

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS  
CON FRACTURA DE FÉMUR DIAFISIARIA EN EL SERVICIO DE  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL  
DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA, 2014 – 2017**

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

**MARGOT LOPEZ CCAÑIHUA**

**Callao, 2017  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO  | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA        | SECRETARIA |
| ➤ DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN | VOCAL      |

**ASESOR: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA**

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 412

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 30/10/2017

Resolución Decanato N° 2691-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	7
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	30
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	31
3.1 Recolección de Datos	31
3.2 Experiencia Profesional	32
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	41
<b>IV. RESULTADOS</b>	45
<b>V. CONCLUSIONES</b>	48
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	49
<b>VII. REFERENCIALES</b>	50
<b>ANEXOS</b>	53

## INTRODUCCIÓN

Una fractura femoral es la ruptura del hueso del muslo, llamado fémur. Va desde la cadera hasta la rodilla y es el hueso más largo y fuerte del cuerpo. (1)

Las fracturas de la diáfisis del fémur son más frecuentes en varones. Según la edad, el 11% afecta a niños menores de 2 años, el 21% entre los 3 – 5 años, el 33% entre los 6 – 12 años y el 35% entre los 13 – 18 años. (2)

El presente informe de experiencia profesional titulado “cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con fractura de fémur en el INSN Servicio de Ortopedia y Traumatología”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con fractura de fémur. Asimismo, contribuirá a planificar el cuidado biológico, social, emocional y elevar la confianza, seguridad y la calidad de atención que ofrecen los profesionales de enfermería, propiciando una recuperación más rápida.

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 Descripción de la Situación Problemática

Uno de los motivos más frecuentes de hospitalización en una unidad de traumatología infantil es la fractura de diáfisis femoral.

El mecanismo de producción más habitual en menores de 3 años son caídas casuales domésticas o en áreas de recreo o el maltrato físico. En niños mayores accidentes de tránsito o deportivos. En ocasiones es la fractura asienta sobre hueso patológico (ontogénesis imperfecta) (3)

Las caídas son algo habitual y normal del desarrollo del niño y forman parte del proceso de aprender a caminar, correr, saltar, trepar, explorar e interactuar con el entorno físico, algunas caídas exceden la capacidad de recuperación del cuerpo humano y la capacidad de la superficie de contacto de absorber la energía que se genera. Esto hace que las caídas sean una causa importante de traumatismo en la niñez, incluidos los que causan discapacidades permanentes y la muerte.

A nivel mundial, cada día mueren más de 128 niños debido a una caída. Las caídas son la causa principal de fallecimiento en los niños de 5 a 9 años y los adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años.

La mayoría de lesiones mortales en menores de 18 años se debieron a colisiones por accidentes de tránsito, ahogamientos,

quemaduras por fuego, caídas o intoxicaciones. Estas cinco categorías constituyen el 60% de todas las defunciones en niños debidas a lesiones.

Sin embargo, la categoría más común de lesiones no intencionales que requieren el ingreso hospitalario en los niños menores de 15 años son las fracturas de brazos o piernas. (4)

Los accidentes representan una importante causa de morbilidad y mortalidad a cualquier edad, y la población pediátrica no es la excepción. Los accidentes no respetan edad, sexo, raza o condición socioeconómica. A pesar de que es un acuerdo universal que los niños tienen el derecho a vivir en un ambiente seguro y a la protección contra lesiones y violencia, las lesiones en niños siguen siendo un problema de salud pública en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que mueren, en todo el mundo, aproximadamente 100 niños cada hora a causa de lesiones, de las cuales el 90% son no intencionales. (5)

Las lesiones, como fenómeno social, tienen múltiples consecuencias. Comienzan con el sufrimiento de la persona y la interrupción de las actividades cotidianas; después se agrega la necesidad de atención médica ambulatoria u hospitalaria, con el respectivo gasto económico. La situación puede ir más allá, ocasionando secuelas o muerte. En el caso del paciente pediátrico, la interrupción de actividades incluye el ausentismo escolar del

menor y también el ausentismo de los padres de sus actividades laborales, con lo que frecuentemente se interrumpe el aporte económico para la familia. En un niño, las secuelas no se limitan a la pérdida o disfunción de un órgano sino también a la interrupción del desarrollo, con secuelas que pueden durar toda la vida. (6)

La enfermera, como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal, ético y solidario en el proceso salud-enfermedad, en los pacientes que precisan de una atención adecuada. Para brindar ese apoyo que requieren los pacientes, se debe contar con un cuerpo de conocimientos científicos, tomando en cuenta que al individuo se le contempla en sus tres esferas; biológica, social y emocional. Esta última abarca el apoyo emocional que “comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra”, por consiguiente la enfermera debe tener los conocimientos necesarios y la sensibilidad para poder atender esta necesidad, que el individuo demanda día a día.

Ante una intervención quirúrgica se desencadenan en el paciente diversas emociones, entre las cuales se encuentran la ansiedad y el estrés; aspectos que repercuten en la evolución y recuperación del paciente en la estancia hospitalaria.

En el Servicio de Traumatología del INSN ubicado en el distrito de Breña, uno de los problemas que aquejan a los pacientes

pediátricos es la fractura de fémur diafisiaria que se ha ido observando día a día durante mi experiencia profesional.

En el cual he podido identificar, que se descuida el aspecto emocional que invade a las personas cuando están enfermas; el cual tendría que ser tomado muy en cuenta ya que las situaciones emocionales insatisfechas provocan mayor vulnerabilidad al ser humano cuando es sometido a procedimientos quirúrgicos programados y de urgencia. También se ha podido evidenciar el escaso contacto entre la enfermera y el paciente, ya que el cuidado de enfermería es integral se debe tener en cuenta que el acto del cuidado de enfermería tiene un carácter esencialmente humano, coordina y hace efectivo el conocimiento científico y tecnológico para beneficio de la salud de la persona que cuida. En muchas oportunidades, se deja de lado una actitud de escucha para aquellos pacientes que desean manifestar sus emociones o sentimientos.

## **1.2 Objetivos**

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con fractura diafisiaria de fémur en el INSN Servicio del ortopedia y traumatología.

### **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 fémur diafisiaria y permitirá que las enfermeras brinden un cuidado integral en sus tres esferas biológica social y emocional al paciente en la etapa pre y post quirúrgica en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del INSN en el periodo 2014 – 2017 con el propósito de elevar la confianza, seguridad y la calidad de atención que ofrecen los profesionales de enfermería y propiciar una recuperación más rápida del paciente .

Asimismo, 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 a los pacientes pediátricos con fractura de fémur diafisiaria en la etapa pre quirúrgica y post quirúrgica en el servicio de hospitalización de ortopedia y traumatología del INSN. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos 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 de manera integral en el pre y post quirúrgico en pacientes pediátricos con fractura de fémur diafisaria.

**Nivel Social:**

A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los pacientes pediátricos en el servicio de hospitalización. La fractura de este hueso lleva a la cama al reposo, como todas las fracturas y sin lugar a dudas un niño de esa edad cae en depresión porque mientras sus amigos están jugando al basquetball, beisbol y demás deportes este debe quedarse en cama postrado. 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 los cuidados tanto a nivel hospitalario como en el hogar a un paciente pediátrico con fractura de fémur diafisaria.

**Nivel Económico:**

Los pacientes pediátricos con fractura de fémur diafisiaria llevan al niño a la cama, al reposo ,conllevando no solo a un problema clínico sino también social y económico ya que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios y ocasiona en el paciente: pérdida de la , autonomía, independencia , autoestima y ausentismo escolar.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

**Castellanos P, (2012)** "Tratamiento de fracturas diafisarias de fémur en niños en el departamento de ortopedia y traumatología pediátrica en el Hospital general San Juan de Dios de Guatemala".

Estudio descriptivo prospectivo longitudinal observacional aplicado 43 pacientes pediátricos de 0 a 12 años con fractura de fémur, se encontró al sexo masculino en 74%, la edad de mayor frecuencia fue de 1 a 5 años, seguida por los niños de entre 5 a 12 años, encontrándose como principal etiología de la fractura las caídas en 76%, seguida por los hechos de tránsito en 23%, provocando estas dos fracturas oblicuas en un 58%. La intervención inicial incluyó la espica de yeso en 76%, la tracción cutánea para posterior intervención en 18% y los fijadores externos, utilizados en 2 pacientes, la espica de yeso constituyó el tratamiento definitivo en 74% de los casos, utilizando clavos intramedulares en 8 pacientes y fijadores externos en 3 pacientes. El resultado terapéutico satisfactorio se obtuvo a través de la comprobación de consolidación de la fractura en 88% y la angulación menor de 5 grados en 38 de los casos, además de la medición del acortamiento residual menor de 1 cm en 76%. (7)

**Álvarez, A., et al. (2004)** "Fractura de fémur en el niño, comportamiento en 4 años en el hospital pediátrico provincial "Eduardo Agramonte Piña" de la Ciudad de Camaguey Cuba".

Estudio observacional y explicativo en 59 pacientes diagnosticados y tratados por esta afección en el Hospital Pediátrico Provincial "Eduardo Agramonte Piña" de la ciudad de Camagüey. Predominó el sexo masculino en el 79.6 % de los casos. El grupo de edades con mayor incidencia fue el de hasta cinco años y de seis a diez. La localización más frecuente es el tercio medio en un 64.4 %. El trauma asociado se encontró en un 11.8 %. El tratamiento más utilizado es el conservador en un 71.1 %. Las complicaciones se presentaron en un 16.9 %. La estadía hospitalaria predominó de seis a diez días representando un 40.6%. (8)

**Sánchez G, (2013)** "Las emociones en la práctica enfermera", realizado en la ciudad de Barcelona, España.

Estudio exploratorio descriptivo con aproximación metodológica mixta (cualitativa y cuantitativa) y de comparación por grupos. La muestra esta constituida por 40 participantes (usuarios y enfermeras). Tuvo como objetivo analizar la percepción que tienen los usuarios y las enfermeras del papel de las emociones en los cuidados enfermeros. Y se llega a la conclusión de que los usuarios no le otorgan un valor profesional y/o terapéutico al tipo de relación

que establecen las enfermeras. El cuidado de las emociones aunque se entiende beneficioso, se considera peligroso para la eficacia y el equilibrio emocional de las enfermeras. La empatía, la escucha activa y la capacidad de gestión emocional son habilidades emocionales básicas y constituyentes de la competencia emocional enfermera. La falta de habilidades emocionales se señala como posible causa del poco desarrollo de la atención y cuidados de las emociones. Es necesario replantear la formación enfermera en estas habilidades. Sería relevante continuar las investigación que permitan justificar el valor (efectos beneficiosos) del cuidado emocional y la necesidad de potenciar la formación enfermera habilidades emocionales.(9) Esta tesis doctoral aporta significativamente al presente trabajo porque nos muestra otra realidad importante, donde se ve afectado el aspecto emocional no solo desde el punto de vista como paciente sino como enfermera ya que diariamente está se ve expuesta a diferentes situaciones emocionales que los pacientes le puedan expresar.

**Bustamante, C., et al (2011)** "Cuidados emocionales que brindan los enfermeros a pacientes quirúrgicos", en la clínica de Sucre, en Bolivia.

Tuvieron como objetivos determinar los cuidados emocionales que brinda el enfermero. Estudio descriptivo y prospectivo de acuerdo al

período y secuencia, el universo estuvo conformado por enfermeros del servicio de postquirúrgicos e internación de la población compuesta por un total de 24 enfermeros, siendo este el total de los enfermeros de los servicios mencionados. La obtención de datos se realizó mediante fuente primaria; la técnica utilizada fue la encuesta, en su modalidad de cuestionario. El instrumento para medir las variables y correspondientes indicadores, estuvo determinada por la escala tipo Likert con ítems dirigidos en forma positiva. Tuvo como conclusión que el 37,5% de los entrevistados brinda cuidados emocionales a los pacientes quirúrgicos. (10) Esta investigación se relaciona con el presente informe laboral en curso ya que se estudia y permite determinar si los enfermeros brindan un cuidado emocional a los paciente quirúrgicos, y sirve como guía para encaminar el presente trabajo.

## **2.2 Marco Conceptual**

### **2.2.1 Fractura diafiaria de fémur en niños**

#### **a) Definición**

Fractura en la que anatómicamente está representada por una línea que va de la cresta del vaso lateral hasta el límite distal del trocánter menor.

Las características del fémur de ser un hueso más largo del esqueleto y uno de los más principales para soportar carga en la extremidad inferior lo expone con facilidad a fracturas las que pueden provocar morbilidad prolongada e incapacidad.

**b) Causas:**

Trauma directo: accidentes de tránsito, aplastamiento por proyectiles.

Trauma indirecto: caída de altura, accidente deportivo.

Son las más frecuentes en los niños y es la mayor causa de morbilidad en los servicios de traumatología.

En niños pequeños ocurre especialmente por los juegos y en los adolescentes por traumatismos de alta energía.

Un gran número es por abuso y maltrato.

**c) Signos y síntomas:**

Impotencia funcional, movilidad anormal con crepitación, acortamiento del miembro inferior, rotación externa del pie, deformidad y aumento de volumen del muslo. (11)

**d) Tratamiento:**

La gran mayoría de las fracturas en niños tiene un buen pronóstico y cicatrizan sin dejar secuelas de importancia debido en buena

parte a su capacidad de remodelación y a la rápida recuperación que tienen aún después de un periodo de inmovilización prolongado. No obstante, existe controversia en cuanto a cuál es el mejor método de tratamiento para estas lesiones.

**Los métodos tradicionales**, casi todos conservadores (**no quirúrgicos**), para la mayoría de las fracturas de fémur en pacientes esqueléticamente inmaduros han sido reemplazados paulatinamente durante los últimos 20 años por diversos procedimientos quirúrgicos. De tal manera que los esquemas de manejo sugeridos siguen cambiando en la actualidad. Esto constituye el área de mayor controversia.

El método tradicional de tratamiento incluía un periodo de tracción cutánea o esquelética (generalmente de 1-3 semanas, en forma intrahospitalaria) y posteriormente la aplicación de un molde de yeso pelvipodálico (Espica o Callot). Este método ha sido cuestionado y ha perdido popularidad, a favor de métodos de manejo quirúrgico para la mayoría de las fracturas diafisarias en mayores de 6-7 años debido a:

- El alto costo al mantener estos pacientes en el hospital por tiempo prolongado
- Las dificultades que implica para el paciente y su familia (pérdida del año escolar o pérdida del trabajo de los padres)

por el largo tiempo de incapacidad asociado al uso de la tracción seguida por el yeso

- Los problemas para el aseo, transporte del paciente y las complicaciones asociadas con el uso del yeso y la tracción esquelética.

Aunque los **métodos quirúrgicos** por lo general tienen la ventaja de lograr un mejor control de los fragmentos óseos y reintegración más rápida del paciente a sus actividades habituales, los riesgos asociados a la anestesia y al procedimiento quirúrgico mismo (riesgo de lesionar la circulación de la cabeza femoral al colocar un clavo intramedular rígido o de lesionar el cartílago de crecimiento) deben ser valorados en forma individual, antes de decidir el manejo definitivo de estos pacientes.

En buena parte la edad del paciente determina el tipo de manejo.

La gran mayoría de los pacientes menores de 7 años aún son manejados en forma no quirúrgica.

Los mayores de esta edad (7años) generalmente se consideran candidatos para algún tipo de osteosíntesis.

## **OPCIONES DE MANEJO**

### **Arnés de Pavlik.**

Ha demostrado ser el método más sencillo de manejo para la mayoría de las fracturas diafisarias y del tercio proximal del fémur

en menores de un año. En este grupo de edad es indispensable descartar la posibilidad de abuso infantil.

### **Yeso temprano.**

Es el método más comúnmente utilizado entre el año y los 6 años de edad, especialmente si la lesión es aislada, los tejidos blandos están íntegros y la fractura no tiene más de 2 cm de cabalgamiento inicial.

### **Tracción esquelética seguida de yeso.**

Su uso ha disminuido considerablemente

Sin embargo, sigue siendo una gran opción en lugares en donde el costo de la estancia hospitalaria no es alto y/o en lugares donde las opciones de fijación quirúrgica no se encuentran disponibles o no se cuenta con experiencia en su uso. Su mayor valor es en pacientes menores de 7 años con fracturas que tienen más de dos cm de cabalgamiento. Se utiliza por un periodo que va entre los 7-21 días y es seguida por inmovilización en una Espica de yeso.

### **Fijación intramedular flexible:**

Se ha consolidado en los últimos años como el método de elección en fracturas diafisarias en niños entre los 6-12 años de edad.

Existen clavos de titanio y de acero inoxidable.

### **Fijación intramedular rígida (IM)**

La fijación IM rígida es el tratamiento estándar en adultos y adolescentes esqueléticamente maduros.

**Fijación externa:**

Se puede considerar como una forma de tracción portátil. Sus principales indicaciones son las fracturas expuestas, lesiones severas de tejidos blandos, fracturas conminutas o inestables, fracturas fuera del istmo diafisario (subtrocantéricas o metafisarias distales), pacientes politraumatizados, con traumatismo cráneo-encefálico o con lesiones vasculares. La mayoría de estas indicaciones son contraindicaciones relativas de la fijación intramedular elástica, por lo que estos dos métodos se consideran complementarios

**Placas y tornillos:**

Método de osteosíntesis abierta con la que tenemos mucha familiaridad. En los últimos años se ha introducido un sistema de placas bloqueadas submusculares que disminuyen o evitan muchos de los problemas que tenemos con las placas convencionales (mejor fijación y estabilidad de las fracturas, no requieren de las grandes incisiones, se evita lesionar el periostio y la vascularidad del foco de fractura). Estas nuevas placas funcionan como un fijador externo colocado internamente y tienen indicaciones similares al fijador externo. (12)

### **e) Complicaciones**

La más frecuente es la discrepancia de miembros inferiores; se considera dentro de rangos normales hasta 1.5 cm. de discrepancia.

Las rotaciones no son aceptables en la mayoría de los casos (corregibles hasta 10°)

Angulaciones en antero posterior de 30° a 40°.

Menos frecuentes son las infecciones y el síndrome compartimental. (11)

## **2.2.2 Cuidados de enfermería en fractura de fémur**

### **Fijación interna**

#### **a) Pre-operatorio**

- Batería completa de exámenes de laboratorio.
- Monitorización de signos vitales
- Preparación de la piel, esto se realiza con una higiene corporal y del sitio donde se realizara la cirugía, utilizando antisépticos. El día de la cirugía se bañara por completo al paciente.
- La dieta será líquida las 12 horas previas a la cirugía y dieta "cero" las 6 horas restantes a fin de evitar bronco aspiraciones entre otras complicaciones.
- Evaluar el dolor que presenta el paciente en la región lesionada, por medio de escalas, de acuerdo a la edad.

## **b) Post-operatorio**

- Para reducir el edema mantenga la extremidad operada elevada para favorecer el retorno venoso.
- Observe el color y la temperatura de la piel de la extremidad. La palidez, cianosis y frialdad son indicios de disminución circulatoria y deben comunicarse rápidamente.
- Valorar presencia de mal olor, lo que indica una infección por debajo del yeso.
- Si el paciente presenta parestesia (sensación subjetiva experimentada como entumecimiento, hormigueo o cesación de pinchazo) indica compromiso nervioso por presión se debe informar al médico y si es muy intenso se debe abrir los extremos del yeso para disminuir la compresión.
- Observe la presencia de manchas (sangre, secreciones) en el aparato enyesado, marque la zona (con un lápiz se marca el contorno de la mancha) y controlar si progresa.

### **Tutores externos**

- El paciente debe evitar cargar el peso del cuerpo sobre la pierna lesionada hasta que las partes blandas hayan cicatrizado por completo y la fractura siga un proceso de curación adecuado.
- Aun estando la fractura bien estabilizada, la carga puede provocar desplazamientos de las partes blandas alrededor de los clavos. El

traumatólogo decidirá cuando puede cargar el peso de su cuerpo con la extremidad o debe utilizar muletas o bastones.

- El cuidado del tornillo para evitar la infección es importante. No se debe formar costras en el sitio del tornillo y el fijador debe mantenerse siempre limpio.
- Se alientan los ejercicios activos dentro de los límites del daño tisular, y que los padres y/o cuidadores ayuden para su realización.
- Valorar problemas potenciales debido a la presión por el mismo sobre la piel, en nervios y vasos sanguíneos y prevenir la lesión inducida por el aparato al cubrir cualquier punto agudo del fijador o tornillos.
- Para evitar el pie equino se realizan pequeños ángulos de madera o se pide al paciente que coloque derecho el pie. En algunos aparatos se adiciona unas barras donde se coloca al pie, y se estimula a que el paciente realice ejercicios de movilización.
- Administrar medicación analgésica según indicaciones (generalmente sólo necesitara medicación vía oral ya que el tutor externo estabiliza la fractura con seguridad).
- Al curar los clavos observe las características de la piel alrededor de estos en busca de tumefacción, enrojecimiento, dolor, presencia de secreciones que nos indique una infección en este sitio.
- Cubrir la punta de los clavos con tapones para evitar lesiones con los mismos.

- El paciente pediátrico y sus padres puede asustarse por la forma y tamaño de la fijación, hay que explicarle de manera sencilla (y de acuerdo a la edad) que sólo es temporal (aunque es posible que se extienda hasta un año). Se le debe explicar cual es el propósito de este aparato, que es la de estabilizar en forma segura la fractura que sufrió y que sentirá menos molestias que otro dispositivo de inmovilización.
- Indique que avise cuando note parálisis, hormigueos, calambres, cambios de color en la piel o pérdida de movilidad de los dedos.
- Explicar que el contacto de las partes blandas con el clavo produce una secreción serosa clara, incolora e inodora que se seca formando costras alrededor de los clavos. Esta secreción se intensificara al aumentar la movilidad.
- Recomiende que no toque ni mueva las tuercas ni los tornillos ya que sólo el traumatólogo puede ajustar la fijación según necesidad. Explique que si el clavo se afloja altera la alineación y la inmovilización del hueso.
- Evaluar la integridad de la piel de las extremidades que se colocan a tracción.
- Valorar el estado neurovascular (dolor, color y temperatura de la piel, llenado capilar, edema, pulsos, sensaciones y capacidad de movimiento) y se comparan con la extremidad no afectada.

- Observar la piel en zona de introducción de la clavija de tracción por lo menos una vez en cada turno y curar diariamente.
- Inspeccionar cuidadosamente para valorar signos de infección o si la clavija se ha desplazado.
- Valorar presencia de trombosis venosa profunda, por palpación en búsqueda de sensibilidad anormal o dolor de la pantorrilla a la presión.
- Cambio de la ropa de cama se realizará de arriba a abajo, sosteniendo al paciente y buscando siempre su máxima colaboración.
- Proteger las prominencias óseas haciendo especial hincapié en el talón de la extremidad traccionada.
- En todo momento las pesas deben estar libres, sin descansar sobre el suelo.
- El peso que se utiliza para la tracción varía de acuerdo al sitio de la misma. La tracción se utiliza en niños mayores de 5 años o en niños con peso corporal superior a los 20 kilos.
- Aplique masajes sobre los puntos de apoyo de la piel para que esta no se lesione.
- El talón y el tobillo deben quedar libres para evitar atrofas, úlceras por presión, o necrosis del tendón de Aquiles.
- La parte inferior de la férula debe estar almohadillada para prevenir la lesión de la piel a nivel de la raíz del muslo o del glúteo.

- La férula no debe apoyarse en la ingle del paciente.
- La pierna debe estar en una rotación neutra (posición de una extremidad cuando no ha girado para acercarse ni para alejarse de la línea media del cuerpo) sin descansar sobre la cabeza del peroné.
- Movilizar el tobillo y dedos del pie.
- Si el paciente estará mucho tiempo inmovilizado debe colocar un colchón anti escaras neumático (este alterna los puntos de apoyo cada 2 minutos a través de dos sistemas estancos que se insuflan en forma alternada).
- Revisar periódicamente la tela del aparato de tracción para comprobar que no esté mojada por transpiración o durante la higiene del paciente, si lo está se la debe cambiar con la ayuda de otro operador para mantener la tracción.
- Estimular al paciente y/o familia a realizar movimientos activos de todas las articulaciones no afectadas
- Prevención de úlceras por presión: se examina con frecuencia la piel del paciente para buscar pruebas de presión o fricción en especial sobre las prominencias óseas.
- Prevención de problemas respiratorios: se auscultan los pulmones del paciente para determinar su estado respiratorio, se enseñan al paciente respiración profunda y ejercicios para la tos que ayudan a

una expansión total de los pulmones y a eliminar las secreciones respiratorias.

- Prevención de problemas gastrointestinales: los problemas de estreñimiento y pérdida del apetito se relacionan con una motilidad gastrointestinal reducida, las dietas altas en fibras y líquidos ayudan a estimular la motilidad gástrica, si surge estreñimiento consultar con el médico al respecto a las medidas terapéuticas en las que se incluye ablandadores de heces, laxantes, supositorios y enemas.
- Prevención de problemas en el tracto urinario: debido a la posición del paciente en la cama el vaciamiento de la vejiga puede realizarse de manera incompleta, lo cual lo predispone a desarrollar una infección del tracto urinario. Además el paciente encuentra incomodo el uso del orinal y restringe los líquidos para reducir al mínimo la frecuencia de micciones. -La enfermera debe vigilar la ingestión de líquidos y características de la orina, enseña al paciente a consumir las cantidades adecuadas de líquido y vaciar su vejiga cada dos a tres horas.
- Prevención de los problemas del sistema circulatorio: el éstasis venoso se presenta en la inmovilidad, la enfermera enseña al paciente a hacer ejercicios de tobillo y pie, dentro de los límites del tratamiento de tracción en forma regular en todo el día para evitar el desarrollo de trombosis venosa profunda. Se le insta para que

ingiera líquidos para evitar la deshidratación y hemoconcentración que contribuyen al éstasis.

- Importante educar tanto al paciente, de acuerdo a la edad que éste tenga, y a sus padres y/o cuidadores, con respecto a los cuidados que debe tener con cada uno de los tratamientos, y sus beneficios, ya que con ello disminuye la ansiedad y temor a lo desconocido, e ir aclarando las dudas que presenten en cada uno de los tratamientos. (13)

### **2.2.3 Teoría psicodinámica de Hildegardt Peplau**

Peplau define la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

El modelo de Peplau se centra en la teoría de relaciones interpersonales y destaca la importancia de la enfermera/o en el proceso interpersonal definido como terapéutico.

La personalidad de la enfermera/o es muy importante tanto, por la influencia que pueda provocar en sí misma como para el paciente.

**a) Metaparadigmas:**

**ENFERMERIA** es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. **PERSONAS** son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad.

**SALUD** como palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria.

**ENTORNOS:** las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura, del que se adquiere la moral las costumbres y las creencias. (Hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades). (14)

**b) Postulados**

**Peplau identifica dos supuestos explícitos:**

El aprendizaje de cada paciente cuando recibe una asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea el enfermero.

Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de Enfermería. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales.

**En su modelo se expresan los siguientes principios de base:**

Toda conducta humana tiene una importancia y estiramientos hacia una meta que puede ser la investigación de un sentimiento de satisfacción o un sentimiento de satisfacción mismo.

Todo lo que constituye un obstáculo, o un impedimento a la satisfacción de una necesidad, un impulso o un objetivo constituye «una frustración».

Considerando que la ansiedad puede suceder en las relaciones interpersonales, es necesario estar consciente que el enfermero puede aumentar la ansiedad del paciente no informándole bastante o no contestando preguntas etc.

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y un enfermero educado especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

**c) Aplicación en la practica**

En el ejercicio profesional es visto como un punto de vista novedoso, un método nuevo, y unos fundamentos teóricos para la práctica de la enfermería en trabajos terapéuticos con pacientes. Sus ideas han inspirado un modelo para la práctica de la enfermería psiquiátrica, explicado además de manera aplicable. La interacción enfermero-persona usuaria constituye uno de los ejes centrales de la provisión del cuidado de enfermería. Interacción es el proceso de contactar con el otro por un tiempo determinado, utilizando como vehículo la comunicación. Este contacto ya sea a través del cuerpo, las palabras, los ojos, los sonidos o los objetos establece una relación. Se trata de un proceso interactivo donde la persona co-participa o co-interviene y por tanto todo tipo de ayuda se ha de hacer con la persona. (15)

Concluimos que el modelo de Hildegard Peplau, es un modelo de interacción donde enfermera- paciente unidos pueden aprender y crecer personalmente. (14)

## 2.3 Definición de Términos

- a) **Fractura:** Es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.
  
- b) **Tracción:** Es el uso de una fuerza aplicada a una zona del cuerpo de forma directa (mediante cables y agujas) o indirecta (mediante pesos que se unen a la piel con cabestrillos, cinturones, botines o tiras adhesivas), a fin de restaurar la alineación de los huesos tras una fractura, para vencer deformidades y aliviar espasmos musculares y el dolor.
  
- c) **Síndrome compartimental:** Trastorno doloroso y peligroso que se genera debido al aumento de presión provocado por un sangrado interno o una inflamación de los tejidos. La presión disminuye la irrigación sanguínea y priva a los músculos y los nervios de los nutrientes necesarios.
  
- d) **Osteosíntesis:** Es un tratamiento quirúrgico de fracturas, en el que éstas son reducidas y fijadas en forma estable. Para ello se utiliza la implantación de diferentes dispositivos tales como placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros.

### **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:** Se obtuvo los datos estadísticos del cuaderno de registros de ingresos y egresos de pacientes del servicio de ortopedia y traumatología. Datos del MOF, plan operativo del año 2017,

**Procesamiento de Datos:** Se realizaron 3 cuadros estadísticos, distribución según edad y sexo, distribución según tipo de seguro y grupo de edad, comportamiento según estancia hospitalaria y grupo de edad.

**Resultados:** Se obtuvieron los resultados en datos porcentuales.

## **3.2 Experiencia Profesional**

### **- Recuento de la Experiencia Profesional**

En el año 2008 mes de noviembre ingrese a trabajar en el hospital vitarte como enfermera asistencial contrato CAS, en el área de crecimiento y desarrollo CRED ESNI, durante 3 meses luego rote al servicio de hospitalización de pediatría como enfermera asistencial durante un periodo de 8 meses aproximadamente.

En el año 2009 mes de octubre ingrese a trabajar en el Hospital San José del Callao como enfermera asistencial en el servicio de pediatría, en la cual manejaba pacientes con diagnósticos como EDA, SOBA NEUMONIA, CELULITIS, ESTATUS CONVULSIVO, etc. Total de camas 8, en el transcurso de mi experiencia laboral ocupe por 15 días encargatura de jefatura de servicio por motivo de vacaciones de la jefa de servicio.

En el año 2012 ingrese a trabajar al INSN como enfermera asistencial CAS en el servicio de ortopedia y traumatología, un servicio de la especialidad quirúrgica, con 36 camas en el servicio, manejando pacientes con problemas osteomusculares, en el mes de diciembre del año 2015 me nombro en el INSN con la ley N 1156 continuo trabajando en el servicio hasta el mes de mayo del 2017, en la actualidad me encuentro laborando en el servicio de Hospitalización de Medicina y Dermatología.

## **- Descripción del Área Laboral**

**SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA:** Es una especialidad quirúrgica que está encargado de brindar cuidados especializados de enfermería a los niños y adolescentes con afecciones musculo esqueléticas y osteoarticulares, de acuerdo a su diagnóstico y tratamiento integral, oportuno y permanente en el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de su salud.

### **• Organización:**

El servicio de ortopedia y traumatología de hospitalización, la jefatura de enfermería y el personal de enfermería jerárquicamente depende del departamento de enfermería de la institución que cuenta con los siguientes órganos.

- Jefatura de departamento.
- Supervisión.
- Jefatura de Servicio.

El servicio de ortopedia y traumatología pertenece al área de cirugía está organizado según MOF del departamento de enfermería, supervisora de área, enfermera jefa, enfermeras asistenciales y técnicos de enfermería. El órgano de control está a cargo de la supervisora la Lic. Delia Díaz y como Jefa de servicio Lic. Evelyn Aparicio Durand.

• **Recursos humanos:**

Dotado por enfermeras asistenciales (19) y técnicos de enfermería (21) quienes se encargan básicamente del cuidado de enfermería a los niños y adolescentes desde 1 mes de edad hasta los 17 años 11 meses 29 días.

<b>PERSONAL</b>	<b>NUMERO</b>
MEDICO JEFE	1
MEDICOS ASISTENCIALES	16
ENFERMERA JEFA	1
ENFERMERAS ASISTENCIALES	19
TECNICOS DE ENFERMERIA	21
ASISTENTA SOCIAL	1
NUTRICIONISTAS	1
PSICOLOGO	1
MEDICINA FISICA	1
SECRETARIA	1
LIMPIEZA	1

• **Infraestructura :**

Está ubicado en el cuarto piso del monobloc lado B, cuenta con 8 ambientes distribuidos de la siguiente manera:

8 salas de hospitalización (las salas 438, 437,436 con 6 camas para escolares y adolescentes, 434 con 6 cunas para preescolares, 432,431 con 3 camas para escolares y adolescentes, 408 con 2 camas para pacientes aislados, 411 con 4 cunas para preescolares haciendo un total de 36 camas ocupadas al 100%)

Oficina de jefatura medica

Estar de enfermería

Repostería

Estación de enfermería

Oficina de jefatura de enfermería

Ambiente de ropa sucia

Ambiente de material limpio

Almacén de material

Sala de reunión de médicos

Servicios higiénicos para pacientes

Servicios higiénicos personal de salud

## Sala de cómputo

### • **Prestaciones**

El servicio de ortopedia y traumatología del instituto nacional de salud del niño, tiene la característica de prestar servicios las 24 horas durante los 365 días del año, integra las acciones del equipo de salud en el cuidado del niño (a) y adolescente en la especialidad con afecciones musculo esqueléticas y osteoarticulares.

El servicio es un centro de referencias a nivel Nacional con personal altamente calificado especializado y capacitado.

Los pacientes reciben cuidados de alta complejidad como los pacientes de cirugías de columna y osteogenesis.

El servicio cuenta con una sala de cómputo de la fundación telefónica para los pacientes hospitalizados que pueden movilizarse, para realizar diferentes actividades educativas y lúdicas.

El servicio cuenta con unidad especializada de pacientes con Pie Bot.

### - **Funciones Desarrolladas en la Actualidad**

#### **a) Área Asistencial**

- Revisión de coche de paro.

- Brindar atención integral al paciente más delicado (bañar al paciente junto con personal técnico).
- Enviar paciente a sala de operaciones.
- Preparación del paciente para la intervención quirúrgica oportuna y segura
- Si el paciente se hospitaliza antes de su intervención quirúrgica, instala al paciente a la cama asignada, caso contrario recibe al paciente en el tópico del servicio el día operatorio.
- Brinda información al paciente y responsable.
- Verifica que los requisitos para su intervención quirúrgica estén completos.
- Controla las funciones vitales del paciente y registra en la historia clínica.
- Solicita y recoge la sangre y hemoderivados y o apósitos biológicos según el procedimiento establecido.
- Realiza la preparación física y de la zona operatoria según indicaciones del médico tratante.
- Administra la pre medicación y antibiótico profiláctico.
- Recibe y verifica los fármacos para la intervención quirúrgica.
- Aplica la lista de chequeo de cirugía segura

- Si no es conforme, anota las observaciones y coordina las acciones correctivas con el médico tratante.
- Si es conforme, coordina y traslada al paciente al centro quirúrgico con los requisitos para su intervención.
- Recoge paciente de la unidad de recuperación post anestésica (URPA), si el paciente está hospitalizado en el servicio lo instala a su unidad respectiva, o caso contrario le asigna en una unidad disponible.
- Administrar tratamiento de antibioticoterapia.
- Pasar ingresos y egresos a historia clínica.
- Pegar análisis en historia clínica según fecha antes de la visita médica
- Visita médica participativa.
- Pasar RP de la historia clínica al kardex.
- Coordinar con el médico para hacer recetas.
- Función que tenga que cumplir según su competencia según manual de funciones. Realizar el proceso de atención de enfermería del usuario asignado a su cargo, que incluye valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación del mismo y que deberá ser registrado en la historia clínica del usuario.

- Brindar atención integral de enfermería con calidad y calidez con base científica y aspectos éticos, humanísticos y profesionales.
- Aplicar la interacción humanizada enfermera- paciente y su entorno.
- Colocación de tracción cutánea si está indicado.
- Canalización de vía periférica.
- Cateterismo vesical intermitente si está indicado.
- Cambios posturales en bloque.
- Asistir en la curación al médico asistente.
- Paciente de alta entregar kit completo de trámite.
- Devolución de medicamentos de los pacientes de alta con formato y cuaderno de cargo
- Registrar en el cuaderno de ingresos
- Descargar alta en censo y en cuaderno de ingresos y egresos.
- Cambio de volutroles con su respectiva fecha.
- Monitoreo de las vías periféricas (higiene, fecha, en buenas condiciones)
- Monitoreo, cuidado y conservación de tracción de partes blandas TPB, fijador externo, vendajes)

- Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico de enfermería bajo su supervisión y responsabilidad.

**b) Área Administrativa**

- La enfermera coordinadora realiza la distribución de las salas para personal de enfermería.
- Recorre todo el servicio para ver que falta y dar responsabilidades al personal que corresponda.
- Dar de conocimiento casos muy especiales de los pacientes al médico jefe.
- Realizar censo diario en 3 juegos.
- Realiza el reporte de indicadores.
- Entregar historia clínica de alta a secretaria con cargo.
- Entregar informes o pendientes a supervisora.
- Recibir ingresos, dar altas a los pacientes, preparar historias clínicas para SOP.
- Chequear que tengan los análisis pre-quirúrgicos los pacientes de reciente ingreso.
- Supervisar el cumplimiento de actividades de técnicos y licenciadas.
- Dejar el reporte en cuaderno de incidencias.

### **c) Área Docencia**

- Brindar educación sobre los cuidados y tratamiento en casa y próxima cita, a familiar encargado o responsable del paciente de alta.
- Brindar sesión informativa a familiares del paciente que ingresa al servicio de hospitalización.
- Brindar inducción a alumnos de universidades, personal nuevo al servicio.
- Brindar charlas educativas a padres de familia (manejo de residuos sólidos, normas del servicio, cuidados de pacientes con yeso, medidas preventivas de lesiones en pediatría)

### **3.3. Procesos Realizados en el Tema del Informe**

#### **- Caso/s relevante/s**

Paciente varón de 11 años con diagnóstico médico acortamiento de miembro inferior tibia izquierdo y fractura de fémur izquierdo, en tratamiento quirúrgico post operado de alargamiento óseo, portador de fijador externo aparato distractor en mmiii, se hospitalizó en el servicio después de su operación se mostraba quejumbroso, cada día aumentaba su dolor especialmente en las noches, refería dolor moderado, dolor tipo opresivo a nivel distal fémur izquierdo que se intensificaba con el reposo, en la intervención de enfermería se le

administraba analgésico según indicación médica, el cual cedía el dolor en mínima intensidad, el paciente se quejaba cada noche, se escuchaba reporte, paciente muy quejumbroso no duerme, recomendaban sugerir al médico solicitar interconsulta con salud mental, en una guardia noche me tocó atender al paciente, y sucedió que se quejaba de dolor gritaba, lloraba, estaba acompañado de madre, y entre colegas se pensaba que era engreimiento, ansiedad, más que un dolor intenso, pues yo en mi calidad de enfermera encargada del paciente en aquella noche, no podía percibir que era engreimiento, y me fui a su lado a verlo, sentía su dolor y el dolor de la madre por ver a su hijo en esa situación que no calmaba con analgésico, los médicos indicaban infusión endovenosa de analgésico.

Me tomé el tiempo de acompañar al paciente tratar de que aceptara tomar el analgésico sublingual de tramal en gotas ya que se rehusaba porque según él no le hacía nada, reportaron que en el turno anterior no durmió en la noche, se conversó con él en lo que se podía, y también con la madre que se veía preocupada, con algunas lágrimas por la situación de su hijo, en la cual comenté que su hijo presentaba dolor y los médicos le decían que era propio del tratamiento del alargamiento óseo, y ella como madre decía que algo estaba pasando con su hijo, que le habían operado mal o cosas así, hasta el niño decía que lo odiaba al médico, que lo operó, se

conversó con la madre y con el niño, que no tuvieran esa idea, se tomó un momento de escucha al niño y a la madre, el contacto físico, se le tomó la mano al niño, dándole tranquilidad, propiciando un entorno de confianza relación enfermera- paciente y familia, se propició un ambiente adecuado se apagó la luz, se veía al paciente tratando de conciliar el sueño, me quede un rato observándolo y a la vez hice lo que hubiera hecho si fuera un familiar mío (una oración). El paciente descanso todo el resto de la noche con más tranquilidad que las anteriores noches, y eso me hizo ver que tan importante es el contacto y el cuidado emocional que debemos brindar a nuestros pacientes para su recuperación.

#### **- Innovaciones – Aportes**

- Se innovó el formato de registro de enfermería del servicio de ortopedia y traumatología según respuestas humanas.

- Se realizó el fluxograma de atención en el proceso de la forma de ingreso del paciente al servicio de hospitalización de ortopedia y traumatología.

Elaboración de guía de intervención de enfermería en pacientes post operados de fractura de fémur, meniscopatia y Pie Bot.

#### **- Limitaciones para el Desempeño Profesional**

-Insuficiente recurso humano, el cual aumenta la recarga de trabajo laboral.

- Demora en la visita médica, lo cual repercute en la elaboración de interconsultas de pacientes que lo requieren ya que se tiene una hora límite para enviar las interconsultas, que es hasta las 11 am.
- Personal técnico con mayor edad, reacios a cambios y poco colaborador.

#### IV. RESULTADOS

##### CUADRO 4.1

**EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES DEL  
SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE ORTOPEDIA Y  
TRAUMATOLOGIA, ENERO – MARZO 2017**

Edad	Femenino		Masculino		Total	%
	N°	%	N°	%		
1-5 años	2	33%	17	81%	19	70%
6-11 años	3	50%	4	19%	7	26%
12-17 años	1	17%	0	0%	1	4%
<b>TOTAL</b>	6	100%	21	100%	27	100%

**Fuente:** Cuaderno de ingresos y egresos del servicio de ortopedia y traumatología 2017.

En el cuadro 4.1 vemos que a menor edad aumenta la frecuencia de la aparición de fractura de fémur, siendo el grupo de 1-5 años el que aportó 70% del total vemos una prevalencia del sexo masculino, con un 81%, donde el sexo masculino tuvo una mayor representación.

#### CUADRO 4.2

**TIPO DE SEGURO Y EDAD DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, ENERO – MARZO 2017**

Tipo de seguro	1-5 años		6-11 años		12-17 años		Total	%
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%		
SIS	17	89%	5	71%	1	100%	23	85%
SOAT	1	5%	1	14%	0	0%	2	7%
PARTICULAR	1	5%	1	14%	0	0%	2	7%
TOTAL	19	100%	7	100%	1	100%	27	100%

**Fuente:** Cuaderno de ingreso y egresos del servicio de ortopedia y traumatología 2017.

En el cuadro 4.2 vemos que el tipo de seguro que aporta mayor porcentaje es el seguro SIS con un 85% del total, vemos una prevalencia del grupo de edad de 1-5 años, con un 89%, donde este grupo de edad tuvo mayor representación.

### CUADRO 4.3

#### ESTANCIA HOSPITALARIA Y GRUPO DE EDAD DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, ENERO – MARZO 2017

Estadia	1 - 5 años		6 -11 años		12 -17 años		Total	%
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%		
Hasta 5 días	1	5%	1	14%	0	0%	2	7%
De 6 a 10 días	1	5%	0	0%	0	0%	1	4%
De 11 a 15 días	6	32%	0	0%	0	0%	6	22%
Mas de 16 días	<b>11</b>	<b>58%</b>	<b>6</b>	<b>86%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>67%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Cuaderno de ingresos y egresos del servicio de ortopedia y traumatología 2017.

En el cuadro 4.3 vemos que la estancia hospitalaria que aporta mayor porcentaje es el de más de 16 días con un 67% del total, vemos una prevalencia del grupo de edad de 1-5 años, con un 58% (11) donde este grupo de edad tuvo mayor representación.

## V. CONCLUSIONES

a) La enfermera (o) debe tener la sensibilidad para poder atender esta necesidad (apoyo emocional), que el individuo demanda día a día ante una intervención quirúrgica se desencadenan en el paciente diversas emociones, entre las cuales se encuentran la ansiedad y el estrés; aspectos que repercuten en la evolución y recuperación del paciente en la estancia hospitalaria.

b) La interacción enfermero-persona usuaria constituye uno de los ejes centrales de la provisión del cuidado de enfermería que no se debe dejar de lado, ya que el cuidado emocional, la escucha activa, son aspectos que ayudan en la recuperación del paciente hospitalizado y más aún en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica.

## VI. RECOMENDACIONES

a) A los profesionales:

-Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de pacientes con problemas osteomusculares, enfatizando lo importante del cuidado emocional al paciente y el manejo del dolor.

b) Al servicio:

- Fortalecer la atención de enfermería con respecto al cuidado humanizado mediante reuniones mensuales en el servicio.

## VII. REFERENCIALES

- (1) Star Grupo Ortopédico. Fractura de fémur. Disponible en:  
<http://stargrupootopedico.com/83-1-Fractura+de+femur.html>.  
Consultada el 20 de julio 2017.
- (2) P. González-Herranz, M.LI. Rodríguez Rodríguez, M.A. Castro Torre.  
Fracturas diafisarias del fémur en el niño. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-fracturas-diafisarias-del-femur-el-S1888441510001918>. Consultada el 20 de julio del 2017.
- (3) R.T. Loder. P.W. O'Donnell. Epidemiología y mecanismo de fractura de fémur em niños. Disponible en :  
<http://dx.doi.org/10.1097/01.bpo.0000230335.19029.ab>. Consultada el 12 de agosto 2017.
- (4) OPS organización panamericana de salud. Informe mundial sobre prevención de lesiones en el niño.2012. Disponible en  
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31079>.
- (5) World Health Organization; UNICEF. World Report on Child Injury Prevention. Summary. Geneva; WHO: 2008.
- (6) Edgar Bustos Córdova\*, Rosa Georgina Cabrales Martínez, Magdalena Cerón Rodríguez y María Yolanda Naranjo López.  
Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de

estadísticas internacionales y nacionales, boletín médico del hospital infantil de México, vol.71: 7 a 10. Abril. 2014.

- (7) Castellanos Caballeros; Pablo Omar Tratamiento de fracturas diafisarias de fémur en niños, Tesis grado maestro. Guatemala, Universidad de san Carlos de Guatemala, 2015.
- (8) Álvarez López, Alejandro; Casanova Morote; Carlos; García Lorenzo, Yenina; Martínez Fernández, Alexis; Fracturas de fémur en el niño. Comportamiento en cuatro años, archivo médico de Camagüey, vol. 8, núm. 1, Abril 2004.
- (9) Sánchez G. Las emociones en la práctica enfermería. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284050/gsr1de1.pdf;jsessionid=042E152FF7A3E9FBA1BB6B1065B6532E.tdx1?sequence=1>. Consultada el 15 de agosto del 2017.
- (10) Bustamante C, Ferreyra N. Cuidados emocionales que brindan los enfermeros a pacientes quirúrgicos. Disponible en: <http://www.sanatorioallende.com/FILES/Archivos/docs/4-%20Cuidados%20emocionales%20que%20brindan%20los%20enfermeros.pdf>. Consultada el 15 de agosto 2017.
- (11) Aguilar tacusi, Henry German; fractura de fémur en el niño. Disponible en: <https://es.slideshare.net/genrygermanaguilartacusi/14-fractura-de-femur-en-nios>. Consultada el 30 de julio 2017.

- (12) Aurelio G. Martínez Lozano. Fractura de fémur en niños, conceptos actuales y controversias. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2009/ot093e.pdf>.  
Consultada el 10 de agosto de 2017.
- (13) Ana Astete / Lissette Ericas / Karen Mellado / Natalia Vega .Fracturas en Pediatría. Disponible en:  
<http://fracturaspediatria.blogspot.pe/2012/10/tratamiento-y-cuidados-de-enfermeria.html>. Consultada el 12 de agosto 2017.
- (14) Alvarado, Karen Giselle; Guglielmetti, Sofía. Teorías de enfermería. Disponible en:  
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/hildegard-peplau.html>. Consultada el 30 de julio 2017.
- (15) Wikipedia. La enciclopedia libre. Hildegard Peplau. Disponible en:  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Hildegard\\_Peplau](https://es.wikipedia.org/wiki/Hildegard_Peplau). Consultada el 30 de julio 2017.

# **ANEXOS**

## Anexo 1

**VERIFICANDO EL PESO ADECUADO QUE SE UTILIZA EN LA TRACCIÓN DE PARTES BLANDAS EN FRACTURA DE FEMUR.**



Fuente: Propia 2017

## Anexo 2

### PACIENTE CON FRACTURA DE FEMUR DERECHO CON TRACCION DE PARTES BLANDAS.



Fuente: Propia 2017

### Anexo 3

## SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



Fuente: Propia 2017

DATOS GENERALES

GRADO DE DEPENDENCIA: ( III )

FECHA: .....

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 .....

Valoración Objetiva:

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				M	T	N
Disminuido							Observación							Anormales							Tranquilo						
Nauseas							<b>ELIMINACION</b>							Observación							Temeroso						
Vomito							<b>Hábito Intestinal</b>							Indicador asistencial							4.- PATRON DE VALORES						
SNG							Normal							infiltración							Religión Católico:						
NPO							Nº Deposition							extravasación							Otros:						
Observación							Estreñimiento							flebitis							5.- PATRON DE ELECCION						
<b>PIEL Y MUCUOSA ORAL</b>							Diarrea							<b>NIVEL DE CONCIENCIA ESCALA GLASGOW</b>							Alimentación						
Intacta							Observación							Apertura ocular							Hábitos de higiene						
Lesiones							<b>HÁBITO VESICALES</b>							Respuesta Verbal							Descanso recreación						
Enrojecida							Normal							( ) 4espont.							Consumo medicamento						
Ulcera por presión							Sonda vesical / foley							( ) 3 a la voz							observación						
Rash cutáneo							Cateterismo-intermit.							( ) 2 al dolor							<b>6. PATRON MOVIMIENTO</b>						
Eritema de pañal							Pañal							( ) 1 No							(0) Independiente, (1) Ayudad de otros						
Observación							Talla vesical							( ) 3 Palabras inapropiadas							(2) Ayuda personal salud, (3) Dependiente						
Apósito Secos							<b>Activid. Respiratoria</b>							( ) 2 Sonidos							incapaz						
Apósito húmedos							Frec. Respiratoria							( ) 1no responde							<b>ACTIVIDAD</b>						
Pelvi pedio seco							Ruidos: Roncantes							( ) 2 Ext.							Movilización en cama						
Pelvi pedio manchado														( ):1 No respon.							Deambula						
Férula +vendaje							Tos: seca ( ) flema ( )							<b>PUNTUACIÓN</b>							Ir al baño/bañarse						
Muslo pedio / Bota							SaO2							Evaluac. Pares craneales							Tomar alimentos						
Tracc. Halofemoral							Observación							Observación							Observación						
T PB							<b>Actividad Circulatoria</b>							<b>2.-PATRON COMUNICACION</b>							<b>APARATOS DE AYUDA</b>						
Tracción esquelética							Frecuencia cardiaca							Idioma							Silla de ruedas						
Aparato distractor							Regular							Nivel conciencia							Muletas						
Fijación externa							irregular							Despierto							corsét						
Osteolisis/drenaje							Control de P/A							Somnoliento							Andador						
Observación							Observación							Irritable							Observación						
<b>ESTADO DE HIGIENE</b>							<b>Signos perfusión</b>							Observación							<b>FUERZA MUSCULAR</b>						
Buena							Edema							<b>3.-PATRON RELACIONES</b>							Conservado						
Regular							Dolor							Familia Funcional							Disminuido						
Mala							Calor							Disfuncional							Contracturado						
Observación							Color							Alberge							Paraplejia						
<b>TERMORREGULACION</b>							Movilización distal							Estudios							Rígida						
Temperatura							Observación							Otros							Flexión						

Leyenda : - no alterado el área  
 ✓ Si alterado el área  
 B: bueno, R: regular, M:malo









**MONITOREO DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS / INTERCONSULTAS**

FECHA														
	SOLICITADOS	P/N												
I														
N														
T														
E														
R														
C														
O														
N														
S														
U														
L														
T														
A														

**MONITOREO DE ACCESO INVASIVO**

ACCESOS	FECHA DE INSTALACION	OBSERVACIONES: (Curaciones-Camblos- Retiros)
Cateter Venoso Periferico		
Cateter Venoso Central		
Cateter Percutáneo		
Lineas Arteriales		
Sonda Nasogástrica		
Sonda Orogástrica		
Gastrostomía		
Sonda Vesical		
Drenaje Torácico		
Drenaje Ventricular		
Tubo Endotraqueal		
Cánula de Traqueostomía		
Otros		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
		G.S. y Rh

## 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 optimas 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	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDICI PLINARIA	GRADO DEPENDEN CIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Limitación de la movilidad R/C perdida de la integridad de las estructuras óseas.	Paciente mantendrá movilidad adecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluacion del estado del vendaje.</li> <li>▪ Elevación de miembro inferior operado con cojines suaves.</li> <li>▪ Mantener posición alineada.</li> <li>▪ Educación al padre acompañante.</li> </ul>	.....	Evaluacion medica si es necesario	Grado III -	Paciente mantiene movimiento.

5. Dolor R/C Agentes lesivos (intervención quirúrgica)	Paciente se mantendrá sin dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Brindar comodidad y confort.</li> <li>▪ Evaluar dolor (según escala de caritas), diaforesis. Intranquilidad.</li> <li>▪ Vigilar signos de perfusión (edema, calor, color, dolor) en parte distal de la pierna (dedos de pies)</li> <li>▪ Distraer: hacerle ver televisión. Escuchar música.</li> <li>▪ Aplicar crioterapia (hielo en rodilla por 15 o 20 minutos de acuerdo a la indicación médica.</li> <li>▪ Administrar analgésico indicado y evaluar efecto del dolor.</li> </ul>	Shock neurológico.  Taquicardia.	Coordinar Evaluación médica si es necesario	Grado II	Paciente sin dolor.
7. Riesgo de infección F/R procedimiento s invasivos (intervención quirúrgica, vía periférica).	Paciente se mantendrá sin riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantener medias asépticas en lo manipulación de catéter periférico.</li> <li>▪ Administrar tratamiento antibiótico indicado.</li> <li>▪ Evaluar signos de infección (control de temperatura)</li> <li>▪ Evaluación de vendaje ( secreción características)</li> </ul>	Infección agregadas  sepsis	Informar al médico durante la visita médica	Grado II	Paciente con temperatura normal Paciente recibe tratamiento completo.
3. Riesgo de sangrado F/R efectos secundarios post cirugía.	Paciente no tendrá riesgo de sangrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitorización frecuente de vendajes.</li> <li>▪ Delimitar el área manchada con secreción temática durante las 24 horas.</li> </ul>	Anemia	Coordinar con traumatólogo de guardia para una Evaluación.	Grado II	Sangrado visible en vendajes no progresa.

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

**DEFINICION:** Los cuidados de enfermería del paciente post operado de pie bot es un conjunto de actividades post operatoria para mantener al lactante o preescolar en condiciones optimas 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 INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Limitación de la movilidad R/C perdida de la integridad de las estructuras óseas.	Paciente mantendrá movilidad adecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluación del estado del vendaje de yeso.</li> <li>▪ Elevación de m. inferiores con cojines suaves.</li> <li>▪ Mantener posición alineada.</li> <li>▪ Educación al padre acompañante.</li> </ul>	Zonas de presión o escaras por yeso ajustado	Evaluación 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"> <li>▪ Brindar comodidad y confort.</li> <li>▪ Evaluar características del dolor (llanto, irritabilidad, diaforesis )</li> <li>▪ Vigilar signos de perfusión (edema, calor, color, dolor)</li> <li>▪ Distraer: ver TV, juguete favorito.</li> <li>▪ Administrar analgésico indicado.</li> <li>▪ Evaluar efecto del dolor.</li> </ul>	Shock neurológico.  Taquicardia	Coordinar Evaluación médica 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"> <li>▪ Mantener medidas asépticas en la manipulación de catéter periférico.</li> <li>▪ Administrar tratamiento antibiótico indicado.</li> <li>▪ Evaluar signos de infección (control de T°, características de botas de yeso).</li> </ul>	Infección agregadas  sepsis	Informar al médico durante la visita médica	Grado II	Paciente con T° normal Paciente recibe tra completo.
1. Riesgo de sangrado F/R efectos secundarios post cirugía.	Paciente no tendrá riesgo de sangrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitorización frecuente de vendajes.</li> <li>▪ Delimitar el área manchada con secreción temática durante las 24 horas.</li> </ul>	Deterioro del yeso.  Anemia	Coordinar con traumatólogo de guardia para una Evaluación.	Grado II	Sangrado visible en vendajes no progresa.

# FLUXOGRAMA

