38.02%. Se observa también que en cantidades relativamente bajas las cirugías de artroplastia en pacientes mayores con el 1.56%.

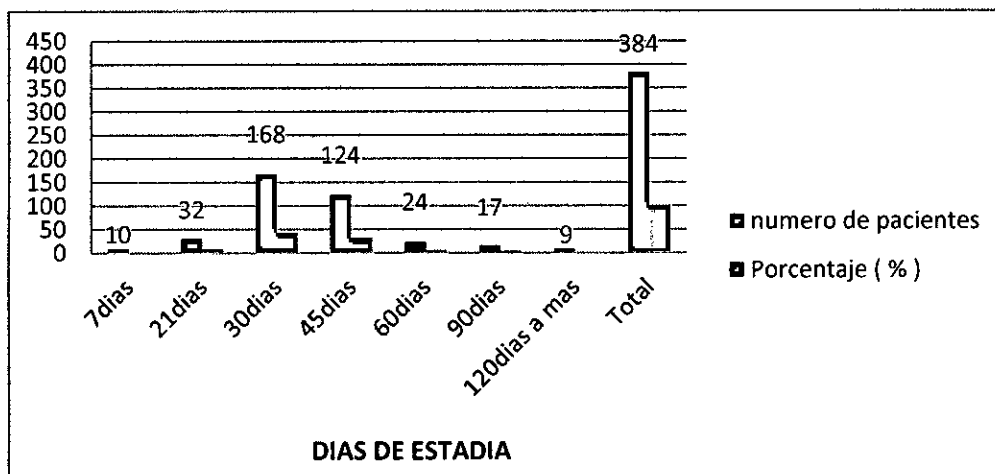
Tabla N° 4.3

DÍAS DE ESTADIA DE LOS PACIENTES POST OPERADOS EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA C-2-1 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL - 2016.

Pacientes post operados en el año 2016		
Días de estadía	N°	Porcentaje (%)
7dias	10	2.60
21dias	32	8.34
30dias	168	43.75
45dias	124	32.29
60dias	24	6.25
90dias	17	4.43
120dias a mas	9	2.34
Total	384	100

Fuente: Libro de estancias de la unidad C-2-1 del 2016.

Grafico N° 4.3



Interpretacion: Según el grafico se puede observar los dias de estancia de los pacientes post operados que la mayoría de los ellos permanecen 30 dias de internamiento con 43.75%. 124 pacientes permanecieron internados por 45 dias con un 32.29%, es decir que este grupo de pacientes necesitan mas dias de estadía para que sus fracturas consoliden favorablemente. Se observa tambien que 9 pacientes tuvieron mas de 120 dias de estancia prolongada con 2.34%, por presentar complicaciones.

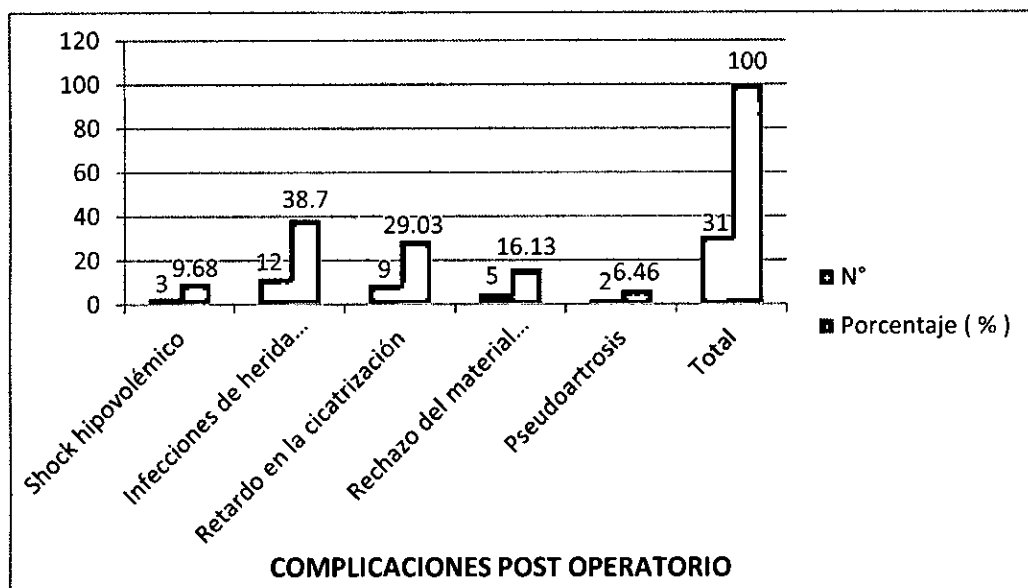
Tabla N° 4.4

NUMERO DE COMPLICACIONES POST OPERATORIAS DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA C-2-1 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, 2016.

Complicaciones post operatorias en el año 2016		
Tipo de complicación	N°	Porcentaje (%)
Shock hipovolémico	3	9.68
Infecciones de herida operatorio	12	38.70
Retardo en la cicatrización	9	29.03
Rechazo del material quirúrgico	5	16.13
Pseudoartrosis	2	6.46
Total	31	100

Fuente: Revisión de historia clínica de la unidad C-2-1 del 2016.

Gráfico N° 4.4



Interpretación: según el gráfico podemos observar las complicaciones más frecuentes de los pacientes post operados, de los cuales con un mayor porcentaje las infecciones con un 38.70%, continuando con retardo en la cicatrización con un 29.03%, seguido de rechazo de material quirúrgico con un 16.13% y un porcentaje mínimo de pseudoartrosis con un 6.46%.

V. CONCLUSIONES

Al término del informe se concluye lo siguiente:

a. En la unidad de traumatología C-2-1 el número de intervenciones quirúrgicas realizadas fue en total de 384, en el año 2016; siendo la mayoría pacientes jóvenes con un 51.56% y que están expuestos muchos de ellos por la actividad física que realizan a ser intervenidos quirúrgicamente por fracturas. Reflejando una vez más que los cuidados deben de ser con calidad, calidez, oportuna y segura con suficientes recursos materiales y un ambiente adecuado para la recepción de pacientes; por ende es preciso reflexionar sobre la esencia de enfermería, que es el cuidar al necesitado con gran dimensión de entrega, compromiso ético y bases humanísticas.

b. En el año 2016 la mayoría de los pacientes post operados estuvieron hospitalizados 30 días con un 43.75%, todos estos pacientes necesitaron más tiempo de hospitalización para que cicatricen y consoliden sus heridas quirúrgicas, por tanto demanda más tiempo de atención directa por parte de la enfermera; es básico contar con suficiente personal profesional para lograr satisfacer las necesidades del paciente basado en las teorías de enfermería.

c. Las complicaciones más frecuentes de los pacientes post operados en la unidad del C-2-1 fue en total 31, en el año 2016, siendo 12 los pacientes que se complicaron con infección en herida operatoria. Es importante que la enfermera reciba capacitación continua, educación al paciente sobre autocuidado de sus heridas operatorias y tomar medidas de bioseguridad para disminuir los índices de complicaciones en los pacientes post operados.

VI. RECOMENDACIONES

a. El Hospital Militar Central del Perú debe autorizar Implementar en el servicio de traumatología C-2-1, un ambiente adecuado en cuanto a equipamiento y recursos materiales para la recepción del paciente post operado lo cual permita brindar cuidados de enfermería con calidad y calidez.

b. El departamento de personal debe autorizar el incremento de personal de enfermería que pueda cubrir el ausentismo de enfermeras en los servicios y evitar así la falta de calidad de los cuidados hacia los pacientes.

c. Se recomienda programas de capacitación al personal de enfermería para afianzar sus conocimientos y de esta manera identificar en forma oportuna signos de alarma a fin de evitar casos fatales.

VIII. REFERENCIALES

1. OMS. La cirugía segura salva vidas (sede Ginebra: Suiza; 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07.spa.pdf
2. Paredes Romero, L. Influencia De Los Cuidados De Enfermería Y Multidisciplinarios En La Recuperación De Pacientes Sometidos A Osteosíntesis En El Servicio De Traumatología Del IESS En El Período Julio – Octubre 2010.[tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Ambato: Universidad Técnica De Ambato; 2014
3. Colomina, M. Anestesia En Cirugía Ortopédica Y Traumatología.[Internet]. 2011 [citado el 27 agosto del 2017]. Disponible en : https://www.academia.cat/files/425-11318DOCUMENT/ANESTESIA_ENTRAUMATOLOGIASCARTDColomina20161.pdf
4. Minsa. calidad de salud [Internet]. 2016 [Citado El 30 Agosto Del 2017]. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/index.asp?pg=4>
5. Ataurima Mañueco, R. Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de apoyo Jesús de Nazareno, 2016 [tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2016.

6. Rubio L, Ruiz J, Rebaza L. Calidad Del Cuidado De Enfermería En La Seguridad Integral Del Paciente Quirúrgico Del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo – 2014. [tesis para optar el Maestría en Gestión de Servicios de Salud].Trujillo: Universidad César Vallejo de Trujillo; 2014.
7. González Oré Percepción del paciente sometido a cirugía oftalmológica acerca del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Cirugía de Día en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima-Perú-2013. [tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico].Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2014.
8. Bernal y Horta. Cuidados de enfermería para la familia del paciente critico desde la teoría de la comprensión facilitada. [Internet]. 2014 [Citado El 30 Agosto Del 2017]. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/46071>
9. Morales P. Prevalencia De Fractura De Cadera En Adultos Mayores Hospitalizados En El Servicio De Traumatología Y Ortopedia Del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao – 2014. [Tesis Para Optar El Título Profesional De Médico Cirujano].Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
10. Lopes D. Cirugía Ortopédica y traumatológica . [Internet]. 2014 [Citado El 30 Agosto Del 2017]. Recuperado de : <http://www.doctorlopezcapape.com/cirugia-ortopedica.php>
11. Aybar.A. Complicaciones De Las Fracturas. [Internet]. 2016 [Citado El 30 Agosto Del 2017]. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/clase08.pdf>

12. Rodríguez. J, García-Campos, M. La importancia del cuidado de enfermería. 2009 [Citado El 30 Agosto Del 2017]. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?DARTICULO= 249 7 5>
13. Soto, M. (2013). El reto de la calidad y seguridad de la atención de enfermería. (J. Meljem, Ed.) Revista CONAMED, 18(1), 53-55.
14. Carmona T. Cuidados Postoperatorios. [Internet]. 2015 [Citado El 30 Agosto Del 2017]. Recuperado de: <http://enfermeriafundamentalbuap.blogspot.pe/2015/11/cuidados-peri-operatorios-una.html>
15. Chaves C. Molestias Postoperatorios. [Internet]. 2011 [Citado El 30 Agosto Del 2017]. Recuperado de: <http://enfermeriaquirurgica-pojc.blogspot.pe/p/historia-de-la-cirugia.html>
16. Barrera S y Reyes E. Fundamentos de Enfermería. [Internet]. 2014 [Citado El 30 Agosto Del 2017]. Recuperado de: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/presen.html>
17. Manual de organización y funciones del hospital militar central. Funciones de enfermería en el área de cirugía. 2017, Pag 25-30

ANEXOS

HOSPITAL MILITAR CENTRAL



UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGIA C-2-1

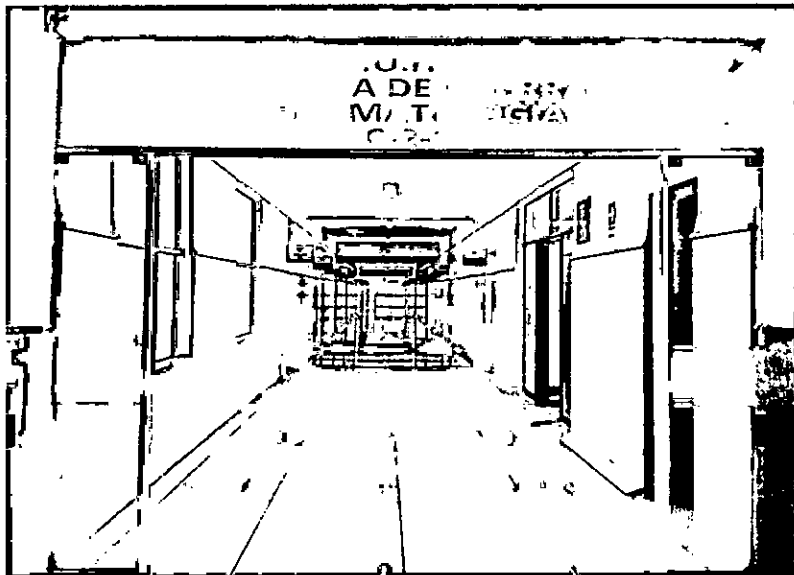


IMAGEN DEL AMBIENTE IDEAL PARA LA RECEPCION DEL PACIENTE POST OPERADO

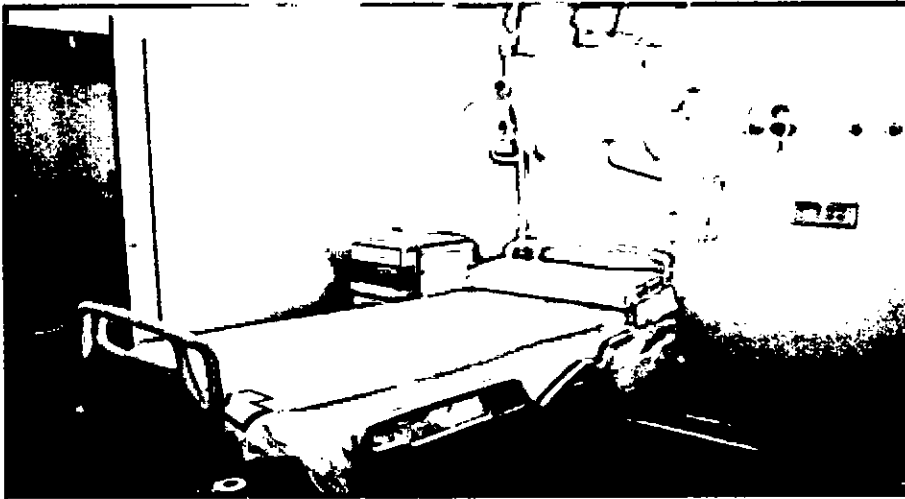


IMAGEN DEL AMBIENTE REAL DONDE SE RECEPCIONA AL PACIENTE POST OPERADO DE LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGIA C-2-1



FUNCIONES DE ENFERMERIA

- ASISTENCIAL



- ADMINISTRATIVA



- DOCENTE



- INVESTIGACIÓN



- MEJORANDO LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y EDUCANDO AL PACIENTE SOBRE AUTOCUIDADO DE SU HERIDA QUIRURGICA

