

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Rol del enfermero en el cuidado a paciente postoperado inmediato de
reducción cruenta y osteosíntesis del Servicio de Traumatología
de un hospital de Cajamarca, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Cuidados Quirúrgicos con Mención en Traumatología y Ortopedia

Por:

Nancy Liliana Sánchez Chilón

Rita Julia Huamán Araujo

Asesora:

Mg. Delia Luz León Castro

Cajamarca, setiembre de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADEMICO

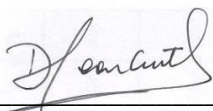
Yo, Mg. Delia Luz León Castro, adscrita en la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente de la Unidad de Posgrado de ciencias de la Salud de la respectiva Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado; “Rol del enfermero en el cuidado a paciente postoperado inmediato de reducción cruenta y osteosíntesis de Servicio de Traumatología de un hospital de Cajamarca, 2021”. Constituye la memoria presentada por las Licenciadas **Nancy Liliana Sánchez Chilón y Rita Julia Huamán Araujo**, para obtener el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Traumatología y Ortopedia, que ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las declaraciones y opiniones que contiene este trabajo académico son de completa responsabilidad de las autoras, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 28 días del mes de setiembre de 2022

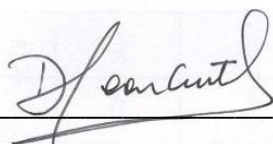


Mg. Delia Luz León Castro

Rol del enfermero en el cuidado a paciente postoperado inmediato de reducción cruenta y osteosíntesis del Servicio de Traumatología de un hospital de Cajamarca, 2021

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con Mención en Traumatología y Ortopedia



Mg. Delia Luz León Castro

Lima, 28 de setiembre de 2022

Rol del enfermero en el cuidado a paciente postoperado inmediato de reducción cruenta y osteosíntesis del Servicio de Traumatología de un hospital de Cajamarca, 2021

Lic. Nancy Liliana Sánchez Chilón^a Lic. Rita Julia Huamán Araujo^b Mg. Delia Luz León Castro^c

^{a y b}Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

^cAsesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

Resumen

La reducción cruenta osteosíntesis es un tratamiento quirúrgico de fracturas, en donde son reducidas y fijadas de forma estable. La osteosíntesis de hoy se considera técnicas mínimamente invasivas, permitiendo una recuperación precoz de los pacientes. El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería (PAE) en sus cinco etapas. Fue un estudio cualitativo, tipo caso único y el método el proceso de atención de enfermería, que incluyó a paciente de 60 años de edad, la etapa de valoración se realizó a través de la guía de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. Las etapas diagnósticas y de planificación se realizaron teniendo en cuenta la taxonomía NANDA, NOC, NIC. Se identificaron nueve diagnósticos de enfermería, dando prioridad a tres de ellos: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos asociado a intervención quirúrgica evidenciado autoinforme verbal según escala de Eva 8/10 puntos y expresión facial de dolor, estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal evidenciado por incapacidad para defecar, riesgo de infección de la herida quirúrgica según lo evidenciado por procedimiento invasivo, uso de implantes y/o prótesis. Así mismo, las etapas de ejecución y evaluación fueron dadas por la diferencia de puntuaciones final y basal respectivamente. Como resultado, se obtuvo una puntuación de cambio de +1. +1 y +1. Se concluye: se logra gestionar el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas.

Palabras clave: Postoperado inmediato, reducción cruenta y osteosíntesis, proceso de atención de enfermería, cuidados de enfermería.

Abstract

The bloody reduction osteosynthesis is a surgical treatment of fractures, where they are reduced and fixed in a stable way. Today's osteosynthesis is considered minimally invasive techniques, allowing an early recovery of patients. The objective was to manage the nursing care process (PAE) in its five stages. It was a qualitative study, single case type, which included a 60-year-old patient, the assessment stage was carried out through the assessment guide of the 11 functional patterns of Marjory Gordon, the diagnostic and planning stages were carried out taking into account the NANDA, NOC, NIC taxonomy, nine nursing diagnoses were identified, prioritizing three of them: Acute pain related to injury by physical agents associated with surgical intervention evidenced verbal self-report according to Eva 8/10 point scale and facial expression of pain, constipation related to decreased gastrointestinal motility evidenced by inability to defecate, risk of infection of the surgical wound as evidenced by invasive procedure, use of implants and/or prostheses, likewise the stages of execution and evaluation were given by the difference in final and baseline scores, respectively. As a result, a change score of +1 was obtained. +1 and +1. It is concluded that the nursing care process is managed in its five stages.

Keywords: Immediate postoperative, bloody reduction and osteosynthesis, nursing care process, nursing care.

Introducción

La fractura de cadera tiene una gran incidencia mundial. La OMS ha estimado que, en 1990, hubo 1,7 millones de fracturas en el mundo y que la cifra aumentará a más de 6 millones para 2050. Este aumento de casos de fractura de cadera comporta un incremento de morbilidad (Loraque et al., 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que para el año 2050 un total de 6 millones de fractura de cadera ocurrirán en el mundo entero por año, teniendo como consecuencia mayor demanda hospitalaria (Palomino et al., 2016). A nivel mundial, en 1990 ya se hablaba de 1.66 millones de fracturas de cadera por año (López, y otros, 2018).

En nuestro país, la proyección para mujeres que son mayores de 50 años será de 7,5 millones. En este contexto, se la ha denominado epidemia silenciosa en el Perú (Palomino et al., 2016). Otro estudio realizado por Vento et al. (2019) mencionan que en el ámbito nacional (Peru), EsSalud (el prestador de seguro nacional de salud para los trabajadores) calcula que el 12-16% de las mujeres peruanas mayores de 50 años sufrirá una fractura de cadera al año. En base a la población actual de 2,7 millones de mujeres peruanas de 50 años o más; esto significaría entre 324.000 y 432.000 fracturas por año en este segmento poblacional.

La fractura de cadera se define como la pérdida de la continuidad del tejido óseo de las regiones de la cabeza, el cuello femoral y la región intertrocantérica (Zaragoza et al., 2020). La fractura de cadera, o también llamada fractura de fémur proximal, sigue en aumento debido a que la población de adultos mayores ha ido creciendo en las últimas décadas (Palomino et al., 2016). La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencias de ortopedia, su incidencia crece exponencialmente con la edad. La mujer se ve afectada 2 a 3 veces

más que el hombre, pero la mortalidad durante el primer año del postoperatorio es mayor en el hombre, hasta en un 26% (Chacón, 2018).

Así mismo, Sinchi (2016) se las puede clasificar en fracturas mediales o intracapsulares; y las fracturas laterales o extracapsulares (Bolaños, 2017) está comprometido por diversos factores importantes siendo el más relevante la edad, y duplica su frecuencia cada década después de los 50 años (Martinez et al., 2020), pero los dos grandes factores que contribuyen en la alta incidencia de fracturas de cadera en las personas mayores son la osteoporosis y las caídas a pie plano, la caída es el factor causal más importante de la fractura de cadera. Clínicamente, se manifiesta por dolor e impotencia funcional, así como acortamiento, rotación externa y aducción del miembro pélvico afectado (Rueda et al., 2017).

La osteosíntesis es el tratamiento quirúrgico más empleado. Las complicaciones posoperatorias inmediatas más frecuentes fueron la anemia, la deshidratación y la bronconeumonía; las mediatas y tardías fueron el fallo en el material de osteosíntesis, retardo en la consolidación, reabsorción del cuello femoral, pérdida de la fijación y luxación protésica. La mortalidad intrahospitalaria fue más elevada en el sexo femenino que en el masculino. Las causas de muerte al egreso fueron el tromboembolismo pulmonar, el infarto agudo de miocardio y la bronconeumonía. Cada individuo operado pasadas las 24 horas tuvo 2,11 veces más riesgo para desarrollar complicaciones posquirúrgicas (Franchi et al., 2018).

La reducción cruenta osteosíntesis es el término que se emplea para describir la intervención mediante la cual se vuelven a alinear los fragmentos de hueso fracturado y se mantienen en posición con elementos externos metálicos (Torres et al., 2020).

El tratamiento obedece al tipo, la localización, la edad del paciente y las comorbilidades (Rueda et al., 2017). El tratamiento se debe considerar como una urgencia, ya que al pasar el

tiempo solo ira en desmedro de su condición. Los sistemas de reducción y osteosíntesis y prótesis permiten al paciente a reintegrarse a las actividades de la vida diaria en forma precoz, dilatar el tratamiento es generar complicaciones para los pacientes.

En la presente investigación se utiliza el proceso de atención de enfermería, que es un instrumento de gran valor científico y de gran ayuda a la hora de brindar cuidado con la finalidad de brindar cuidados de acorde a las necesidades de este tipo de paciente (Miranda et al., 2019).

Es importante destacar que en la actualidad los cuidados de enfermería se deben proporcionar a través de planes individualizados y otorgar la garantía de que exista una continuidad de los mismos por parte del cuidador, otorgando formalidad al proceso de atención. Así también, de acuerdo a la teorización del cuidado se incorporados elementos determinantes que afectan positivamente el proceso de recuperación, como lo es la empatía, comunicación asertiva, espiritualidad y potenciar la esperanza involucrando al paciente en la ejecución de sus autocuidados para promover como máximo fin la autorregulación, independencia y calidad de vida (Lugo et al., 2017).

Metodología

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único. El método fue el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que es considerado como un “método organizado y sistemático para planificar y proveer cuidados individualizados a los pacientes, de resolución de problemas y de toma de decisiones (Hernández et al., 2018).

El sujeto de estudio incluyó a paciente adulto mayor de 60 años de edad, con diagnóstico de reducción cruenta y osteosíntesis que se encontraba hospitalizada en el servicio de Traumatología y Ortopedia seleccionada a conveniencia de la investigadora.

Para la recolección de los datos, se utilizó la técnica de la entrevista y la observación. El instrumento que se usó para la valoración fue el Marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon; el mismo que fue revisado y adaptado por expertos en el área de Traumatología y Ortopedia. Después del análisis de los datos significativos, siguió la formulación de 11 diagnósticos de enfermería teniendo en cuenta la taxonomía II de NANDA I, priorizándose tres de ellos por riesgo de vida; así mismo, para el planeamiento, se utilizaron las taxonomías NOC y NIC. Luego de la etapa de ejecución de dichos cuidados, se culminó dicho proceso con la etapa de evaluación que se dio a través de la diferencia de puntuaciones final y basal.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre: J. L. Ch

Sexo: Masculino

Edad: 60 años

Días de hospitalización: 8 días

Días de atención de enfermería: Dos turnos

Fecha de Valoración: 20 de octubre del 2020

Motivo de ingreso.

Paciente adulto mayor de 60 años de edad, de sexo masculino retorna de sala de recuperación, Postoperado de reducción cruenta más osteosíntesis despierto, desorientado, con apoyo ventilatorio con cánula binasal a 2 litros por minuto, con Glasgow 14/15, desorientado y agitado, con una con una vía en miembro superior izquierdo perfundiendo cloruro de sodio 9%

de 1000 cc + Metamizol de 1g, 3 ampollas a 30 gotas por minuto, con abdomen blando depresible doloroso a la palpación, herida operatoria cubierta con gasas, apósitos y vendaje elástico con escasa secreción serohemática y con vendaje en miembros inferiores, con micción espontánea en pañal, tiene control de rayos X, postoperada de cadera y orden de hemoglobina de control; se le ubica en su unidad y se toma funciones vitales. PA 160/90 mm Hg, FC 90 x', FR 20x', T: 37 °C, Sato2 94%.

Diagnóstico médico: Postoperado de reducción cruenta más osteosíntesis.

Valoración según patrones funcionales.

Patrón I: Percepción control de la salud.

Paciente adulto mayor de 60 años de edad de sexo masculino, con antecedente de hipertensión, hace 5 años con tratamiento Losartan 50mg tableta VO cada 12 horas, niega ser alérgico a algún fármaco, regular estado de higiene, si cumple con el tratamiento. Prueba rápida para COVID- 19. Con resultado negativo.

Patrón II: Perceptivo – cognitivo.

Paciente adulto mayor de sexo masculino, orientado en tiempo, espacio y persona, comunicativa con escala de Glasgow de 15. Paciente sin alteraciones visuales y auditivas; con lenguaje castellano. Presenta dolor en zona operatoria, con facies de dolor según la escala de Eva 8 puntos

Patrón III: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria: Paciente adulto mayor de sexo masculino con apoyo ventilatorio por Cánula Binasal a 2 Lt x minuto, SatO2 94%, frecuencia respiratoria 20 x'.

Actividad circulatoria: Presión arterial 160/90 mm Hg y frecuencia cardiaca 90x', sin alteración, con llenado capilar ≤ 2 segundos, no presenta edemas en miembros superiores e

inferiores, con catéter periférico en miembro superior derecho permeable Fecha 20/10/2020, con riesgo periférico.

Actividad capacidad de autocuidado: Paciente parcialmente dependiente para el autocuidado postrado con fuerza muscular disminuida, paciente Pos Operado de reducción cruenta más osteosíntesis.

Patrón IV: Nutricional metabólico.

Paciente adulto mayor, con peso de 64 kilos y 1.60 de estatura, IMC 25, piel tibia y mucosas semihidratadas, con temperatura de 37°C, hemoglobina: 12 gr/dl, glucosa: 100 mg/dl, herida operatoria con apósitos limpios y secos, con escasa secreción serohemática, dentadura con prótesis, con estado de higiene bucal regular, con apetito disminuido, tolera muy bien los alimentos, dieta blanda más líquido a voluntad. en reposo gástrico de 8 horas, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación.

Patrón V: Eliminación.

Eliminación vesical: paciente adulto mayor con micción espontáneamente en papagayo, orina con características normales. Diuresis 6 veces al día 500 cc.

Eliminación intestinal: presenta ausencia de deposiciones desde hace 6 días a causa de la operación.

Patrón VI: Autopercepción – autoconcepto.

Paciente adulto mayor pregunta: señorita “¿Cómo quedará mi operación? ¿Cuánto tiempo más estaré en el hospital?

Patrón VII: Descanso – sueño.

Paciente adulto mayor, refiere tener el hábito de 6 horas de sueño al día, tiene problema para conciliar el sueño por el dolor que no le deja dormir.

Patrón VIII: Valores y creencias.

Paciente adulto mayor de sexo masculino, refiere ser evangélico.

Patrón IX: Relaciones – rol.

Paciente adulto mayor de sexo masculino, viudo, actualmente vive con su hijo, su fuente de apoyo es su familia, el familiar responsable es su hijo quien está a su cuidado, recibe visitas familiares.

Patrón X: Sexualidad/reproducción.

Paciente adulto mayor de sexo masculino, con genitales en buen estado de higiene de características normales, no se evidencia alteraciones.

Patrón XI: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.

Paciente, se encuentra irritable, agitado, refiere sentirse ansioso, y preocupado por su estado de salud.

Diagnóstico de enfermería priorizado

Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: (00132) Dolor agudo.

Dominio12: Confort, Clase1. Concepto dolor

Características definatorias: autoinforme verbal según escala de EVA: 8/10 puntos; con expresión facial de dolor en herida operatoria reciente.

Factor relacionado: Lesión por agentes físicos asociado a intervención quirúrgica.

Enunciado diagnóstico: (00132) Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos asociado a intervención quirúrgica. evidenciado, autoinforme verbal según escala de EVA:8/10 puntos y expresión facial de dolor.

Segundo diagnóstico.**Etiqueta diagnóstica:** NANDA (00011) Estreñimiento

Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase 2. Concepto: estreñimiento

Características definatorias: Incapacidad para defecar.**Factor relacionado:** Disminución de la motilidad gastrointestinal.**Enunciado diagnóstico:** (00011) Estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal evidenciado por incapacidad para defecar.**Tercer Diagnóstico.****Etiqueta diagnóstica:** NANDA (00266) Riesgo de infección de la herida quirúrgica

Dominio11: Seguridad/protección Clase 1. Concepto: infección de la herida quirúrgica.

Condición asociada: procedimiento invasivo, uso de implantes y/o prótesis**Enunciado diagnóstico:** (00266) Riesgo de infección de la herida quirúrgica según lo evidenciado por procedimiento invasivo, uso de implantes y/o prótesis.***Planificación*****Primer diagnóstico.**

(00132) Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos asociado a intervención quirúrgica. evidenciado, autoinforme verbal según escala de EVA:8/10 puntos y expresión facial de dolor.

Resultados esperados.***NOC. (2102) Nivel del dolor.*****Indicadores:**

2102 01 Dolor referido

2102 06 Expresiones faciales de dolor

Intervenciones de enfermería.***NIC: (1410) Manejo del dolor: agudo.*****Actividades:**

1410 01 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo agudizan.

1410 02 Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.

1410 03 Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.

NIC: (2380) Manejo de la medicación.**Actividades:**

2380 01 Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.

2380 02 Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

2380 03 Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.

2380 04 Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.

Segundo diagnóstico.

(00011) Estreñimiento relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal evidenciado por incapacidad para defecar.

Resultados esperados.***NOC (0501) Eliminación intestinal.*****Indicadores:**

0501 01 Patrón de eliminación

0501 02 Control de movimientos intestinales

0501 04 Cantidad de heces en relación con la dieta

0501 12 Facilidad de eliminación de las heces

Intervenciones de enfermería.

NIC: (0450) Manejo del estreñimiento / impactación fecal.

Actividades:

0450 01 Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento

0450 02 Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal

0450 03 Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.

0450 04 Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado

0450 05 Instruir al paciente/ familia acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda.

0450 06 Instruir al paciente/ familia sobre el uso correcto de laxantes.

0450 07 Instruir al paciente/ familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento / impactación fecal.

0450 08 Sugerir el uso de laxantes / ablandadores de heces, según corresponda.

0450 09 Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.

Tercer diagnóstico.

(00266) Riesgo de infección de la herida quirúrgica según lo evidenciado por procedimiento invasivo, uso de implantes y/o prótesis

Resultados esperados.

NOC (1102) Curación de la herida: por primera intención.

Indicadores:

01 Aproximación cutánea

1102 13 Aproximación de los bordes de la herida

1102 14 Formación de cicatriz

Intervención de enfermería.

NIC (3440) Cuidados del sitio de incisión.

Actividades:

3440 01 Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial

3440 02 Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración

3440 03 Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada

3440 04 Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia

3440 05 Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión

3440 06 Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje

Evaluación

Primer diagnóstico.

Puntuación Basal: 3

Puntuación de cambio: + 1

Segundo diagnóstico.

Puntuación Basal: 3

Puntuación de cambio: + 1

Tercer diagnóstico.

Puntuación basal: 3

Puntuación de cambio: + 1

Resultados

Seguidamente del análisis crítico de los datos recolectados se formularon once diagnósticos enfermeros, formulados en base a la taxonomía II de la NANDA Internacional, siendo priorizados según riesgo de vida los tres primeros diagnósticos: Dolor agudo, Estreñimiento y Riesgo de infección de la herida quirúrgica. Como resultado de las intervenciones administradas en los tres diagnósticos prioritarios, se obtuvo una puntuación de cambio + 1, +1 y + 1.

Discusión

Dolor agudo

Dolor agudo, es la experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve o grave con final anticipado o predecible y con una duración de 3 meses (Herdman & Kamitsuru, 2019).

Según González et al. (2018), el dolor agudo es como una lesión tisular real o potencial identificable; es causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, según la escala numérica de EVA, el dolor agudo es más fácil de medir pues es limitado en tiempo, unidimensional, corto.

Los conceptos de dolor agudo son como una lesión tisular real o potencial coinciden con Herdman & Kamitsuru, (2019) y González, y otros, (2018). El dolor agudo postoperatorio generalmente responde a las características del dolor nociceptivo somático, pero frecuentemente presenta también elementos de dolor neuropático, sobre todo en enfermos vasculares y neuroquirúrgicos. Cuando esto ocurre, estos signos suelen estar ya presentes antes de la intervención (Rivera, 2016).

Nivel del dolor (EVA), escala visual análoga del dolor, es un instrumento eficiente para medir la intensidad del dolor; consiste en una línea horizontal de 10 cm que en una de sus

extremidades indica «sin dolor» y en la otra «peor dolor posible». El enfermo es orientado a marcar en esta línea el punto que corresponda al grado de intensidad del dolor que presenta en el momento. La diferencia entre las distancias presentadas de la porción más baja de la EVA demuestra la intensidad del dolor (Lambronici et al., 2016).

Dolor referido, se percibe en regiones alejadas, con una inervación diferente de los tejidos estimulados nociceptivamente. Es más vago y de difícil localización (Ferrán, 2021).

Expresiones faciales de dolor, se utilizan iconos de caras con distintas expresiones faciales, las cuales van desde una cara sonriente, que sería la ausencia del dolor, a una cara llorando, que sería la expresión de dolor agónico. Se utiliza mucho con niños ya que no saben expresar el dolor igual que un adulto (Morales, 2021).

Se realiza las clasificaciones de intervenciones de Enfermería (NIC) (Butcheret al., 2018)

Según Gónima (2019), el manejo de dolor, en cuanto al manejo especializado del dolor en los centros hospitalarios, la tendencia actual es privilegiar el tratamiento basado en técnicas de analgesia regional sobre el uso de opioides potentes, con la finalidad de disminuir el consumo.

Así mismo, se realiza una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo agudizan. La valoración del dolor es puramente médica y está basada en criterios de intensidad y frecuencia que debe ser medida a través de escalas validadas (Vicente et al., 2018).

Los autores, Rodríguez et al. (2019), sostienen que la escala visual analógica del dolor (EVA) fue ideada por Scott Huskinson en 1976. Es el método de medición empleado con más frecuencia en muchos centros de evaluación del dolor. Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 centímetros, que representa la visión continua de la experiencia dolorosa, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica no

dolor y en el derecho el peor dolor imaginable. Su principal ventaja radica en el hecho de que no contienen números o palabras descriptivas, que puedan sugestionar al paciente, sino que es libre de indicarnos sobre la línea continua la intensidad de su sensación dolorosa. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. La evaluación correcta del dolor es fundamental para poder determinar qué tratamiento será más adecuado para el paciente. Es difícil medir la intensidad exacta de un dolor porque es una sensación emocional que cada uno vive a su manera, por lo tanto, es de vital importancia que se establezca una comunicación clara entre el personal sanitario y el paciente para poder evaluar, manejar e interpretar el dolor de la forma más precisa posible (Goberna, 2022).

Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito, es el uso cuidadoso de tratamientos para reducir el sufrimiento. Toda persona tiene derecho a que se le alivie el dolor. El objetivo principal del control del dolor en los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida. Además, el control del dolor puede mejorar las funciones físicas y mentales de una persona (Library, 2021).

Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación, los factores ambientales que influyen en el alivio del dolor, reconocimiento del dolor, frecuencia de valoración en el alivio del dolor, uso de métodos adecuados para dicha valoración y el apoyo emocional que brinda el profesional al paciente mediante el contacto, valorar la respuesta a analgésicos. Tan importante como identificar la intensidad del dolor al inicio de la intervención, es reevaluar su evolución en el tiempo y conforme se implementa el plan terapéutico. (Peñaloza et al., 2018).

Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. Las acciones buscan devolver al paciente el nivel óptimo de bienestar mediante la administración segura y eficaz de la medicación. Las acciones clave de enfermería incluyen la valoración de los efectos farmacológicos, el registro de la medicación y la educación sanitaria (Enfermería top, 2021).

Controlar el cumplimiento del régimen de medicación, la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. Este enfoque resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas. Por tanto, la evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a las citas de control en los servicios de salud (Reyes et al., 2016).

Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. Una reacción adversa a un medicamento (RAM) es toda aquella respuesta nociva, no deseada y no intencionada que se produce tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad y uso incorrecto de los medicamentos (Avedillo, 2022).

Estreñimiento

El estreñimiento consiste en un trastorno del hábito intestinal definido subjetivamente como una disminución en la frecuencia evacuatoria de heces demasiado duras o difíciles de expulsar. Con frecuencia, las manifestaciones intestinales se asocian molestia o dolor abdominal (Pérez, 2016).

El estreñimiento es un problema muy frecuente que afecta a gran parte de la población y en numerosas ocasiones deriva en una alteración de la calidad de vida de las personas que lo

sufren. Desde enfermería, se puede actuar mediante una serie de intervenciones y reducir o eliminar este problema (Rubio et al., 2018).

A sí mismo, Herdman y Kamitsuru (2019) menciona que el estreñimiento es la disminución anormal de la defecación, que a su vez se acompaña con dificultad para defecar y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Según la Organización Mundial de Gastroenterología (2018) refiere que el estreñimiento es la constipación en diversos pacientes a nivel mundial, específicamente en los añosos, considerado como un problema sanitario de suma importancia, suele aparecer por diferentes motivos, como cambios en la dieta, la falta de actividad física, por disfunciones motoras primarias o por un trastorno de evacuación.

Por otro lado, Díaz et al. (2018) mencionan que el estreñimiento afecta a nivel global al 14% de la población adulta y al 30% de las personas que tienen más de 60 años, siendo el caso del paciente en estudio.

Para Calvo et al. (2021), el patrón de eliminación hasta una deposición cada 3 días por lo que hablaremos de estreñimiento cuando la frecuencia sea menor a tres veces por semana o si realiza defecaciones con dificultad más de una vez de cada cuatro que va al baño.

Control de movimiento intestinales. Así mismo, Cancer.org, (2022), el estreñimiento se deba a que no hay líquido suficiente en su sistema digestivo o suficiente movimiento en el intestino (intestino y colon) donde se forman las heces y son empujadas para ser expulsadas del cuerpo.

Cantidad de heces en relación la dieta, en estos pacientes, una dieta rica en fibra, que aumente el volumen de las heces, hace disminuir la duración del tránsito en el colon,

consiguiendo así un alivio en el estreñimiento y en la percepción subjetiva del mismo (Perez, 2018).

Aumente su ingesta de fibra y agua. Los formadores de masa como el psilio (Metamucil, Citrucel) proporcionan volumen adicional, haciéndolo más fácil para pasar las heces por el intestino y previene la diarrea (Christopher & Dana, 2017).

Para ayudar al paciente en su eliminación intestinal, se considera el NIC Manejo de estreñimiento en donde se consideran las siguientes actividades:

Manejo del estreñimiento, impactación fecal se refiere a la prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal (Butcher et al., 2018).

Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. Es muy importante tratar el estreñimiento de forma adecuada. Sin tratamiento, el estreñimiento puede dañar el intestino o el recto. Puede provocar deshidratación, obstruir el intestino y hacer que el cuerpo absorba más lentamente el medicamento (Cáncer.Net, 2019).

Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal, pueden incluir ser incapaz de tener una evacuación intestinal, dolor en el abdomen o la espalda, dificultad para orinar, náuseas y vómitos. La impactación fecal también puede causar problemas de circulación, cardíacos o respiratorios. También se llama retención fecal (NIH, 2022).

Cuando existe sospecha o confirmación de impactación fecal el tratamiento debe ir encaminado a la desimpactación y limpieza de colon y, posteriormente, a la aplicación de medidas para evitar la recurrencia (Garcia et al., 2018).

Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo Sin embargo, otros muchos factores de riesgo sí que se pueden minimizar: el sedentarismo o la inmovilidad; una mala hidratación o dietas

desequilibradas (con exceso de grasas y proteínas y falta de fibra y verduras); la poli medicación sin prescripción médica (analgésicos, tranquilizantes, uso crónico de laxantes...), el sobrepeso y la obesidad; hábitos de vida poco saludables (exceso de alcohol, tabaquismo...), la represión habitual de las “ganas de ir al baño” (Mowoot, 2017).

Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado la hidratación, siendo recomendada la ingesta de 2 litros de agua al día. El siguiente paso debe ser la educación del paciente valorando una adaptación en el patrón horario. De esta forma sabrá aprovechar los momentos en que el colon presenta mayor actividad propulsiva (después de las comidas y al levantarse por las mañanas) (Calvo et al., 2021).

Instruir al paciente, familia acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda. Es necesario ingerir suficiente fibra en la dieta (por lo general de 15 a 20 gramos diarios) para garantizar un volumen adecuado de las heces. Las verduras, las frutas y el salvado son fuentes excelentes de fibra. Muchas personas consideran beneficioso añadir dos o tres cucharaditas de salvado sin refinar en los cereales con alto contenido de fibra, o comer fruta dos o tres veces al día. Para que esto resulte eficaz, la fibra debe acompañarse de la ingestión de abundante líquido (Gotfried, 2022).

Instruir al paciente, familia sobre el uso correcto de laxantes, con efecto tiene bastante importancia en el tratamiento del estreñimiento cuando éste no responde a las medidas higiénico-dietéticas. El objetivo es aumentar el ritmo intestinal y la frecuencia de las deposiciones (Calvo et al., 2021).

Instruir al paciente, familia sobre la relación entre dieta y el estilo de vida que tienen por objeto agilizar el tránsito de las heces por los intestinos. Los ejercicios aumentan la actividad muscular de los intestinos, trata de hacer ejercicios la mayoría de los días de la semana, la

ingesta de líquidos para el estreñimiento, un adecuado consumo de líquidos, beber entre 1 y 2 litros de líquidos al día. (Mayta et al., 2021). Así mismo, (FASS, 2022) la impactación fecal con una dieta adecuada: la fibra ayudará a aumentar tanto el peso como la frecuencia de las deposiciones. Se recomiendan entre 10 y 60 gramos diarios de fibra vegetal, así como entre 1 y 2 litros de agua al día. También se pueden tomar otros líquidos como zumo de ciruela, café o té (ya que son laxantes naturales). Alimentos como la manzana, alimentos de la familia del repollo, cereales, sobre todo integrales, verduras maduras y trigo son ricos en fibra. También podría venir bien cítricos, fresas, u otras legumbres. Del mismo modo, sería importante reducir el consumo de alimentos ricos en azúcares y bebidas alcohólicas.

Sugerir el uso de laxantes, deben utilizarse cada dos o tres días si no se produce una evacuación intestinal de manera natural; a veces se necesitan laxantes y ablandadores de heces si los cambios en la dieta no son suficientes. La mayoría de los laxantes son seguros para usarse a largo plazo, si se utilizan adecuadamente (Wald, A; MD; MACG;, 2016).

Administrar el enema o la irrigación, Según Jiménez (2019), el uso frecuente de enemas puede llevar a la sobrecarga de líquidos, irritación y pérdida del tono muscular del intestino y del esfínter anal. Por ello, no se recomienda que los enemas sean utilizados como tratamiento de primera línea para el estreñimiento.

Los profesionales sanitarios deben fomentar y promover cambios en el modo de vida del paciente o en cualquier otro factor capaz de prevenir o reducir el estreñimiento. Por ello, la información al paciente es fundamental para la prevención del estreñimiento. Es importante darse cuenta de que, al igual que la valoración, las medidas preventivas deberán ser constantes durante todo el proceso de atención paliativa al paciente (Calvo et al., 2021).

Riesgo de infección de la herida quirúrgica

Con respecto al riesgo de infección es un diagnóstico de enfermería, que se define como el estado del individuo en el que está en riesgo de poder ser invadido por un patógeno ya sea virus, bacterias, protozoos u otros parásitos, siendo este riesgo en la mayoría de los casos producido un daño cutáneo obtenido por una incisión quirúrgica (Herdman & Kamitsuru, 2019).

Las infecciones posteriores a la intervención quirúrgica se deben mayormente a la invasión de gérmenes durante o después del acto quirúrgico. Al respecto, se ha declarado en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que cerca del 10% de los pacientes de un hospital presentan infecciones nosocomiales. Se dice que el riesgo se incrementa en los países que se encuentran en vías de desarrollo (Vásquez, 2018).

Así mismo, Madariago (2018) denomina a una infección de una herida post quirúrgica como la proliferación de diversos patógenos, siendo necesario un huésped para que se pueda desarrollar la enfermedad infecciosa, algunos patógenos se caracterizan por resistir el proceso fagocítico y causar el daño tisular, como resultado produce una reacción inflamatoria e inmunológica que llega a ser clínicamente evidente. Por otro lado, Garriga & Guirao (2019), menciona que las infecciones postoperatorias necesitan una dedicada atención por parte del personal de salud, tanto en los métodos que se utilizan para su prevención, detección y control, ya que una mala praxis en paciente postoperados pone en peligro su bienestar, siendo el caso del paciente en estudio.

La valoración permitirá obtener información que no solo nos ayudará a identificar problemas, sino que también nos mostrará cuáles son los cuidados que el sujeto se da a sí mismo y cómo dichos cuidados están incidiendo en su salud y bienestar (Mena, González et al., 2016).

El objetivo de este estudio es prevenir el riesgo de infección del paciente en donde se consideró una intervención NIC: Cuidado del sitio de incisión; con las siguientes actividades:

Explicar el procedimiento al paciente mediante preparación sensorial. La evaluación sensorial se ha definido como la disciplina científica utilizada para evocar, medir, analizar e interpretar esas respuestas a los productos percibidos a través de los sentidos de la vista, el olfato, el tacto, el gusto y el oído (Severiano, 2019).

Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración, observar las características de cualquier drenaje, vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión, instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha, enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección (Domingo et al., 2021).

Se procedió a realizar la desinfección de la herida operatoria con solución salina y povidona yodada. La misma que actúa sobre las proteínas estructurales y enzimáticas de las células microbianas, destruyéndolas por oxidación. Es activa frente a bacterias (Gram+ y Gram), hongos, virus, protozoos y esporas (Valero, 2022).

También se observa si hay signos y síntomas de infección en la incisión. Las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) son un tipo de IRAS que ocurre después de una intervención quirúrgica, en una zona del cuerpo donde se llevó a cabo la operación, implicando a la piel, a los tejidos y órganos o material implantado, revelándose como una combinación de signos y síntomas que muestran la infección (Gómez et al., 2017).

Asimismo, Montero Saldarriaga (2018), finalmente, puso en práctica precauciones universales que son todos aquellos procedimientos que están destinados a resguardar al

profesional de la salud ante la exposición a productos biológicos, potencialmente contaminados y evitar las infecciones cruzadas.

Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje deben estar colocados en una altura inferior de la del paciente, con el objetivo de que la gravedad favorezca la expulsión del contenido (Rodríguez, S; Jara, F; Rodríguez, J, 2018). Así mismo, los drenajes quirúrgicos son unos tubos que están conectados a un recipiente cerrado con presión negativa. A través de estos tubos se consigue extraer la sangre y otros fluidos que, tras la cirugía, se pueden acumular en el paciente. La ventaja más importante del drenaje es la seguridad (Ortiz et al., 2018).

Conclusiones

Se gestionó el proceso de atención de enfermería, que permitió ofrecer una atención de calidad a la paciente en pre-operatorio de fractura de basicervical de cadera izquierda.

El cuidado estandarizado de enfermería facilita trabajar de una manera uniforme, organizado, cumpliendo con la taxonomía II NANDA I NOC y NIC, lo que permitió un cuidado enfermero libre de riesgos y complicaciones (NANDA ,2021).

Los cuidados brindados fueron eficaces en la recuperación del paciente.

Referencias bibliográficas

- Avedillo, A. (15 de abril de 2022). *Reacciones adversas a medicamentos y al importancia de notificarlas*. Obtenido de <https://cofzaragoza.org> > recciones-adversas-a-medica
- Badia, J., & Guirao, X. (2016). *Infecciones Quirúrgicas*. España: S.L. Obtenido de <https://www.aecirujanos.es> > files > documentos > gu...
- Bolaños, M. (2017). Fractura del extremo proximal del fémur. *Revista Médica Sinergia*, 2, 8.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona- España: Elsevier.
- Calvo, R., Escudero, M., Ibáñez, R., Lahoz, T., Relancio, L., & Aldaz, I. (2021). Actuación enfermera en paciente con estreñimiento. *Revista Sanitaria de Investigación*. Obtenido de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com>
- Cáncer.Net. (Diciembre de 2019). *Estreñimiento Cáncer.Net*. Obtenido de <https://www.cancer.net> > asilación-con-cáncer
- Cancer.org. (15 de abril de 2022). *Estreñimiento - American Cancer Society*. Obtenido de American Cancer Society: <https://www.cancer.org> > tratamiento > estreñimiento
- Chacón, J. (2018). Índice de mortalidad postquirúrgica tras fractura de cadera en el paciente geriátrico, en el periodo de enero a junio 2017, en la unidad Médica de alta especialidad 189 Veracruz Tesis Postgrado. *Traumatología y Ortopedia*. repositorio institucional, Veracruz. Obtenido de <https://cdigital.uv.mx>>handle>ChaconMartinezJA
- Christopher, & Dana. (2017). *Control del Intestino*. Estados Unidos. Obtenido de <http://s3.amazonaws.com> > reeve-assets-production
- Díaz, A., Otero, W., & Otero, L. (2018). Creencias y percepciones de los pacientes con estreñimiento crónico sobre etiología, complicaciones y efectividad de las medidas

- generales. Una encuesta en consulta externa de gastroenterología. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 33(4), 362. Obtenido de [https://revistagastrocol.com/rcg/articulo >view](https://revistagastrocol.com/rcg/articulo/view)
- Domingo, C., Olivar, T., Méndez, A., Martínez, R., Bara, J., & Montañés, A. (2021). Caso clínico: cuidados de enfermería a una paciente intervenida de prótesis total de rodilla. *Revista Sanitaria de Investigación*. Obtenido de [https://revistasanitariadeinvestigacion.com > caso-clinic...](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinic...)
- Enfermería top. (10 de diciembre de 2021). *El proceso de enfermería en farmacología*. Obtenido de [https://enfermeria.top > proceso-enfermería-farmacología](https://enfermeria.top/proceso-enfermeria-farmacologia)
- Exercise, M. (30 de abril de 2022). *El dolor referido muscular y sus características - Medical*. Obtenido de Clasificación del dolor: [https://www.medical-exercise.com > dolor-referido](https://www.medical-exercise.com/dolor-referido)
- FASS. (20 de Mayo de 2022). *Estreñimiento e impactación fecal en personas mayores*. Obtenido de [https://www.fundacionfass.org > general >estreñimiento...](https://www.fundacionfass.org/general/estreñimiento...)
- Ferrán, D. (2021). El dolor. Umbral del dolor. Novedades de tratamiento en pacientes con dolor. *NPUNTO*, IV(35), 4-30.
- Franchi, H., Napoles, M., Peña, G., & Cardoso, O. (2018). Morbimortalidad de las fracturas de caderas. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*, 12. Obtenido de <http://scielo.sld.cu>
- García, A., Jiménez, R., Reyes, M., Vázquez, J., Ramos, M., Díaz, J., . . . De la Portilla, F. (2018). Incontinencia fecal en el paciente anciano. Revisión. *ELSEVIER*. Obtenido de [https://www.elsevier.es > es-revista-cirugia-espanola-36-ar...](https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-ar...)

- García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermería en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. *Revista Horizonte*, 29-36.
- Goberna, M. (15 de abril de 2022). *Evaluación del dolor - Sergas*. Obtenido de <https://escolasaude.sergas.es> > Contidos > Curso-online
- Gómez, F., Fernández, M., & Navarro, J. (2017). Prevención de la infección desitio quirúrgico: análisis y revisión narrativa de las guías de práctica clínica. *Cirugía Española*, 491. Obtenido de <https://www.elsevier.es> > es-revista-cirugia-española-36-ar
- Gónima, E. (2019). Educación sobre el manejo del dolor en Colombia. *Revista Dolor*, 69.
- González, A., Jiménez, A., Rojas, E., Velasco, L., Chávez, M., & Coronado, S. (2018). Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 8. Obtenido de <https://www.medigraphic.com> > ma > cma-2018
- Gotfried, J;. (enero de 2022). *Estreñimiento en adultos - Trastornos gastrointestinales*. Obtenido de Estreñimiento en adultos: <https://www.msmanuals.com> > es-pe > hogar > estreñi...
- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2019). *Dignosticos enfermeros*. España: Elsevier.
- Hernández, Y., Fernández, I., Henríquez, D., & Lorenzo, Y. (2018). Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Aladefe*, 46-53.
- Hernández, Y., Fernández, I., Henríquez, D., & Lorenzo, Y. (2018). Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Aladefe*, 46-53.
- Jiménez, N. (9 de septiembre de 2019). *Administración de los diferentes tipos de enemas por parte...* Obtenido de Administración de los diferentes tipos de enemas por parte del

tecnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería en el ambito hospitalario.:

<https://revistamedica.com> > administración-tipos-de-ene...

Lambronic, P., Dos Santos, A., Dos Santos, F., Santos, R., Labronici, G., & Pentead, L. (2016).

Evaluación del dolor en el adulto mayor. *Acta Ortopédica Mexicana*, 30(2), 73-80.

Library, H. (01 de noviembre de 2021). *Cuidados paliativos: la importancia de controlar el*

dolor. Obtenido de <https://myhealth.ucsd.edu> > Relateltems

López, E., Chedraui, P., Guerrero, K., Marriott, D., Palacio, J., & Segale, A. (2018). Fracturas

osteoporóticas de cadera en adultos mayores en Ecuador 2016. *Revista Osteoporos Metab*

MIner, 64. Obtenido de <http://scielo.isciii.es>>scielo

Loraque , M., Barreu , C., De la Osa, I., González, L., & Pinilla, M. (2021). Estudio

epidemiologico fractura de cadera : tratamiento y complicaciones. *revista sanitaria de*

investigación. Obtenido de <https://revistasanitariadeinvestigación.com>

Lugo, A., Meléndez, I., Andrade, M., & Córdova, Y. (2017). Atención de Enfermería frente al

Manejo Postoperatoriode Fracturas Oseas. *Cultura del cuidado*, 14(2), 1-12.

Madariago, J. (2018). *Patologia de las enfermedades infecciosas*. Obtenido de

<http://www2.udec.cl> > ~ webpatologia > PATOLO...

Martinez, E., González, S., Romillo, M., & Roquel, R. (2020). Determinar las fracturas más

frecuente en personas adultas mayores ingresadas al centro Hospitalario la Paz zona 14

en el periodo de Julio a Diciembre 2018 para grado de Maestro. *Determinar las fracturas*

más frecuentes en Personas. Repositorio Intitucional, Guatemala. Obtenido de

<http://biblioteca.galileo.edu>>tesario>bitsream

- Mayta, N., Garcia, L., Pozo, M., Gea , B., Ortego, C., & Sardon, J. (2021). Plan de cuidados de enfermería al paciente con estreñimiento. Caso clinico. *Revista Ocronos*. Obtenido de <https://revistamedica.om> > pae-estreñimiento-caso-clini...
- Médica, C. (26 de septiembre de 2017). *(EVA) Escala Visual Análoga del DOLOR*. Obtenido de <http://www.consultamedica.com> > 2017/09 > escala-visual...
- Mena, D., González, V., Cervera, A., Salas, P., & Orts, M. (2016). *Cuidados básicos de enfermería*. España: UNE. Obtenido de <https://rua.ua.es> > dspace > bitstream >2016_Mena
- Miranda, K., Rodriguez, Y., & Cajachagua, M. (2019). Proceso de atención de enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermeria Universitaria*.
- Montero Saldarriaga, S. (2018). *Tesis de Maestro, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre medidas de bioseguridad frente a riesgos biológicos en centro quirúrgico;Repositorio Institucional*. Universidad San Pedro, Sullana-Perú. Obtenido de <https://repositorio.usanpedro.edu.pe> > handle > 7092
- Morales, C. (2021). Escala de dolor ¿Cuánto te duele? Dr. Carlos Morales. *Dr. Carlos Morales*. Obtenido de <https://doctorcarlosmorales.com> > escala-del-dolor
- Mowoot. (19 de Mayo de 2017). *Factores de riesgo para el estreñimientocrónico*. Obtenido de <https://www.mowoot.com>>factores_riesgo_estrenymie..
- NIH. (10 de Abril de 2022). *Definición de impactación fecal - Diccionariode cancer del NCI*. Obtenido de <https://www.cancer.gov> > def > impactación-fecal
- Organización Mundial de Gastroenterología. (2018). Estreñimiento una perspectiva Mundial. *Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología*, 1-15.

- Ortiz, I., Castro, E., & Alvarez, M. (2018). Drenaje en cirugía. Tipos y cuidados de Enfermería - Revista. *Revista Electronica de Portales Medicos.com*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com> > revista-medica
- Palomino, L., Ramirez, R., Julio, V., & RAY, T. (2016). Fractura de cadera en el adulto mayor. *Revista Facultad Medicina Humana*, 112.
- Palomino, L., Ramírez, R., Vejarano, J., & Ticse, R. (2016). Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 16.
- Palomino, L., Ramírez, R., Vejarano, J., & Ticse, R. (2016). Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 16.
- Palomino, L.; Ramírez, R.; Vejarano, J.; Ticse, R. (2016). Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 16.
- Parra, K., Garcia, M., González, E., Pizarro, N., & León, G. (2017). Experiencia en la aplicación del proceso enfermero por el personal de enfermería en una unidad asistencial de segundo nivel Chihuahua (México). *Aladefe*, 39.
- Peñaloza, A., Cointreras, K., Beltran, G., & Michilena, B. (2018). Conocimiento de enfermería: manejo del dolor -Revista... *Revista Cuatrimestral "Conecta Libertad"*, 2(2), 26-35.
- Perez, E. (2018). Estreñimiento crónico funcional. *RAPD ONLINE*, 41(1), 25. Obtenido de <https://www.sapd.es> > revista > pdf
- Pérez, M. (2016). Estreñimiento en adultos. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII*, 611.
- Reyes, E., Trajo, R., Arguijo, S., Jimenez, A., Castillo, A., Hernández, A., & Mazzoni, L. (2016). Conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *MED HONDUR*, 84, 125. Obtenido de [HTTP://WWW.BVS.HN](http://www.bvs.hn) > PDF > VOL84-3-4-2016-14

- Rivera, A. (2016). Dolor agudo postoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, S174.
- Rodríguez, J., Galvan, G., Pacheco, M., & Parcon, M. (2019). Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias en enfermería. *Revista Archivo Médico de Camaguey*, 56.
- Rodríguez, S. (2018). Cuidados de Enfermería en los drenajes, Tipos, indicaciones y complicaciones.
- Rodríguez, S; Jara, F; Rodríguez, J. (2018). Cuidados de Enfermería en los drenajes. Tipos, indicaciones... *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*.
- Rubio, M., Rojas, A., & Rufián, B. (2018). Estreñimiento: Intervenciones enfermeras y tipos de laxantes. *Revista Electrónica de Portales Médicos.com*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica>
- Rueda, G., Tovar, J., Hernández, S., Quintero, D., & Beltrán, C. (2017). Características de las fracturas de fémur proximal. *Reportorio de la Medicina y Cirugía*, 213.
- Rueda, G; Tovar, J; Hernández, S; Quintero, D; Beltrán, C. (2017). Características de la fractura de fémur proximal -Revista... *FUCS*, 213-218. Obtenido de <https://revista.fucsalud.edu.co>
> article > view
- Severiano, P. (2019). ¿Qué es y cómo se utiliza la evaluación sensorial? *Inter disciplina*, 49.
Obtenido de <https://www.scielo.org.mx> > scielo > script=sci_arttext
- Torres, M., Torres, A., Aguilar, J., Torres, M. D., Lozano, J., & Ponce, E. (2020). Máquina de soporte vectorial para pronóstico en la osteosíntesis de la fractura transtrocanterica de cadera. *Research in Computing Science*, 3-12.
- Valero, M. (2022). ¿Qué es la povidona yodada 57.5% 8)? *todoslosechos*. Obtenido de <https://todoslosechos.es> > Artículos

- Vásquez, M;. (2018). Quéé nos dicen los estudios de incidencia de infección de la herida quirúrgica. *Revista Enfermería Investigación*, 16. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es>
> descarga > artículo
- Vento, R., Salinas , C., & De la Cruz, J. (2019). Factores pronósticos asociados a mala evolución en pacientes operados de fractura de cadera mayores de 65 años. *Revista Facultad Medicina Humana*, 19(4), 85.
- Vicente, M., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M., & Capdevilla, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 231.
- Wald, A; MD; MACG;. (2016). Estreñimiento y problemas para defecar - American College of... *American College of Gastroenterology*. Obtenido de <https://gi.org> > Patients > Recursos en Español
- Zaragoza, D., González, J., & King, A. (2020). Fractura de cadera en adultos mayores: Impacto del tratamiento quirúrgico oportuno en la mortalidad. *Facultad de Medicina de la UNAM*, 62(6), 29.

Apéndice

Apéndice A: Planes de cuidado

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00132) Dolor agudo relacionado con lesión por agentes físicos asociado a intervención quirúrgica. evidenciado en informe verbal según escala de EVA:8/10 puntos y expresión facial de dolor	NOC: (2102) Nivel del dolor	3		NIC: (1410) Manejo del dolor: agudo				4	+1
	Escala			Actividades:					
	Grave 1 a Ninguno 5			1410 01 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo agudizan.	→	→	→		
	Indicadores:			1410 02 Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.	→	→	→		
	2102 01 Dolor referido	3		1410 03 Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.	→	→	→	4	
	2102 06 Expresiones faciales de dolor	3		NIC: (2380) Manejo de la medicación				4	
				Actividades:					
				2380 01 Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.	→	→	→		
				2380 02 Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.	→	→	→		
				2380 03 Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.	→	→	→		
			2380 04 Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación	→	→	→			

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00011) Estreñimiento o relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal evidenciado por incapacidad para defecar	NOC: (0501) Eliminación intestinal	3		NIC: (0450) Manejo del estreñimiento / impactación fecal				4	+1
	Escala			Actividades:					
	Gravemente comprometido: 1 a No comprometido:5			0450 01 Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento	→	→	→		
	Indicadores:			0450 02 Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal	→	→	→		
	0501 01 Patrón de eliminación	3		0450 03 Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.	→	→	→	4	
	0501 02 Control de movimientos intestinales	3		0450 04 Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado	→	→	→	4	
	0501 04 Cantidad de heces en relación con la dieta	3		0450 05 Instruir al paciente/ familia acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda.	→	→	→	4	
	0501 12 Facilidad de eliminación de las heces	3		0450 06 Instruir al paciente/ familia sobre el uso correcto de laxantes.	→	→	→	4	
				0450 07 Instruir al paciente/ familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento / impactación fecal	→	→	→		
				0450 08 Sugerir el uso de laxantes / ablandadores de heces, según corresponda.	→	→	→		
			0450 09 Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda	→	→	→			

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00266) Riesgo de infección de la herida quirúrgica según lo evidenciado por procedimiento invasivo, uso de implantes y/o prótesis	NOC (1102) Curación de la herida: por primera intención	3		NIC (3440) Cuidados del sitio de incisión				4	+1
	Escala:			Actividades:					
	Ninguno:1 a Extenso: 5			3440 01 Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial.	→	→	→		
	Indicadores:			3440 02 Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.	→	→	→		
	1102 01 Aproximación cutánea	3		3440 03 Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.	→	→	→	4	
	1102 13 Aproximación de los bordes de la herida	3		3440 04 Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia.	→	→	→	4	
	1102 14 Formación de cicatriz	3		3440 05 Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.	→	→	→	4	
				3440 06 Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.	→	→	→		

Apéndice B: Guía de valoración

Guía de valoración de enfermería al ingreso del paciente al servicio de traumatología

Nombre del usuario: <u>J. L. Ch</u> Dirección: <u>Porres.</u> Edad: <u>60 años</u> Religión: <u>Evangélico</u> Grado de instrucción: <u>Primaria incompleta</u> Fuente de Información: Paciente (x) Familiar/amigo () Familiar responsable: <u>Noe Luicho (hijo)</u> Procedencia: <u>Consultorio externo</u> (-) Emergencia (-) SOP (x) Forma de llegada: Caminando (-) Camilla(x) Silla de ruedas (-) Acompañante: Hijo Dx. <u>Posoperado Reducción Cruenta más osteosíntesis</u> Fecha de ingreso: <u>20/10/2020</u> Fecha de valoración: <u>20/10/2020</u>	
PATRÓN PERCEPCION/CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO
<p>Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA (x) DM (-) Fumadores (-) TBC (-) VIH (-) VDRL (-) Otros _____ Cirugías: No (-) Si () OP. Colesistectomía 2010 Alergias y otras reacciones: Si () No(-) Fármacos _____ Alimentos: _____ Otros _____</p> <p>Factores de riesgo: TVP No () Si () Anemia No () Si () Cardiopatas</p> <p>Medicamentos que toma actualmente Losartan de 50mg cada 24 horas 8am</p> <p>Estado de higiene Buena () Regular (x) Mala ()</p> <p>Cumplimiento de tratamiento terapéutico Buena () Regular (x) Mala ()</p> <p>Cumplimiento de tratamiento terapéutico Si (x) No ()</p> <p>Manifiesta el interés para el manejo de su tratamiento. Si (x) No ()</p> <p>Presenta dificultad para el manejo de las indicaciones terapéuticas. Si () No (x)</p>	<p>ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: 20x´ Respiración: Superficial (x) Profundad (-) Disnea:(-) Tos: seca (-) productiva (-) Expectoración: _____ Reflejo de la tos: Presente (-) Ausente (-) Disminuido (-) Secreciones: No (-) Si () Características: _____ O2: No (-) Si (x) Modo: Cánula Binasal l/min 2 Lt</p> <p>ACTIVIDAD CIRCULATORIA Pulso periférico: 90 x´ PA: 160/90 mm Hg StO: 85% FR:24x´ Sin alteración: _____ Hipotensión () hipertensión(x) taquicardia() bradicardia() extremidades frías() entumecimiento() sensibilidad de miembros() Edema: No Si Localización: _____ +() ++ () +++() Presencia de líneas invasivas: Si (-) Cateter periférico: SI (x) NO () CVC: SI () No () Otros: abocat 20 miembro superior izquierdo Fecha de colocación: 20/10/2020</p> <p>ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: 20x´ Respiración: Superficial (x) Profundad (-) Disnea:(-) Tos: seca (-) productiva (-) Expectoración: _____ Reflejo de la tos: Presente (-) Ausente (-) Disminuido (-) Secreciones: No (-) Si () Características: _____ O2: No (-) Si (x) Modo: Cánula Binasal l/min 2 Lt</p> <p>ACTIVIDAD CIRCULATORIA Pulso periférico: 90 x´ PA: 160/90mm Hg StO: 85% FR:24x´ Sin alteración: _____ Hipotensión () hipertensión(x) taquicardia() bradicardia() extremidades frías() entumecimiento() sensibilidad de miembros() Edema: No Si</p>
PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS	
Religión: Evangélico Comentarios adicionales: Restricciones religiosas: Solicita visita de capellán: Si () No ()	
PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN	
Sexo: Masculino Genitales: Normal (x) Edema () Hematoma () Observación: _____ Otras moléstias: _____	

Localización: _____

+ () ++ () +++ ()

Presencia de líneas invasivas: Si (-)

Cateter periférico: SI (x) NO () CVC: SI () No ()

Otros: abocat 20 miembro superior izquierdo

Fecha de colocación: 20/10/2020

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= Totalmente dependiente 2=

Parcialmente dependiente

Aparatos de ayuda: ninguno () silla de ruedas ()

muleta () andador ()

Movilidad de miembros: Rigidez () Flacidez (x)

Con fracturas ()

Parálisis: Si () No (x)

Fuerza muscular: Conservada () Disminuida (x)

Comentarios adicionales: Paciente inmovilizado

TIPO DE LESION

Fractura () Luxación () Esguince () Desgarro ()

Otros: OP.

Localización: Proximal () Distal () Diafisaria ()

Articular (x) Supracondilia ()

Tipo: Abierta () Cerrada (x) Impactada () Con

Hundimiento () Por Compresión

INMOVILIZACION

Movilización en cama

Tracción cutánea () Tracción esquelética () Férulas de

yeso () Cabestrillo () Vendajes ()

Férula () dispositivos mecánicos: ()

Factores externos ()

Inadecuada alineación de miembros afectados ()

Tracción de paredes blandas con vendaje ajustado ()

Perdida de la integridad de las estructuras óseas ()

Disminución de la fuerza

Muscular (). Traumatismo (), , fijadores ()

ESCALA DOWNTON

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS	ALTO RIESGO > 2	
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes,	1
	Diuréticos, antidepresivos otros	
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, Insegura	1

PATRÓN ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales

Nº de deposiciones/día: 1 Normal () Estreñimiento (

x) Diarrea () Incontinencia ()

Observaciones: hace 6 días no hago la deposición

Hábitos vesicales: Micción espontánea, en papagayo,

uso de pañal la operación

Frecuencia: 6 veces al día 500cc

Polaquiuria () Disuria () Nicturia ()

Cateterismo Vesical ()

Sonda Foley #..... 14...

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Orientado: Tiempo (x) Espacio (x) Persona (x)

Desorientada () confusa () somnolienta () agitada (x)

convulsiona () estupor () coma () letárgico ()

Comunicativa (x) poco comunicativa ()

ESCALA DE COMA DE GLASGOW	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
	ORIENTADA	5
RESPUESTA VERBAL	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
	OBEDECE	6
RESPUESTA MOTRIZ	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXION	3
	EXTENSION	2
	NINGUNA	1

PUNTUACION ESCALA DE GLASGOW: 14/15

Oído: sin alteración () hipoacusia () acusia ()

Prótesis ()

Visión: sin alteración () deficiente () ceguera ()

Prótesis ()

Alucinaciones: auditivas () visuales () olfatorias ()

táctiles ()

Alteraciones del pensamiento: demencia ()

Habla/lenguaje: _Castellano

Dolor: No () Si (x) Localización: Miembro inferior derecho a nivel del fémur.

Escala del Dolor(EVA):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Otro:

PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Peso: 64kg_ Talla: 1,60 IMC: 25 T: 37 C°

Glucosa: 100mg/dl Hb: 12 gr/dl.

Piel y mucosa: Normal (x) Pálida () Cianótica ()

Ictérica ()

caliente () fría () inflamación () Deformidad en la

continuidad del hueso ()

Hidratada () Deshidratada () seca () turgente ()

edematosa () hemorragia () diaforesis () sudoración ()

Integridad: Intacta () Lesiones (x) UPP: Si () No ()

Herida con apósito: limpios (x) secos (x) manchados ()

húmedos ()

Sin signos de flogosis () con signos de flogosis () con

bordes equimóticos ()

Con dren: tubular (x) Laminar () Hemovack (x)

Secreción Hemática poca cantidad.

Infectada: No (x) Si ()

Nutrición:

Vía de administración: oral (x) SNG () periférico ()

Apetito: Normal () Disminuido () Aumentado ()

Tipode dieta: NPO

Cavidad bucal: Dentadura: Completa () Incompleta (x)

Prótesis (x)

Dificultad para deglutir: Si () No (x) nauseas ()

Pirosis () Vómitos ()

Estado de higiene bucal: Mala () Regular (x) Buena ()

Cambio de peso durante los últimos días: Si () No (x)

Abdomen: blando (x) depresible (x) distendido ()

timpánico () globuloso () doloroso ()

**PATRÓN AFRONTAMIENTO
TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Estado emocional:

Tranquila () Ansiosa (x) Negativa (x) Temerosa ()

Irritable (x) Indiferente () Depresiva ()

Preocupaciones principales/comentarios:

Percepción negativa de su aspecto: Si () No (x)

Perdida de una parte corporal: Si () No (x)

Miedo al rechazo o reacción de los demás Si () No (x)

PATRÓN DE RELACIONES - ROL

Ocupación: Agricultor

Estado civil: Soltera () Casado (x) Viudo (x)

Divorciada ()

¿Con quién vive? Sola () Con su familia (x) Otros

Recibe visitas: Si (x) NO ()

Fuentes de apoyo: Familia (x) Amigos () Otros

Familiar responsable del paciente

PATRÓN DESCANSO SUEÑO

Horas de sueño: 6 hr

Problemas para dormir: Si (x) No ()

Especificar: Tiene problema para conciliar el sueño por el dolor que no le deja dormir.

¿Usa algún medicamento para dormir? Si () No (x)

Especificar:

Nombre del enfermero:

Lic. Nancy Sanchez Chilon

Firma: _____ CEP: 40972 Fecha: 20/10/2020

Lic. Rita Julia Huamán Araujo

Firma: _____ CEP: 088229 Fecha: 20/10/2020

Apéndice C: Consentimiento informado

**Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.**

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Rol del enfermero en el cuidado a paciente posoperado inmediato de reducción cruenta y osteosíntesis de del servicio Traumatología de un Hospital de Cajamarca 2021”, El objetivo de este estudio es gestionar el cuidado especializado para la recuperación de una paciente de iniciales J.LCh Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Nancy Liliana Sánchez Chilón y Rita Julia Huamán Araujo bajo la asesoría de la Mg. Delia Luz León Castro. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté

finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: J .L Ch.

DNI: _____

Fecha: 20 / 10 /2021



Firma

Apéndice D: escalas de valoración**Escala de EVA**