



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11
2ej

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y SU INFLUENCIA EN LA ATENCION A PACIENTES CON PADECIMIENTOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL DEL TRAUMATOLOGIA

MAGDALENA SALINAS

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO SOCIAL Y PROGRAMAS SEMANALES DE TITULACION

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

GLORIA JAZMIN CHAVEZ RIOS

ASESOR ACADEMICO

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MEXICO D.F. 1996

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	5
HIPÓTESIS	6
CAPITULO 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA	7
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.4 UBIACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO	9
CAPITULO 2.- MARCO TEÓRICO	
2.1 LA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO COMO ACTIVIDAD INTELECTUAL DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.	10
2.2 FADECIMIENTOS TRAUMATOLÓGICOS	15
2.3. BASES TEÓRICAS EN LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA	29
CAPITULO 3.- METODOLOGÍA	
3.1 VARIABLES E INDICADORES	35
3.1.1. Variable Independiente	
• Indicadores	
3.1.2. Variable dependiente	
• Indicadores	
3.1.3. Modelo de la relación causal de las variables	
3.2 TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.2.1 Tipo	
3.2.2 Diseño	
3.2.3 Cronograma de actividades	

	Pág.
3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	38
3.3.1. Fichas de trabajo	
3.3.2. Observación	
3.3.3. Entrevista	
3.3.4. Cuestionario	
3.3.5. Interrogatorio	
CAPITULO 4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	
4.1. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39
4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS	40
4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	41
CAPITULO 5.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	102
ANEXO Y APÉNDICES	105
GLOSARIO DE TÉRMINOS	114
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

" Tengo, vamos a ver,
que ya aprendí a leer, a contar;
tengo que ya aprendí a escribir
y a pensar
y a reír. "

NICOLÁS GUILLEN

A Mario y Angela, mis padres...
por esa vida que hemos compartido;
y a ti Jesús, por la esencia de tu
presencia.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación de tesis ha sido elaborada con el fin de analizar el grado de relación que se establece entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería y su influencia en la atención de urgencia y hospitalización a pacientes con padecimientos traumatológicos, es una institución que tiene como base la complejidad de la Traumatología y Ortopedia, como lo es el Hospital de Traumatología y Ortopedia "Magdalena Salinas", perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este aspecto es relevante, ya que realmente consideramos necesario conocer las habilidades y deficiencias, así como las necesidades de atención en el ámbito asistencial y de enseñanza del personal de enfermería, debido a que esta atención es la base del proceso de atención de calidad hacia el paciente, por lo anterior, la investigación estuvo dirigida sólo a la atención que proporciona la categoría de enfermera general.

La investigación consta en primer instancia, del planteamiento de los objetivos generales y específicos así como de las hipótesis tanto general, de trabajo y nula; posteriormente se presentan cinco capítulos que son la base de la investigación como lo son: planteamiento del problema, marco teórico, metodología, análisis estadístico y análisis e interpretación de datos. Con base a lo anterior, para complementar la investigación y fundamentarla se presentan las conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y finalmente, las referencias bibliográficas.

Para fundamentar y analizar la investigación, dentro del primer capítulo se hace una descripción de la panorámica situacional con base a la problemática de interés dentro del ámbito de enfermería. Tal capítulo consta de varios subíndices la estructura del entorno de la situación problema, la identificación del problema, justificación de la investigación y la ubicación del tema que nos ocupa.

En el segundo capítulo nos referimos al Marco Teórico, donde se presentan los aspectos teóricos y metodológicos que apoyan y refieren al tema de investigación, como lo son: La teoría del conocimiento como actividad intelectual de la profesión de enfermería, padecimientos traumatológicos y, Bases teóricas en la participación de enfermería.

Al presentar el tercer capítulo se presenta la metodología de la investigación, en la cual se incluyen: variables e indicadores, tipo de diseño de la investigación, técnicas e instrumentos de investigación.

En el cuarto capítulo se presenta los aspectos relevantes de la instrumentación estadística, como lo son: el universo, población y muestra, la forma en que se llevó a cabo el procesamiento de datos, la comprobación de hipótesis planteadas.

En el quinto capítulo se presenta el análisis e interpretación de resultados.

Posteriormente, se presentan las conclusiones y recomendaciones, en este apartado se muestran las notas resultantes de la investigación realizada con base al contenido principal de los hallazgos encontrados.

Se presenta también los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas.

La relevancia de esta investigación impera en la importancia del conocimiento común y científico de la enfermera y su influencia de la participación y atención sobre aquellos casos que se requiere una fundamentación científica como lo es en el área de Traumatología y Ortopedia, que es tan usual y tan complicada a la vez.

OBJETIVOS

1.- General

- Analizar cuál es el nivel de conocimientos del personal de enfermería y su influencia en la atención a pacientes con padecimientos traumatológicos, en el Hospital de Traumatología "Magdalena Salinas".

2.- Especificos

- Conocer la relación de la preparación académica con base a la atención que se brinda al paciente traumatizado.
- Identificar las necesidades de conocimiento científico con base a la panorámica de padecimientos traumatológicos en la atención de enfermería.

HIPÓTESIS

1. General

H1: El nivel de conocimientos determina la actitud en la atención de enfermería con base al conocimiento común en el área de traumatología y Ortopedia.

2. De trabajo

H2: Si el nivel de conocimientos teóricos de la enfermera con respecto a la práctica del área de Traumatología es elevado, entonces se garantiza el proceso de atención de enfermería.

3. Nula

H3 No existe relación entre el nivel de conocimientos teórico y el manejo práctico del área de Traumatología para garantizar una atención de enfermería.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.

El Hospital de Traumatología "Magdalena Salinas" es una institución cuyo fin primordial es proporcionar al paciente atención de urgencia y hospitalaria para el cuidado y tratamiento oportuno de urgencia y hospitalaria para el cuidado y tratamiento oportuno de sus problemas de salud a causa de traumatismo en general; la atención que la institución proporciona pertenece al tercer nivel de atención a la salud, ya que cuenta con servicio especializado para llevar a cabo la limitación y restauración del daño en forma oportuna. Su población es derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, y abierta para aquellos casos de urgencia.

La institución cuenta con 254 camas censables y 80 no censables (18 de Terapia Intermedia, 39 de Urgencias, 13 de recuperación y 10 de Pre-anestesia), distribuidas las primeras en diez diferentes servicios de especialidades en el área de Traumatología Ortopedia.

El personal de Enfermería está contemplado en las categorías de: enfermera especialista, enfermera general y auxiliar de enfermería, así como en sus diferentes niveles existentes en el Departamento. La institución cuenta con una Coordinación de enseñanza, por lo cual suponemos la continua capacitación y retroalimentación sobre la morbilidad y aspectos relevantes del área.

Como en toda institución de salud, la Enfermería es la base de atención hospitalaria, es el primer contacto del cual se deriva toda atención en términos de calidad, entendiendo a esta como "la forma planeada, oportuna y precisa del desarrollo de las actividades de enfermería, respaldadas por conocimientos técnicos y científicos, identificando, jerarquizando y soluciones necesidades físicas psíquicas y emocionales de cada paciente..."; de allí la importancia de sus conocimientos, habilidades y destrezas para participar activamente en la atención de la morbilidad traumatólogica.

Por lo anterior, es importante establecer la relevancia de un nivel de conocimientos que posee la enfermera para así proporcionar atención al paciente traumatizado, a su ingreso y seguimiento del tratamiento; por ello, se verificó si el nivel de conocimiento influyó directamente en la atención o sólo es la práctica y experiencia del área.

Es importante entonces, lograr una legítima relación con base al conocimiento científico y no sólo al común, si así se diera llevaría a establecer la relación de atención profesional y a recuperación de la imagen de la enfermera como profesional en el ámbito de la salud. Es imperativo que los responsables de una Coordinación y una jefatura, den prioridad y comprendan la necesidad de proporcionar la capacitación y conocimientos a través de programas y retroalimentación con base a las necesidades de atención que requiere el paciente a través del personal.

Todo lo anterior nos hizo evaluar el conocimiento y su influencia en la atención a padecimientos traumatológicos, que proporciona la enfermera profesional en el Hospital de Traumatología y Ortopedia "Magdalena Salinas".

1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería y su influencia en la atención a pacientes con padecimientos traumatológicos, en el Hospital de traumatología "Magdalena Salinas"?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación ha sido elaborada debido al interés de conocer más de cerca el conocimiento común y científico que posee la enfermera y su influencia en la atención del área de Traumatología; realizarlo nos permitió tener información real sobre la relación que se deriva en la atención al paciente traumatizado y la actitud de la enfermera ante estos casos.

Por otro lado, se justifica la investigación debido a la necesidad de conocer más profundamente a la Enfermería en sus aspectos generales y particulares.

1.4. UBICACIÓN DEL TEMA EN ESTUDIO

Esta investigación se encuentra ubicada dentro del área enseñanza aprendizaje con base al conocimiento común y científico del personal de Enfermería, lo que implicó analizar las características de la práctica de enfermería, y aquellas que demanda la atención al paciente.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO.

2.1. LA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO COMO ACTIVIDAD INTELLECTUAL DE LA PROFESIÓN.

2.1.1. Conocimiento común en enfermería (práctica)

A medida que transcurren las décadas, la enfermería parece tornarse cada vez más importante dentro de los servicios de salud, más creativa para satisfacerla y más objetiva para analizar esfuerzos y metas profesionales.

La profesión como tal es práctica y dinámica, es una profesión de asistencia y con una historia honorable de servicio a la humanidad. Las enfermeras poseen un papel relevante al proporcionar servicios de salud a la población individual y general, así lo afirma el Consejo Internacional de Enfermeras al señalar que "la responsabilidad fundamental de la enfermera es cuádruple: promover la salud, evitar las enfermedades, establecer la salud y evitar el sufrimiento"; esto es, al realizar las actividades la enfermera asiste a individuos, familias y comunidades al fomentar la salud y prevenir afecciones; satisface necesidades del individuo dirigiéndolo a la recuperación o comodidad dependiendo de la enfermedad.

Como sabemos, el objeto de la práctica profesional de la enfermera abarca una gamma muy amplia de actividades que aquellas que tradicionalmente representa la enfermera como el ángel guardia de un enfermo. Lleva a cabo acciones complejas, cuida y protege al paciente, participa en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, asesora y enseña aspectos de la salud y la enfermedad, coordina y coopera en actividades diversas de la enseñanza-aprendizaje, en su grupo y con el equipo de salud.

Como se mencionó anteriormente, destaca en su calidad de enseñanza en la atención proporcionada, ayudando al paciente a satisfacer necesidades físicas y psíquicas afrontando al paciente ante sus problemas de salud, de estrés y ansiedad que se integran a una enfermedad, recuperando así la independencia de este como individuo.

Así el papel único de la enfermera dentro de su práctica profesional incluye varias actividades que son la base de la misma, tal como:

- Aspectos de la atención: Referente a la calidad de enseñanza en la atención de la enfermera.
- Aspectos curativos: en relación a la participación en el diagnóstico y tratamiento del paciente con base a la valoración inicial de la enfermera.
- Aspectos de protección: Con base a la enseñanza al paciente de medidas de protección en relación al medio ambiente; proteger y apoyar las capacidades fisiológicas de defensa del paciente.
- Aspectos de enseñanza: Lleva a cabo la enfermera actividades de enseñanza asesorando con relación a los problemas de salud y actividades formales del proceso.
- Aspectos de coordinación: Adquiere la enfermera mayor libertad de funciones especializadas, sumando responsabilidad en la administración y coordinación de actividades de otros profesionales.
- Aspectos de defensa del paciente: Interés de la enfermera de los diversos aspectos del paciente, esta es parte de la base de la atención de la enfermería.

Como puede apreciarse, toda práctica profesional de enfermería incluye como parte de un todo los aspectos ya mencionados, pero no se puede pasar por alto el Plan de actividades como parte integral de esta práctica. Este plan incluye: evaluación e identificación de los problemas de un paciente, objetivos de las actividades a realizar y la evaluación de los resultados; todas estas actividades tienen como base garantizar los resultados esperados, controlar y responsabilizarse de cierto propósito como el Plan de actividades o cuidados ya que este es un requisito de la práctica profesional de enfermería.

Al revisar las definiciones de la práctica de enfermería, hay quien lo ve como una gran fuente de atención a la salud, en el cual su potencial se ha explotado en costo y calidad; otros opinan que la enfermera es líder en la planeación para obtener acreditación y licencia, para obtener sistemas de control de mayor calidad e información más precisa de las necesidades y cuidados de salud.

Esto se comprueba cuando el paciente busca a la enfermera para apoyo, comodidad, seguridad, información y cuidados técnicos más completos.

Dado lo anterior, el conocimiento común de la enfermería (la práctica profesional) se da con base a la planeación de cuidados del paciente; toda enfermera profesional tiene un plan al proporcionar los cuidados pese las técnicas avanzadas y a las presiones de la institución y de su propia profesión. Al definir la enfermería sus propósitos y objetivos, se responsabiliza de los resultados al proporcionar cuidados de enfermería.

El plan de cuidados es el resumen de datos de un paciente específico, facilita las metas de la enfermera y el médico y, comunica la naturaleza de los problemas del paciente; esto, es en esencia lo que constituye el elemento primordial de la práctica profesional de enfermería (conocimiento común).

2.1.2. Conocimiento científico en enfermería (teoría)

Dentro del contexto de la investigación toda enfermera profesional utiliza en su práctica los principios del Método científico¹ para planear y resolver los problemas a fin de garantizarse así misma y al paciente la calidad de atención, y los resultados con base al plan de cuidados.

Actualmente han ocurrido cambios importantes en enfermería, consecuencia de diversos aspectos de la sociedad y de la presión que en el ámbito de la salud se han originado. El principio de la práctica en enfermería es suministrar cuidados de calidad al paciente, con el fin de satisfacer necesidades de este en forma individual; esto es, el Proceso de enfermería², el cual tiene como fin proporcionar cuidados sistemáticos, científicos, deliberados e individualizados.

El conocimiento científico (la teoría) se demuestra en la práctica a partir de:

- a) Habilidades técnicas: Son aquellas habilidades manuales para realizar las técnicas comunes en el área. Varían de las más sencillas a las más complejas, de apoyo y restauración; sin embargo, son indispensables para el cuidado del paciente, ya que se utilizan con inteligencia y capacidad.
- b) Habilidades conductuales: Son la base para la comunicación, relaciones interpersonales, coordinación y liderazgo. Así, la enfermera interviene en el medio hospitalario no en relación a su intuición, sino a una teoría firme de su conocimiento.

c) Habilidades intelectuales: Los componentes intelectuales de toda actividad lógica se basan en el pensamiento (lateral, vertical y de discernimiento)³. Estos son:

• Pensamiento lateral. proceso del pensamiento que se concentra en la elaboración de nuevas ideas, se interesa en recopilar información, considera nuevas relaciones, aplicaciones y variables.

Este pensamiento se aplica cuando la enfermera reúne información del paciente, examina los datos y desarrolla la idea acerca de su significado para posteriormente resolver los problemas.

• Pensamiento vertical. Es el hecho de solucionar los problemas. Es el proceso del pensamiento que define los problemas basados en la interpretación del pensamiento lateral. Para realizarlo, se define el problema, se determina la posible solución y se evalúa la efectividad del método.

Estos dos tipos de pensamiento, son básicos cuando la enfermera evalúa y produce un significado importante dentro de un ambiente sin estructura.

• Pensamiento de discernimiento . Una vez definido de los problemas se emiten juicios con relación a su importancia; esto es, hay problemas o necesidades de paciente que poseen prioridad para el cuidado inmediato o mediatos. Se aplica el discernimiento para proporcionar más o menos importancia a las necesidades de atención.

Para obtener óptimos resultados y metodología de atención de calidad al paciente, la enfermera debe tener amplia base de comprensión respecto a este y a su medio de salud-enfermedad con todo lo que implica el conocimiento del proceso.

¹ O.f. Pedro. Técnicas de investigación documental. México, Ed. Esfinge, 1979. pág. 31

² Se refiere a la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera al planear y proporcionar los cuidados de enfermería.

³ MAYERS, G. Marlene. Cuidados en enfermería. México, Ed. Limusa, 1983. pág. 16.

Los pasos y secuencias que involucran las habilidades técnicas (teoría y práctica), conductuales e intelectuales en relación al pensamiento se conoce como el proceso de enfermería, dentro del cual se aplican conocimientos teóricos-científicos del conocimiento en enfermería.

El proceso de enfermería más adecuado fue creado por Yura y Walsh y consta de cuatro pasos:¹

a) Fase de valoración.- Se da un proceso de toma de decisiones y juicios, con base a la información del estado de salud del paciente; posteriormente se organiza y analiza dicha información para así, se lleve a cabo la identificación del problema.

Para esta base, la enfermera debe conocer ampliamente los aspectos de la enfermedad, los términos y el fundamento de cada actividad de enfermería.

b) Fase de planeación.- Es la guía de toda actividad de enfermería. Aquí se establecen prioridades, objetivos, se bosquejan actividades de enfermería, se mencionan los resultados y se elabora el plan de actividades.

Dentro del plan, se identifica el equipo para realizar la técnica y, la relación terapéutica enfermera-paciente.

¹ KING, M; Eunice. WECK, Lynn. Manual ilustrado de técnicas de enfermería, México, Ed. Interamericana, 1984. pág. XIV.

c) Fase de realización. - Aquí se identifica la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería; debe hacerse participar al paciente en sus propios cuidados satisfaciéndolo con base a la calidad de atención, esto con el fin de independizar al paciente del medio hospitalario, involucrando en esta base aspectos terapéuticos, de comunicación y de enseñanza.

d) Fase de evaluación. - Aquí la enfermera determina la eficacia de los cuidados proporcionados, el cumplimiento de los objetivos y los cambios en el paciente.

Así con base a lo anterior la enfermera profesional brinda atención de calidad al paciente aplicando el conocimiento de todos aquellos elementos en relación a técnicas simples y complejas, aspectos psíquicos y físicos del medio y más aún, empatiza de manera íntegra con el paciente.

2.2. PADECIMIENTOS TRAUMATOLÓGICOS.

2.2.1. Clasificación.

Para abordar el tema, es necesario presentar en primer instancia la composición del sistema músculo-esquelético, para así entender la morbilidad hospitalaria del tema que nos ocupa.

El sistema músculo-esquelético está compuesto de huesos, músculos, cartílagos, ligamentos, tendones y aponeurosis, proporcionando así armazón estructural y brindando los medios de locomoción al cuerpo y la economía. La masa muscular ocupa casi el 50 por ciento de la totalidad, mientras que las estructuras óseas y conectivo tan sólo el 25 por ciento. El sistema esquelético humano consta de 206 huesos agrupados en dos divisiones: esqueleto axial y apendicular. El primero consiste en los huesos situados cerca del eje longitudinal como lo es las costillas, esternón, cráneo y columna vertebral; el esqueleto apendicular consiste en los huesos de las extremidades superiores e inferiores y a los de la cintura pélvica y torácica.

El esqueleto axial agrupa a 80 huesos y el apendicular a 126 huesos, de la siguiente forma:

Esqueleto axial.		Cabeza
	cráneo	8 huesos
	cara	14 huesos
•	Hielos	1 hueso
•	Huesillos del oído	6 huesos
•	Columna vertebral	26 huesos
•	Tórax	
	esternón	1 hueso
	costillas	24 huesos
Esqueleto apendicular.		
•	Cintura torácica o escapular	
	clavícula	2 huesos
	escápula	2 huesos
•	Extremidad superior	
	húmero	2 huesos
	cúbito	2 huesos
	radio	2 huesos
	carpo	16 huesos
	metacarpo	10 huesos
	falanges	18 huesos
•	Cintura pélvica	
	iliacos o coxales	2 huesos
•	Extremidad inferior	
	fémur	2 huesos
	peroné	2 huesos
	tibia	2 huesos
	rótula	2 huesos
	tarso	14 huesos
	metatarso	10 huesos
	falanges	28 huesos

El esqueleto axial agrupa a 80 huesos y el apendicular a 126 huesos, de la siguiente forma:

Esqueleto axial.	Cabeza	
	cráneo	8 huesos
	cara	14 huesos
•	Hicoides	1 hueso
•	Huesillos del oído	6 huesos
•	Columna vertebral	26 huesos
•	Tórax	
	esternón	1 hueso
	costillas	24 huesos
Esqueleto apendicular.	Cintura torácica o escapular	
	clavícula	2 huesos
	escápula	2 huesos
•	Extremidad superior	
	húmero	2 huesos
	cúbito	2 huesos
	radio	2 huesos
	carpo	16 huesos
	metacarpo	10 huesos
	falanges	18 huesos
•	Cintura pélvica	
	iliacos o coxales	2 huesos
•	Extremidad inferior	
	fémur	2 huesos
	peroné	2 huesos
	tibia	2 huesos
	rótula	2 huesos
	tarso	14 huesos
	metatarso	10 huesos
	falanges	28 huesos

El sistema esquelético clasifica a los huesos en cuatro tipos principales de ellos: huesos largos, aquellos en los que su longitud es mayor o menor a su ancho, poseen una diáfisis y dos epifisis y presentan una curvatura la cual les da mayor resistencia; huesos cortos, tienen una longitud igual a su ancho y poseen forma cuboide; huesos planos e irregulares, son delgados y compuestos de láminas paralelas de hueso compacto, estos son sitio de inserción de grandes masas musculares, generalmente este tipo de huesos posee diversas formas.

Dentro de las funciones de este sistema se encuentra: de sostén de los tejidos blandos del cuerpo (conservación de forma y postura erecta); de protección, de aquellas estructuras como el encéfalo, médula espinal, pulmones, corazón y todos los grandes vasos sanguíneos de la cavidad torácica; de palanca, ya que los huesos constituyen la palanca de inserción de los músculos (la contracción de un músculo proporciona acción de palanca para producir un movimiento); de almacenamiento de sales minerales, calcio, fósforo y grasa; y la última más importante, de producción de los elementos figurados (hematopoyesis) la cual se lleva a cabo en la médula ósea.

El hueso está conformado por las siguientes estructuras:

- a) Cuerpo o diáfisis, que es el centro del hueso.
- b) Epifisis, o extremo del hueso.
- c) Médula ósea, que es el tejido vascular en el cual se elabora los elementos de la sangre (principal estructura de la hematopoyesis).
- d) Periostio, tejido fibroso que contiene vasos sanguíneos del hueso, debido a ello se estima que su vascularidad se la próxima al 8 por ciento del gasto cardiaco.

El tejido óseo se encuentra compuesto por los osteoblastos que son células formadoras del hueso, lo segrega la colágena y se forman en la etapa de crecimiento y reparación; y por los osteocitos, célula de la cual depende la resorción de la matriz ósea.

Por otro lado, a la unión de dos o más huesos se le denomina coyuntura o articulación. Existen tres tipos comunes de articulaciones.

- a) Articulaciones móviles. en estas los huesos se encuentran separados por líquido sinovial.
- b) Articulaciones inmóviles. Existen en esta un estrecho contacto entre los dos huesos adyacentes que se fusionan.

c) Articulaciones paramóviles. En ellas hay movimientos limitados por los huesos que se separan por cartilago fibroso.

Con base a lo anterior, la clasificación funcional de las articulaciones considera el grado de movilidad que permite una articulaciones considera el grado de movilidad que permite una articuladón. De tal mod, se les divide en articulaciones fibrosas(sinatrosis), inmóviles; articulaciones cartilaginosas (anfiartrosis) que permiten movimientos limitados, y articulaciones sinoviales(diartrosis), en las que existe gran libertad de movimiento.

De acuerdo a su clasificación estructural (presencia o ausencia de cavidad articular y tipo de tejido conectivo que los une) se encuentra que: las articulaciones fibrosas no poseen cavidad articular y el tejido que los une es conectivo fibroso; las articulaciones cartilaginosas no poseen cavidad articular pero presenta cartilago en su unión; y las articulaciones sinoviales, poseen cavidad sinovial.

El esqueleto humano, en relación y de manera descriptiva consta de esqueleto de la cabeza, esqueleto del tronco, esqueleto de las extremidades superiores e inferiores. A continuación se describen estos.

ESQUELETO DEL TRONCO.

a) Columna vertebral: Esta es el eje óseo del cuerpo humano, consta de 33 ó 34 vértebras; de las anteriores siete son cervicales, doce torácicas o dorsales, cinco lumbares, cinco sacras y tres o cinco coccígeas.

Cada pieza posee un cuerpo, un canal, apófisis transversa y una espinosa.

b) Costillas: Son arcos articulados a las vértebras. Existen diez pares articuladas al esternón a través de cartilagos; los dos últimos pares son los llamados flotantes.

ESQUELETO DE LA CABEZA.

Incluye al cráneo y a las formaciones óseas de la cara.

a) Cráneo: Incluye la base, la cual es una estructura irregular con importantes orificios para nervios y vasos; así como la bóveda craneana. El cráneo incluye en su estructura a:

· Hueso occipital, se articula con el atlas y posee un agujero que permite el paso del Sistema Nervioso Central.

- Hueso esfenoideas, se sitúa en la base del cráneo con un centro excavado el cual forma la Silla turca.
- Huesos temporales, es una zona pétreo que aloja el órgano del oído, y una apófisis mastoideas (detrás del conducto auditivo externo).
- Huesos parietales, ubicados en forma lateral entre el occipital y el frontal. Estos huesos están unidos entre sí mediante suturas o articulaciones inmóviles (coronal o frontoparietal, entre el frontal y los arietales; sagital, entre los parietales; lambda o parietooccipital, entre los parietales y el occipital; y la escamosa, entre los parietales y los temporales).

b) Cara: Esta posee elementos óseos importantes.

- Hueso maxilar, corresponde a la arcada dentaria superior.
- Mandíbula, corresponde a la arcada dentaria inferior.
- Hueso palatino, del paladar.
- Hueso malar del pómulos.

En el conjunto facial se distingue la cavidad, la fosa orbitaria, en su formación interviene el maxilar, el frontal, el malar, el etmoides, el esfenoideas, el lacrimal y el palatino, en el vértice de esta cavidad se sitúa el agujero óptico. La cavidad nasal se encuentra separada de la cavidad bucal mediante el paladar.

ESQUELETO DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES.

La base o raíz de cada miembro superior es el omóplato o escápula, hueso plano triangular el cual se inserta con la cabeza del húmero mediante la articulación escapular-humeral; a su vez la escápula se une al esternón mediante la clavícula.

El brazo se compone por el húmero, el cual se articula con los huesos del antebrazo el radio y el cúbito, en la articulación del codo; a su vez, estos huesos se articulan con los de la muñeca (escafoides, semilunar, piramidal, pisiforme, trapecio, trapezoide, hueso grande y ganchoso); estos huesos de la muñeca se articulan con el metacarpo (palma de la mano) y este con los dedos: falanges, falanginas y falangetas.

ESQUELETO DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES.

La cadera o cintura pelviana es la raíz del miembro pélvico, se conforma de los huesos iliacos, los cuales están articulados en su región anterior y posterior con el sacro.

De la fusión del ilión, isquión y pubis se origina el coxal. La región superior del ilión se denomina cresta ilíaca. El pubis es parte de la cintura pelviana, formando este la articulación de la sínfisis del pubis.

La cavidad pélvica se divide en: pelvis mayor (superior), y pelvis menor (inferior), cuyos límites los marca el relieve óseo círculo que conforma el sacro y los coxales (estrecho superior).

Continúa como parte del esqueleto el fémur, este se articula en su cabeza femoral con el coxal mediante la cavidad acetabular; a su vez, el fémur se articula con la tibia, la cual está situada en la parte interna de la pierna; en su región externa se encuentra el peroné, articulado con el astrágalo y tibia. Entre el fémur y la tibia se ubica la rótula, en la articulación de la rodilla; esta zona presenta los meniscos cartilagosos los cuales producen acoplamiento entre las superficies del fémur y la tibia.

Los últimos huesos de este esqueleto son los del tarso, incluye el astrágalo, calcáneo, escafoides, cuboide y tres cuñas.

Ahora bien, una vez planteado el sistema esquelético humano de manera descriptiva se presenta a continuación la clasificación de los padecimientos traumatológicos más comunes en la atención de urgencia y hospitalaria que se presenta en la institución, en orden de mayor a menor atención. (Ver anexo 1).

TRAUMATISMOS CORRESPONDIENTES A:

a) Esqueleto de miembros inferiores:

- Fractura de tobillo
- Fractura de cuello del fémur

- Fractura de tibia y peroné
- Complicaciones a prótesis ortopédicas
- Fractura de otra parte del fémur
- Fractura de rodilla
- Fractura de la pelvis
- Desarreglo interno de la rodilla

b) Esqueleto de la cabeza:

- Traumatismo intracraneal
- Hemorragia subaracnoidea traumática
- Fractura de la base del cráneo
- Fractura de los huesos de la cara
- Fractura de la bóveda craneana

c) Esqueleto de miembros superiores:

- Fractura de radio y cúbito
- Fractura de húmero

d) Otros

- Trastornos de huesos y cartilagos
- Secuelas de tratamiento del sistema osteomuscular y tejido celular subcutáneo

e) Piel y anexos

- Quemaduras según extensión afectada
- Secuelas a traumatismos en piel y tejido celular subcutáneo

f) Esqueleto del tronco:

- Fractura de la columna vertebral y lesiones de la médula espinal
- Neumotórax y hemotórax traumático
- Traumatismo intra-abdominal
- Fractura de costillas, esternón, laringe y tráquea.

Como podemos apreciar en la clasificación de padecimientos traumatológicos que presenta la institución a nivel de atención, se observa que su mayor porcentaje le corresponde a la atención de fracturas de diversos tipos y de varias estructuras óseas; posee gran relevancia el hecho de que la incidencia mayor le corresponde a lo que integra los miembros inferiores y la cabeza. Por lo anterior, más adelante se muestran los aspectos relevantes de morbilidad que aquí se presenta.

2.2.2 Incidencia de morbilidad hospitalaria.

En relación a la incidencia de la morbilidad con base a la clasificación presentada en el apartado anterior, se observa y presenta los casos atendidos por año (1995)

a) Miembros inferiores.

Total de casos atendidos: 3,755.

• Tobillo	1,074 casos
• Tibia y peroné	639 "
• Fémur	1,806 "
• Rodilla	236 "

b) Cabeza

Total de casos atendidos: 1,512.

• Cara	177 casos
• Cráneo	1,335 "

c) Miembros superiores

total de casos atendidos: 1,205 casos.

• Radio y cúbito	605 casos
• Húmero	600 "

d) Otros trastornos

Total de casos atendidos: 812.

e) Piel y anexos

Total de casos atendidos: 612.

f) Tronco

Total de casos atendidos: 509.

• Trauma abdominal	213 casos
• Costilla y esternón	85 "
• Columna vertebral	221 "

Lo anterior registra los veinticinco principales casos de morbilidad anual; el total de casos atendidos suma 8,403, mientras que los egresos codificados suman 9,875 casos. La diferencia se debe a aquellas atenciones que se registran como fuera del área de Traumatología y Ortopedia.

Para entender la morbilidad, es necesario entender los aspectos generales de las fracturas.

La estabilidad del "medio interno"¹ de todo individuo se ve alterado cuando aparece por diversos factores la lesión celular, provocando respuesta local mediante la aparición de signos a esta respuesta, esta varía en relación a la célula lesionada, resistencia del huésped y la propia causa de la lesión.

Así, traumatismo es sinónimo de lesión provocada por cualquier factor externo del medio ambiente. Ahora bien, por el término Fractura se entiende a "aquella lesión que produce rotura del hueso"; las fracturas se clasifican en diversos tipos, los más importantes son los siguientes²:

- Parcial, en la que la rotura es incompleta.
- Completa, se produce una rotura y separación total del hueso.
- Cerrada, los bordes de la rotura no atraviesa tejido y piel.
- Abierta, la rotura produce lesión de piel y tejido.
- Conminuta, en el sitio de fractura del hueso se produce fragmentación y estrellamiento.
- En rama verde, en esta una lado del hueso se fractura y el otro forma una corvatura.
- Espira, se produce en la línea de rotura una dirección espiral con relación a su eje.
- Transversa, rotura en ángulo recto en relación al eje del hueso.
- Con encajamiento, se produce penetración de un fragmento en otro.
- De Pott, el extremo inferior del peroné produce lesión de la articulación de la tibia.
- De colles, se produce en tercio inferior del radio y cúbito produciendo desplazamiento distal de los fragmentos.
- Desplazada, en esta se pierde el alineamiento anatómico de los fragmentos óseos.

El proceso de reparación de una fractura cuenta con tres importantes etapas a mencionar:

a) Hematoma.- Al producirse una fractura los grandes vasos sanguíneos son lesionados, la sangre de estos se aloja y produce en el sitio de fractura una coagulación (seis a ocho horas posterior a la fractura):

b) Callo.- En esta etapa se lleva a cabo el crecimiento de tejido óseo alrededor del sitio de fractura, originando base y resistencia entre los fragmentos a partir de las células osteogénicas del periostio.

c) Remodelación.- Se lleva a cabo la resorción de los fragmentos necrosados, produciéndose hueso compacto en la periferia de la fractura.

Las manifestaciones generales de una fractura¹ independientemente del tipo son las siguientes :

- Dolor, debido a la movilización de los fragmentos óseos.
- Pérdida de la función
- Edema y cambios de la coloración, debido a la lesión y la hemorragia producida.
- Crepitación, debido al movimiento de los fragmentos óseos.
- Deformidad, por pérdida de la alineación anatómica y la contracción muscular.

Aunque estas manifestaciones se manejan en términos generales de fractura, podrían variar con base al tipo y sitio de la misma.

¹ Por "medio interno" al líquido o solución acuosa de gases, iones y nutrientes que baña a las células corporales, para así esta pueda efectuar sus funciones.

² TORTORA, J. Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Haría México, 1981, pág. 184.

Respecto al tratamiento de las fracturas, cabe mencionar que el principio de este es sin duda la reducción, inmovilización y rehabilitación. Este incluye a los métodos de reducción y métodos de inmovilización² (fractura ya reducida):

a) Método de reducción

- reducción cerrada
- tracción
- reducción abierta

b) Métodos de inmovilización

- yesos
- férulas
- tracción
- fijación interna
 - .. clavos
 - .. placas
 - .. tornillos
 - .. alambre
 - .. barras

REDUCCIÓN CERRADA

Este método consiste en alinear anatómicamente los fragmentos óseos mediante maniobras externas de manipulación y tracción manual. Realizada la maniobras se emplea algún método de inmovilización para así conservar la reducción (vendaje de yeso).

¹ SEGATORI, Luigi. Diccionario médico. Ed. Taida, Barcelona, 1978, pág. 43

² BRUNNER, S. Lillian. Manual de enfermería médico quirúrgica. Ed. Interamericana, México, 1988, Volumen II, pág. 1335.

TRACCIÓN

La tracción se realiza mediante presión y estiramiento en dos direcciones. Su fin es la alineación y estabilización de la fractura mediante reducción e inmovilización de la misma, eliminando o disminuyendo así el espasmo muscular del sitio de fractura.

REDUCCIÓN ABIERTA

Este método emplea fijación interna para la reducción e inmovilización de la fractura; el sitio de esta se estabiliza hasta su cicatrización mediante la colocación de material de osteosíntesis, como lo es: clavos de Steyman o internos centromedulares; placas D.C.P , D.H.S , tercio de caña, trébol, en T, y anguladas; tornillos esponjosos y corticales; alambres Kchissner y assif; y barras. Cabe mencionar que otros tipos de materiales utilizados para este método en aquellos trastornos de cadera y cabeza acetabular, son las prótesis autobloqueantes, sistematizadas, cementadas o no cementadas, cabezas acetabulares, etcétera.

Posterior a la reducción se utiliza algún método de inmovilización externa (férulas y yesos).

YESOS

Este método tiene como fin la inmovilización y sostén de la fractura, la compresión de los tejidos y así lograr la estabilización articular (movilización y mejora de la función), y prevenir posibles deformidades.

Comúnmente se utilizan el yeso (sulfato clásico dehidrato) o vendas de fibra de vidrio (Scotch Cast), ambos con similar calidad y tiempo de fraguado.

FÉRULAS

Estas son utilizadas para aquellos tipos de fracturas que no necesitan total inmovilización y rigidez del sitio, o bien cuando hay presencia de leve inflamación.

2.2.3. Morbilidad hospitalaria por grupos de edad y sexo.

Con base al informe anual de morbilidad hospitalaria que presenta la institución y considerando a esta para todos los grupos, se aprecia lo siguiente: (Ver anexo II)

1) En relación al total de casos de morbilidad por sexo, se registran 5,111 casos en hombres y 3,097 en mujeres; esto registra un total de 8, 403 casos, dentro del área de Traumatología y Ortopedia.

2) El total por grupos de edad registra:

entre 20 a 29 años: 1,621 casos

20 a 39 " : 1.335 "

20 a 70 " : 1,211 "

40 a 49 " : 937 "

50 a 59 " : 757 "

60 a 69 " : 752 "

15 a 19 " : 542 "

5 a 9 " : 480 "

10 a 14 " : 376 "

1 a 4 " : 374 "

- 1 " : 28 "

3) El total por grupo de edad y sexo masculino registra:

entre 20 a 29 años: 1,337 casos

30 a 39 "	:	1,008 "
40 a 49 "	:	604 "
15 a 19 "	:	428 "
50 a 59 "	:	409 "
+ de 70 "	:	383 "
5 a 9 "	:	325 "
60 a 69 "	:	324 "
10 a 14 "	:	276 "
1 a 4 "	:	195 "
-de 1 "	:	17 "

4) total por grupo de edad y sexo femenino registra:

entre + de 70 años: 828 casos

60 a 69 "	:	428 "
50 a 59 "	:	348 "
40 a 49 "	:	333 "
30 a 39 "	:	327 "
20 a 29 "	:	284 "
1 a 4 "	:	169 "
5 a 9 "	:	155 "
15 a 19 "	:	114 "
10 a 14 "	:	100 "
-de 1 "	:	11 "

Como se puede apreciar, la morbilidad traumatólogica en todos sus casos predomina en el grupo de sexo masculino con una diferencia de casi el 50 por ciento en relación al sexo femenino.

En relación a los grupos de edad, se observa que aquellos de menos de 1 año hasta los 14 años sus cifras son considerablemente bajas en relación a los demás grupos; de estos, de entre los 20 y 40 años y más de 70 años, sus cifras se triplican con respecto a los grupos anteriores.

Respecto al grupo de edad y sexo masculino, se observa que el grupo de 20 a 40 años registra el mayor número de casos atendidos y el resto varía y no establece relación de grupo secuencial.

Ya en el grupo de edad y sexo femenino, se observa secuencia de número de morbilidad y grupos de edad a partir de los 20 años hasta más de 70 años.

Cabe señalar que en los grupos de edad de menos de 1 año, 1 a 4 y 5 a 9 años, no se registran casos de morbilidad de fractura de tobillo, rodilla, pelvis y costillas, así como traumatismos abdominales (neumo y hemotórax), dado los factores y perfil de la etapa de estos grupos.

2.3. BASES TEÓRICAS EN LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA.

2.3.1. Participación de enfermería en la atención de fracturas.

La atención de las fracturas en su atención primaria consiste en la inmovilización inmediata a través de una férula mediante el sostén de la extremidad por encima y debajo del sitio fracturado, para así después traccionar el hueso con el fin de prevenir la rotación y el movimiento angular.

Cuando se lleva a cabo fractura de alguna extremidad superior se coloca un cabestrillo para evitar mediante este el dolor intenso, al fijar el hueso se logra cohibir un poco la hemorragia y prevenir el choque.

Posteriormente, hay que cerciorarse de la estabilidad circulatoria, permeabilizar una vía periférica a fin de administrar narcóticos en caso de choque.

El tratamiento específico se establece una vez identificado el tipo de fractura y el método de reducción más adecuado.

2.3.2. Participación de enfermería en la atención a métodos de tracción.

Como se mencionó anteriormente, la tracción busca reducir e inmovilizar una fractura, aminorar o eliminar el espasmo muscular e impedir la deformidad ¹.

Existen dos tipos de tracción a mencionar:

- a) Tracción por suspensión balanceada, esta se produce por una fuerza antagónica; es decir, la extremidad se sostiene en el aparato y ejerce tracción pese a la posición anatómica.
- b) Tracción en un plano, en esta la tensión se ejerce en un plano utilizando la tracción de piel o esqueleto.

La asistencia de enfermería en los aparatos de tracción son:

- Cerciorarse de que el paciente se encuentre sobre un tablón o colchón duro, que se encuentren alineados cuerdas y poleas del aparato.
- Verificar constantemente que la tracción siga el eje longitudinal del hueso.

¹ "Cuando una fuerza o tensión se ejerce en una dirección debe haber otra igual en dirección contraria".

(la fuerza que se opone a la tracción es el peso del cuerpo del paciente y la fricción contra el lecho).

Tercera ley de Newton del movimiento: para toda acción hay una reacción igual y opuesta.

- Verificar y checar constantemente la intensidad y dirección de la tracción.
- Observar estado y coloración de la piel, vigilar que no haya presión ósea.
- Vigilar signos de infección ósea, como el olor fétido, inflamación, irritación, etcétera.
- Estimular el movimiento de los huesos y articulaciones sanas.
- Vigilar estado neurocirculatorio mediante pulsos periféricos, colores y temperatura de la piel.
- Verificar el estado del vendaje de tracción.
- Vigilar y verificar la sensibilidad de las extremidades y zonas adyacentes.

2.3.3. Participación de enfermería en la atención a métodos de inmovilización.

Los métodos de inmovilización son aquellos que inmovilizan una fractura reducida; como se mencionó anteriormente, estos incluyen a los yesos, férulas, aparatos de tracción y al material de osteosíntesis para fijación interna de la fractura.

Por lo anterior, lo que respecta a los aspectos del yeso y férulas se planean en el punto

2.3.5. de este apartado; la participación en aparatos de tracción se planteó en el punto 2.3.2. y, finalmente lo relacionado a la fijación interna se contempla dentro de la participación de enfermería en el cuidado post-operatorio, en el punto 2.3.4.

2.3.4. Participación de enfermería en la atención post-operatoria.

Un gran porcentaje de la atención de fracturas necesita cirugía, esta implica la alteración planeada de las estructuras óseas, para determinar, aliviar o eliminar algún proceso patológico, esta es una agresión al cuerpo que puede afectar la capacidad individual para realizar las necesidades básicas del individuo: necesidades de oxígeno, regulación de temperatura, necesidades de líquidos y electrolitos, nutricionales, de eliminación; de comodidad, reposo y sueño; de movimiento y ejercicio; necesidades sensoriales; de protección y seguridad; de autoestimulación.

Todas las necesidades anteriores son alteradas, y le corresponde a la enfermera apoyar al paciente a satisfacerlas total y parcialmente, mediante apoyo psicológico (mitigar el dolor, proporcionar información e instruir sobre posibles métodos post operatorios) y cuidado físico (cuidados preoperatorios específicos).

La asistencia de enfermería en el período post operatorio de las fracturas tiene como base la especificidad de los cuidados:

- Mitigar el dolor, administrar analgésicos y tal vez narcóticos.
- Vigilar riego sanguíneo de la zona, esto evita edema y dolor a normal.
- Evitar el dolor ardoroso debido a presión por prominencias óseas, mediante acojinamiento y alivio de la presión.
- Vigilar y buscar signos de choque, como la taquicardia, hipotensión, alteraciones en la coloración y respiración.
- Evitar úlceras por decúbito, mediante cambios frecuentes de posición y mantener en óptimas condiciones a la piel.
- Inducir la movilización a fin de evitar pérdida de calcio y volumen muscular, disminución de la tolerancia al ejercicio, el flujo sanguíneo y la osteoporosis.
- Estimular al paciente para el autocuidado.
- Enseñanza terapéutica con base a limitantes y actividad de su padecimiento.

La asistencia de enfermería tiene como objetivo impedir la dependencia física, psicológica y social del paciente hacia el personal e institución para así restaurar la función del hueso. Esto se logra mediante la enseñanza real de:

- a) Conservación de la capacidad física y mental del paciente.
 - Cambios de posición
 - Enseñanza de la autosuficiencia
 - Ambulación
 - Participación y enseñanza de sus propias actividades
 - Estimulación del ejercicio.

b) Prevención de complicaciones.

Le corresponde a la enfermera vigilar y educar al paciente en relación a la presencia y búsqueda de signo y síntomas de complicaciones características del tratamiento y morbilidad: tromboembolias, embolia grasa, neumonía, contracturas, necrosis, infección, etcétera.

2.3.5. Participación de enfermería en la atención a aparatos de yeso y férulas.

El yeso, como método de inmovilización de una fractura, se coloca en diversos tipos: corto para brazo (de la línea palmar hasta debajo del codo), largo para brazo (de la línea palmar hasta el pliegue axilar), espica de pulgar (de la línea palmar y pulgar hasta debajo del codo), corto de pierna (de la base de los dedos hasta abajo de la rodilla), largo de pierna (de la base de los dedos hasta tercio superior del muslo), espica de cuerpo (abarca el cuerpo y una extremidad), espica del hombro (chaqueta que abarca el tronco, hombro y codo) y espica de cadera (incluye el tronco y una extremidad). En las extremidades se utilizan las férulas.

La asistencia de enfermería en los aparatos de yeso consiste primordialmente en evitar las complicaciones debido a su aplicación como lo es la constricción de la circulación y la presión de tejidos y partes óseas.

- Vigilar hemorragia y edema, a fin de evitar insuficiencia vascular y necrosis.
- Vigilar insuficiencia circulatoria: presencia de dolor, adema, palidez, hormigueo, entumecimiento, inmovilización de dedos, cambios en la temperatura, etcétera.
- Evitar la presión sobre los tejidos, a fin de reducir la posibilidad de necrosis, úlceras y parálisis.
- Vigilar intensidad o presencia de dolor, esto indicaría la aparición o establecimiento de ulceración.

En caso de que se presenten estos signos y síntomas es necesario realizar de inmediato al yeso unas válvulas para así aliviar la presión, o retirarlo definitivamente; otro aspecto importante a valorar por la enfermera es no administrar analgésicos hasta no determinar y eliminar la causa de este.

Los cuidados generales a los aparatos de yeso son los siguientes:

- Impedir compresión de zonas específicas
- Protección e higiene de la piel.
- Elevación de la extremidad, a fin de disminuir el edema.
- Instruir al paciente a tensionar los músculos enyesados, sin realizar movimiento de las articulaciones; lo anterior con el fin de evitar contracturas musculares.

CAPITULO 3 METODOLOGÍA.

En este apartado presentamos las variables e indicadores, el tipo de investigación, el diseño y técnicas utilizadas en la misma.

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1. Variable independiente.

- Nivel de conocimientos teóricos sobre los padecimientos traumatológicos.
- Indicadores -
- Conocimiento de la morbilidad en el área de Traumatología y Ortopedia .
- Conocimiento y manejo de tratamientos y técnicas generales y específicas de la morbilidad.

3.1.2. Variable dependiente.

- Atención de enfermería en el manejo práctico del área de Traumatología y Ortopedia.
- Indicadores -
- Desarrollo e interés de aprendizaje.
- Aplicación objetiva del conocimiento.
- Desarrollo de la enseñanza-aprendizaje
- Desarrollo de la autonomía.
- Desarrollo del nivel de reflexión.

3.1.3. Modelo de la relación causal de las variables.

Se buscó la relación causa-efecto.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS SOBRE LOS PADECIMIENTOS TRAUMATOLÓGICOS

Variable independiente

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO PRACTICO DEL AREA DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia

Variable dependiente

3.2. TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Tipo

La investigación que se presenta es de tipo descriptivo ya que estudia a un sólo grupo, sin hacer comparaciones en su momento, es transversal ya que sólo trata de establecer una asociación y, por último es observacional, ya que se presenciaron los fenómenos sin modificarlos las variables.

3.2.2. Diseño.

El diseño de la investigación se planeó de la manera siguiente:

- Identificación del tema de investigación con base a algún aspecto de la práctica de enfermería.
- Elaboración de un plan de actividades.
- Desarrollo del Marco Teórico.
- Elaboración de hipótesis general, de trabajo y nula.
- Delimitación de variables e indicadores.
- Elaboración de cronograma de actividades.
- Ubicación del universo de trabajo, población y la muestra.
- Elaboración de cronograma de actividades.
- Ubicación del universo de trabajo, población y la muestra.
- Elaboración del cuestionario a la muestra, incrementando esta a un total de 200 individuos

- Procesamiento de datos mediante procedimientos de codificación y tabulación.
- Comprobación y refutación de hipótesis.
- análisis e interpretación de resultados.

3.2.3. Cronograma de Actividades.

COLUMNA DE ACTIVIDADES	AGOS.	SEP.	OCT.	NOV.	ENE.	FEB.	MAR.
Elaboración del proyecto de investigación	X						
Aprobación y registro del proyecto de la Investigación			X				
Estructura y realización del Marco Teórico		X	X				
Implementación de la prueba piloto.			X				
Aplicación de los instrumentos de la investigación a la muestra.			X				
Procesamiento de datos			X	X			
Análisis e interpretación de resultados					X		
Estructura y realización de borrador de tesis						X	
Presentación de tesis							X

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.3.1 Fichas de trabajo.

A través de este instrumento se llevó a cabo la recopilación de la información bibliográfica que se utilizó para estructurar el marco teórico.

3.3.2. Observación

Mediante este instrumento se sometieron las conductas de los casos, los fenómenos y los hechos que se presenciaron directamente en la práctica del personal de enfermería, directo en el campo.

3.3.3. Entrevista.

Mediante esta técnica se logró estudiar y analizar la evolución de las opiniones, así como también pudo ser posible extraer información objetiva con base a la estructura de esta.

3.3.4. Cuestionario

Por esta técnica la cual fue de vital importancia para nuestra información, se obtuvieron datos relevantes de la investigación, ya que los reactivos incluyeron conceptos específicos del área de Traumatología y Ortopedia para así poder relacionarlos con diversos de estudio. (Ver apéndice Núm. 1)

3.3.5. Interrogatorio.

Mediante este método sólo se obtuvieron referencias para llevar a cabo el seguimiento de la información necesaria y a la búsqueda de la misma dentro de la institución

CAPITULO 4

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para este capítulo es necesario establecer cual fue la base de la instrumentación estadística en relación a nuestro universo de trabajo, la población y la muestra que se siguió durante la investigación .

4.1. Universo, Población y muestra.

Universo: 1007 enfermeras generales y auxiliares de enfermería adscritas al Hospital de Traumatología Magdalena Salinas. Esto nos representa el todo del sujeto en estudio, el 100%.

Población: 740 enfermeras generales adscritas a la institución y que correspondieron al turno matutino en su totalidad, esto se debió a la importancia de la cantidad y desarrollo de actividades de enfermería que pesan más debido al turno.

Muestra: 74 enfermeras generales de los servicios de mayor relevancia en la institución e igualmente en el turno matutino.

Dentro de este apartado mencionaremos que debido a la magnitud de la población y a la relevancia de los objetivos planteados, fue necesario incrementar la muestra a un total de 200 individuos para así mostrar resultados más objetivos.

Estos aspectos básicos de la metodología estadística se obtuvieron con las siguientes bases:

a) Universo: En este se encontró representado a todo el sujeto en estudio, está expresado en cantidad de personas. Aquí, 1007 enfermeras generales y auxiliares de enfermería representan el 100% de nuestro universo.

b) Población: Es sólo una parte relevante del universo. En este caso sólo tomamos la jerarquía de enfermera general, siendo estas 74 adscritas de la institución, lo cual nos representó el 74.5 % del universo.

c) Muestra: Representa el todo y conserva las características que definan a la población y al universo. Para este caso la muestra inicial era de 74 enfermeras generales, lo que representó el 10% de la población y el 7.4% del universo; sin embargo, al incrementar la muestra a 200 individuos, nos representa el 27% de la población y el 19.8% del universo.

Por otro lado, el tipo de muestra que se eligió fue al azar.

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS.

• De acuerdo a cada cuestionario resuelto (200 en total) se ubicaron y clasificaron los conceptos específicos de la morbilidad que nos ocupa, así como los grupos que se derivaban de la práctica y experiencia profesional; posteriormente se ordenaron todos los cuestionarios por cada subgrupo para así llevar a cabo la evaluación del conocimiento de cada concepto establecido. Por ejemplo: el primero grupo fue el de "Grupos de Edad", los subgrupos que lo integraron fueron aquellos de "20 a 25 años", "De 26 a 30 años", "De 31 a 40", y el de "Más de 40 años"; de esta manera, el concepto fue evaluado por cada uno de estos subgrupos, así como el total de correctos e incorrectos por grupo y subgrupo.

• Posteriormente se realizó el vaciamiento de resultados de acuerdo a totales de respuestas correctas e incorrectas, con base a 14 concepto específicos de la morbilidad que nos ocupa y, en relación a 10 grupos establecidos con base a la práctica y experiencia de la enfermería. Los parámetros los mostraremos más adelante.

• Ahora bien, de la interrelación de cada concepto por cada grupo y subgrupo se extrajeron los totales en cantidades y porcentajes de efectividad.

• Una vez obtenidos y registrados los resultados en los cuadros correspondientes se llevó a cabo la elaboración de gráficas, dentro de las cuales pretendíamos integrar conceptos comunes con

el fin de reducir y concretar la información; sin embargo, al graficar nos percatamos de que mediante a este procedimiento se perdía información valiosa, por lo cual la graficación se realizó con base a cada concepto por cada grupo. El método utilizado para graficar fue el de Barras.

4.3. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

Planteadas las hipótesis, con base a los resultados de la investigación se aprecia la vinculación de estos con la realidad en el ámbito de la práctica de enfermería, establecidos los conocimientos previos de dicha práctica.

Se establece entonces, con relación a las variables que, el nivel de conocimientos sobre los padecimientos traumatológicos determina la atención en el manejo práctico del área de Traumatología y Ortopedia.

Lo anterior, hace aceptar la relación causa-efecto planteada; así queda establecida la hipótesis general como aquella que es aceptada como respuesta y explicación que se da entre la teoría y la realidad de los hechos.

Por otro lado, con respecto a la hipótesis de trabajo esta dice que si el nivel de conocimientos de la enfermera con respecto a la práctica del área de Traumatología es elevado, entonces se garantiza el proceso de atención de enfermería. Al enfrentar esta hipótesis con la práctica existente, se observa que esta hipótesis se debilita; es decir, los conocimientos teóricos no intervienen en su totalidad para que la enfermera posea una práctica de calidad y mucho menos se garantice el proceso de atención.

Ahora bien, con base al planteamiento anterior se supone lo siguiente:

- 1) El conocimiento común no garantiza el conocimiento científico de la enfermera.
- 2) El conocimiento científico no determina la integración del proceso de atención a la práctica de enfermería.
- 3) El nivel es bajo, mientras que la práctica demuestra la calidad de la experiencia.

CAPITULO 5.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Para llevar a cabo la aplicación de la técnica del cuestionario, se elaboró este con base a un sistema de preguntas cerradas tipo Liker, con un total de reactivos de 25 los cuales incluyen datos generales en cuanto a la práctica y experiencia del personal y, específicos de la teoría con base al Trauma y Ortopedia.

La aplicación de dicho cuestionario estuvo dirigido específicamente al personal técnico profesional de Enfermería en la categoría de Enfermera General, dentro del Hospital de Traumatología "Magdalena Salinas", a un grupo de 200 individuos con el fin de medir el conocimiento que se posee en esta área con base a la práctica y experiencia del personal. Los lineamientos que se midieron fueron los siguientes:

- Concepto de traumatismo
 - Definición de fractura
 - Tratamiento de urgencia
 - Tratamiento de fractura abierta
 - Complicaciones inmediatas de una fractura
 - Objetivo de la inmovilización
 - Método de reducción de una fractura
 - Métodos de inmovilización
 - Objetivos de movilización ortopédica
 - Signos de alteración neuro vascular en el post-tratamiento
 - Objetivo del enyesado
 - Objetivo de la tracción
- tales conceptos se correlacionaron con base a los grupos de:
- Grupos de edad
 - Escuela de procedencia
 - Años de experiencia laboral

- Sistema de trabajo utilizado
- Aceptación del sistema de trabajo
- Revisión de registros de Enfermería
- Medio de información usual del Dx. de los pacientes
- Tipo de apoyo de la institución en la participación en eventos en enfermería
- Educación para la salud como base de la práctica profesional
- Número de pacientes obtenidos en la jornada

Los resultados que se obtuvieron se vaciaron a un cuadro en donde sólo se registró cantidades y porcentajes de correctos e incorrectos por grupo con base a conceptos interrelacionados. Ahora bien, debido a que el análisis de cada concepto por cada grupo no cubriría el fin de medir el conocimiento en la totalidad que se pretende, se decidió llevar a cabo esta medición y análisis de acuerdo a conceptos comunes integrados y no aislados como se vació en el cuadro original; así, con base a lo anterior los conceptos integrados se ubicaron de la siguiente forma:

1) Concepto de traumatismo

2) Definición de fractura

3) Fracturas

- Manifestaciones de una fractura.
- Tratamiento de una fractura.
 - . Tratamiento de urgencia
 - . Tratamiento de fractura vieja.
 - . Principios de tratamiento.
- Complicaciones inmediatas de una fractura.

4) Métodos de reducción e inmovilización de una fractura

- Métodos de inmovilización
- Métodos de reducción
- Objetivo de la inmovilización
- Objetivo del aparato de yeso
- Objetivo del aparato de tracción

5) Cuidados en el post-tratamiento.

- . Signos de alteración neuro vascular en el post tratamiento.
- . Objetivo de la movilización ortopédica.

Estos cinco conceptos ya integrados, se correlacionaron con cada grupo de acuerdo a porcentajes de efectividad de respuestas correctas por total de grupo; es decir, de cada concepto y cada grupo y subgrupo se obtuvieron los porcentajes mayores, menores y el promedio que se registraron con base a la medición de dicho concepto.

A continuación se presenta el cuadro de registro de cantidades de respuestas correctas e incorrectas por grupo y subgrupo, así como los porcentajes promedios de conocimiento registrado en la muestra; y posteriormente los resultados finales y análisis.

++CONCEPTO DE TRAUMATISMO++

Este concepto aplicado a los Grupos de edad, registró una mayor proporción de respuestas correctas el grupo de 20 a 25 años (86%), en segundo lugar y con mínima diferencia el grupo de 31 a 40 años (85%), ya se observa diferencia de estos grupos con el de 26 a 30 y más de 41 años con 10 puntos entre ellos (79% y 77%, respectivamente).

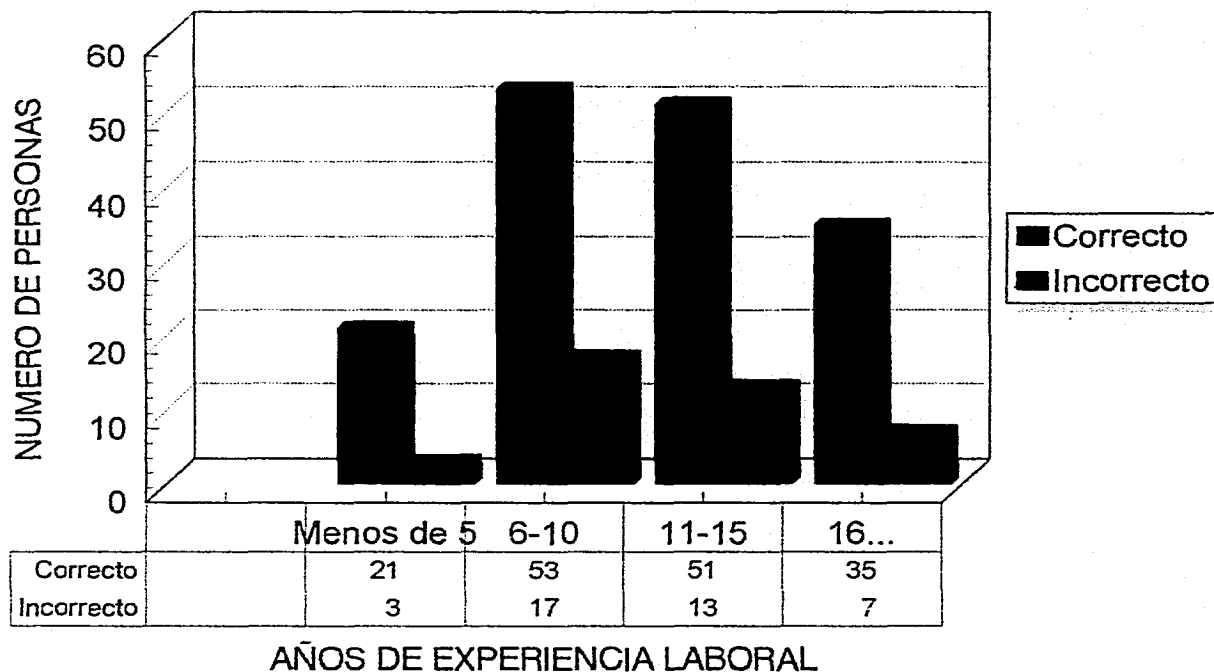
Por otro lado, en relación a la Escuela de procedencia se observa que el grupo de la UNAM obtuvo un 88%, mientras que el grupo de otras escuela registró en sus resultados un 83% y por último, el que corresponde a escuelas no oficial un 80% de efectividad.

La relación de efectividad de este concepto con el grupo de Años de experiencia laboral nos mostró que el grupo que ha laborado entre 6 y 10 años obtuvo un 76% de respuestas acertadas, el de 11 a 15 años un 80%, el de más de 16 años laborando el 83% y, el que figura en menos de cinco años un 88% de efectividad.

Al considerar el Sistema de trabajo utilizado con base al conocimiento de este concepto encontramos que el grupo que optó por el sistema de Asignación resultó con un 83% de respuestas correctas, mientras que el grupo que labora por Funciones contestó acertadamente en un 81%; a su vez, el grupo con sistema en Equipo obtuvo un 83% y por último el grupo con sistema Mixto un 67%.

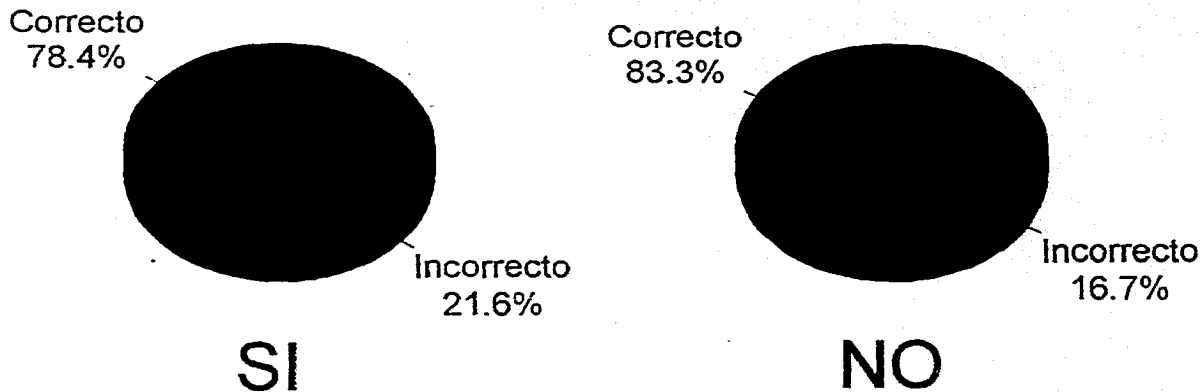
CONCEPTO DE TRAUMATISMO

Concepto de Traumatismo



CONCEPTO DE TRAUMATISMO

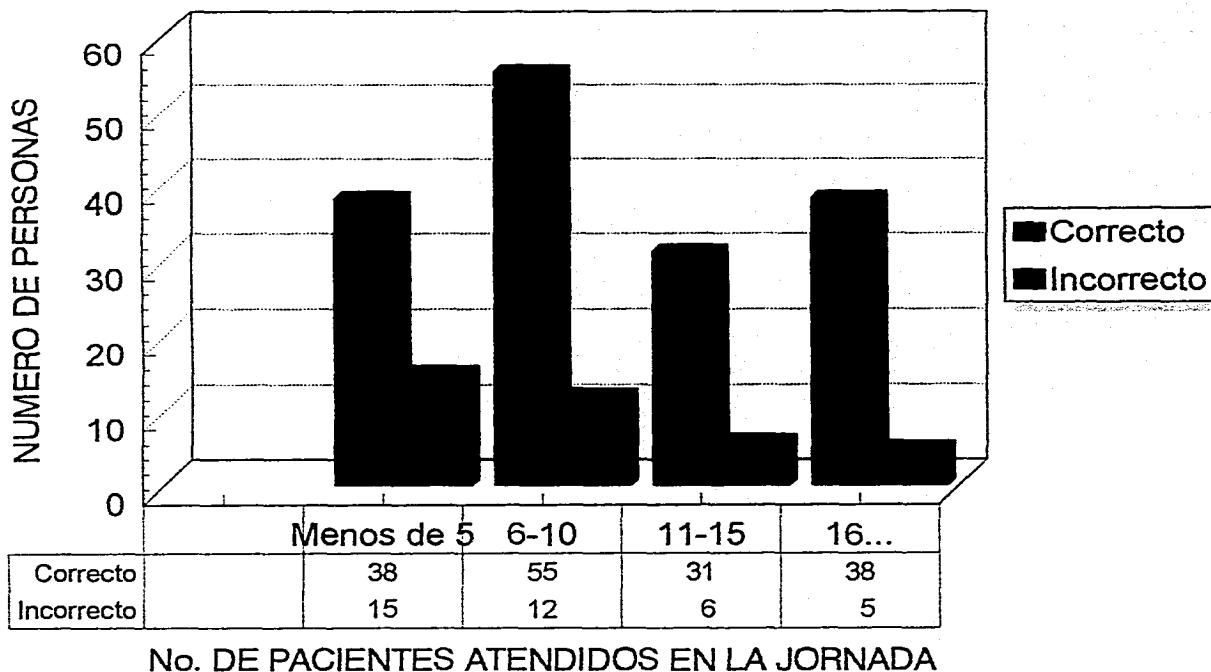
Concepto de Traumatismo



Revisión de Registros en Enf.

CONCEPTO DE TRAUMATISMO

Concepto de Traumatismo



Al señalar la Aceptación del sistema o no por parte del personal, se observa que en el grupo de individuos que sí aceptaban sus sistema de trabajo, el 85% fueron correctos, mientras que el que no lo aceptaba tuvieron una diferencia visible con el anterior, ya que representa a un 74% de efectividad.

La información captada por el cuestionario nos proporcionó el conocer si nuestro grupo de estudio lleva a cabo Revisión de registros de enfermería; encontramos que este concepto de 200 individuos sobrantes no lo llevan a cabo, o sea un 12%. Así, del grupo que contesta afirmativamente el 78% fue correcto en sus respuestas, mientras que los que contestaron en forma negativa obtuvieron un 83% de efectividad.

Lo que respecta al Medio más usual de información del Dx. podemos ver que el grupo que optó por la Recepción del turno tuvo un índice de aciertos del 81%; a través del Médico un 94%, mientras que el grupo que el medio es el expediente su resultado es del 82% y por último, el grupo de otro medio con un 100%:

En lo referente al grupo de Apoyo de la Institución en la participación en eventos de Enf., se observa que el grupo de Becas c/goce de sueldo obtuvo un 80% de aciertos; el grupo con Becas/goce de asueldo el 78%, a su vez el grupo le Otorga permiso posee el 82% de efectividad en relación al concepto y, el grupo de por cuenta propia tuvo un resultado del 80%.

En cuanto a la tendencia por parte del personal de proporcionar Educación para la salud en la práctica de Enfermería, el grupo que Siempre la proporciona tuvo un 81% de certeza, mientras que el grupo que en Alguna ocasión la proporciona presentó un 85% y finalmente, el grupo que Nunca lleva a cabo obtuvo tan sólo el 50% de respuestas correctas del total del grupo

Por otra parte, en relación al Número de pacientes atendidos en la jornada, el grupo que atiende a menos de 5 pacientes posee un 72% de su total en respuestas correctas, el grupo de 6 a 10 pacientes un total de certeza del 82%, mientras que el grupo de entre 11 y 15 pacientes representa un 84% de certeza en su grupo y por último, el grupo que atiende a mas de 16 pacientes obtuvo el 88%.

++DEFINICION DE FRACTURA++

Conforme a este concepto aplicado a los grupos de edad, encontramos que el grupo que se ubica de 20 a 25 años es que posee mayor índice de certeza con 69%; le sigue con un 58% el grupo de 31 a 40 años; en tercer lugar se ubica el grupo de 26 a 30 años con 50% y por último, con un 42% de grupo de más de 4 años.

Al considerar la Escuela de procedencia, que hay mayor % de certeza con base a esta definición en el grupo de escuelas no Oficial (72%), superando así al grupo de Incorporadas a la UNAM (66%) y al de otras escuelas (63%); se registra el menor índice en el grupo de la UNAM (53%).

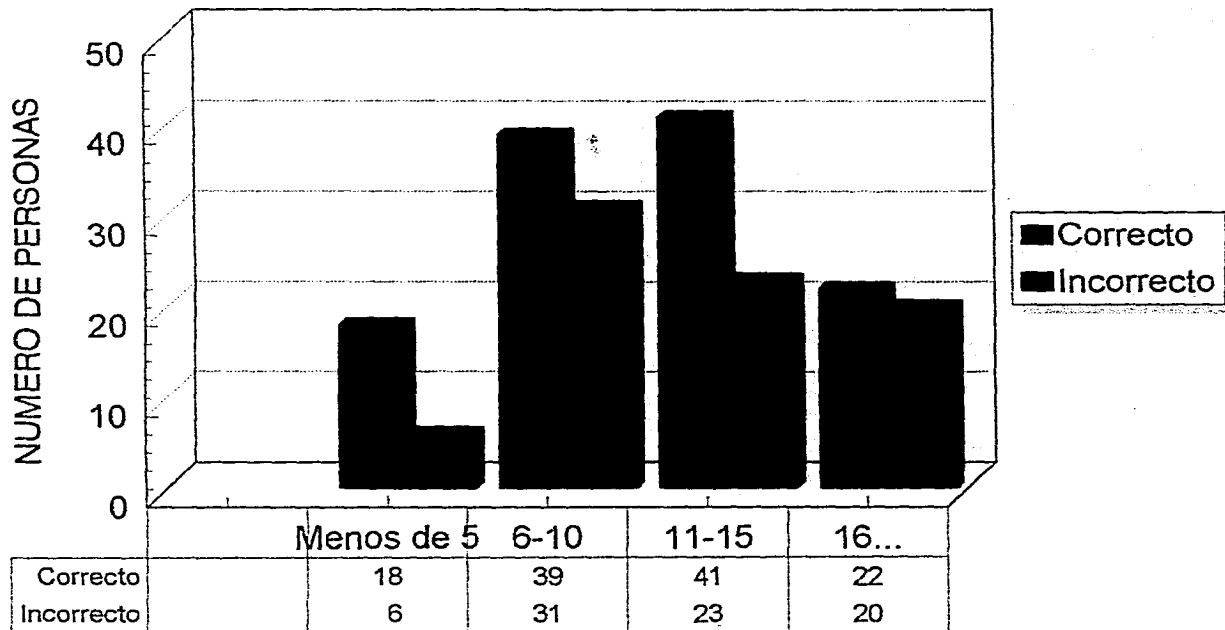
Por años de experiencia laboral, los mayores índices por grupo se presenta en el de Menos de 5 años (75%), de 11 a 15 años (64%), mientras que los menores los ubican los grupos de 6 a 10 años (56%) y el de Más de 16 años (52%).

Por lo que respecta al tipo de Sistema de trabajo utilizado en sus labores, los grupos de Asignación y por Equipo poseen % de índices correctos (67% y 64%) que superan notoriamente a los grupos de Funciones y Mixto (53% y 50%, respectivamente), como puede apreciarse en los %. A su vez, de todos los grupos, los que sí aceptaron su sistema de trabajo el 60% representa respuestas correctas, mientras que el grupo que no estuvo de acuerdo con su sistema su índice es de 63%, diferencia mínima con el grupo anterior.

Por otro lado, cabe señalar que la Revisión de registros de Enf., el Medios de información del Dx. y el proporcionar Educación para la salud como base de la práctica profesional, se encuentra sumamente interrelacionados entre sí como lineamientos reales de toda actividad en la Enfermería en ello, se destaca que en el primer concepto el grupo que sí lleva a cabo la revisión presenta un 57% son acertados, teniendo una mínima diferencia con el que no lo realiza, 58.3%; en el segundo concepto sobresalen con índices de efectividad el grupo que su medio es el Expediente (65.4%), el médico (64.7%) y la recepción (59.6%), con una gran diferencia con el grupo que su medio es otro, ya que presenta tan sólo un 7.6%; y por último, en el tercer concepto se observa que la atención que proporcionan en : Nunca, Alguna ocasión y siempre son valores que se ubican en los rangos del 75% al 52.5% de efectividad.

CONCEPTO DE TRAUMATISMO

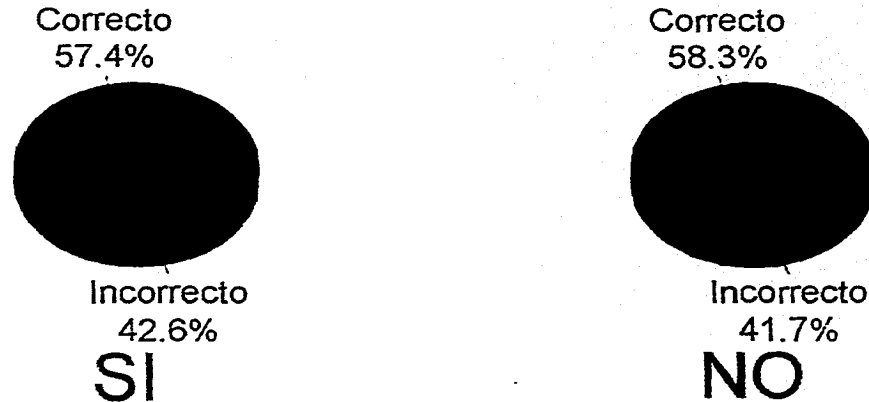
Definición de Fractura



AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL

CONCEPTO DE TRAUMATISMO

Definición de Fractura

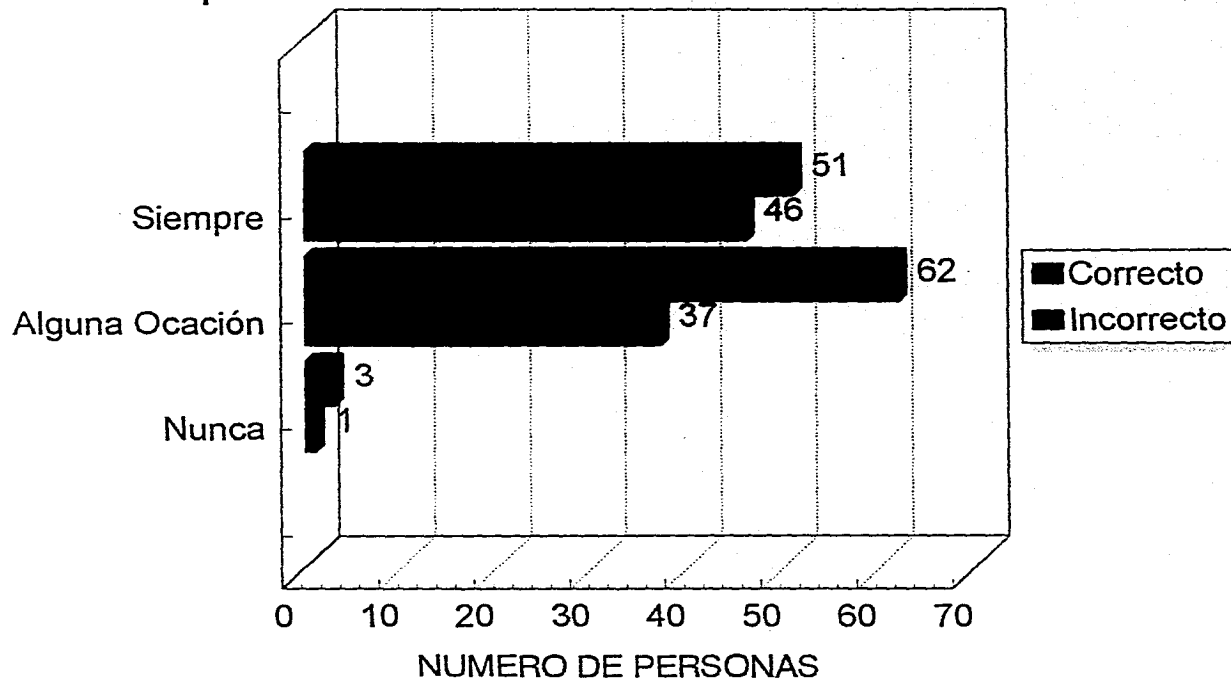


Revisión de Registros en Enf.

CONCEPTO DE TRAUMATISMO

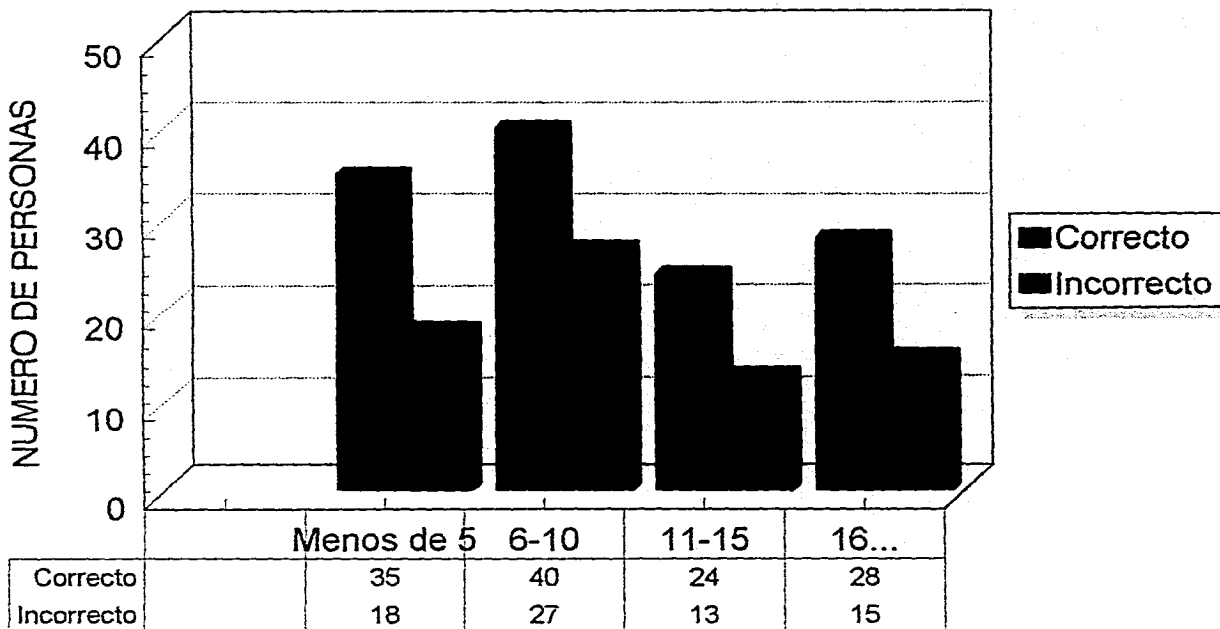
Definición de Fractura
Educación para la Salud como Base de Practica Profesional

- 53 -



CONCEPTO DE TRAUMATISMO

Definición de Fractura



No. DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA JORNADA

Con base al concepto de Apoyo a la institución en la participación en Eventos en Enf mediante Becas con goce de sueldo, Becas sin goce de sueldo y permisos, se observa que en estos tres grupos presenta un nivel de porcentaje similar entre sí, de un 69%, 67% y 64% respectivamente, teniendo una diferencia notable con el grupo que actúa por Cuenta propia, ya que este presenta un 56% por grupo.

Por último, con lo que respecta al Número de pacientes atendidos en la jornada, se observan mínimas diferencias con los grupos de Menos de 5 pacientes (66%), Más de 16 pacientes (65%) y el de 11 a 15 pacientes (65%) con base a su porcentaje de respuestas correctas; mientras que en el grupo de 6 a 10 pacientes presenta un porcentaje de 60.

++FRACTURAS++

En este rubro se llevó a cabo la medición del conocimiento de los conceptos siguientes: Manifestaciones de fractura, Tratamiento de fracturas (de urgencia, de fractura vierta y principios del tratamiento) y complicaciones, todo en relación a los conceptos que se han manejado; su manejo es por grupo integrado.

Con lo que respecta a Manifestaciones de fractura con base a los grupos de edad encontramos que el grupo con mayor valor de certeza es el de 20 a 25 años, con un 69%; continúa en similar nivel el de Más de 41 años y el de 26 a 30, con 64% y 60% respectivamente, de estos anteriores ya se observa diferencia con el último grupo de menor valor, el de 31 a 40 años, con un 51%.

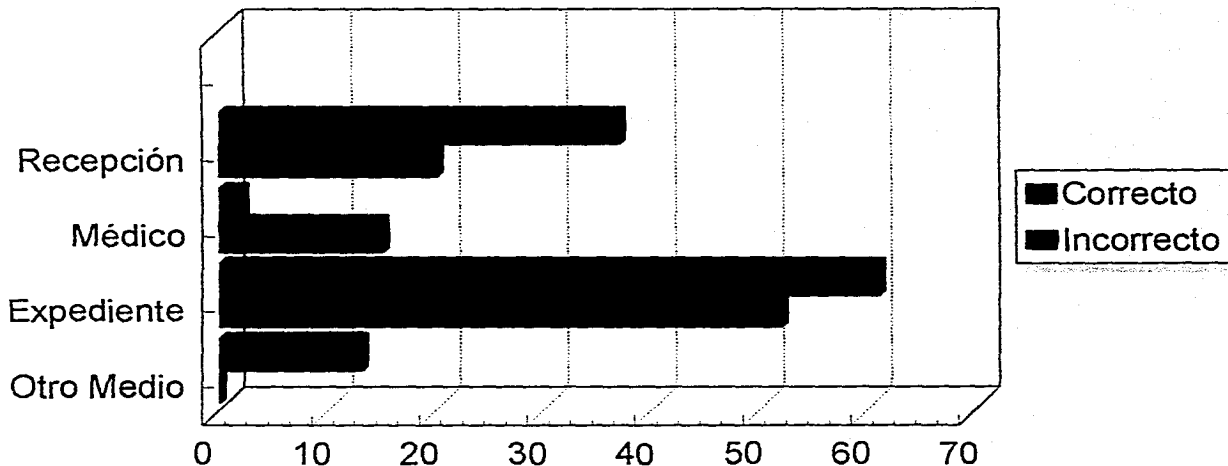
Con base a la Escuela de procedencia los valores se ubican en los rangos de 57% al 62% en el orden de los grupos de Incorporada a la UNAM; No oficial, de la UNAM y otra.

Por otro lado, en cuanto a los Años de experiencia laboral, los valores de mayor efectividad de porcentajes, se ubican en el orden de mayor a menos el grupo de Menos a 5 años (75%), Más de 16 años (74%), de 6 a 10 años (23%) y el de 11 a 15 años (45%).

MANIFESTACIONES DE FRACTURA

Manifestaciones de Fractura

MEDIO USUAL DE INFORMACION DEL DX. DEL PACIENTE

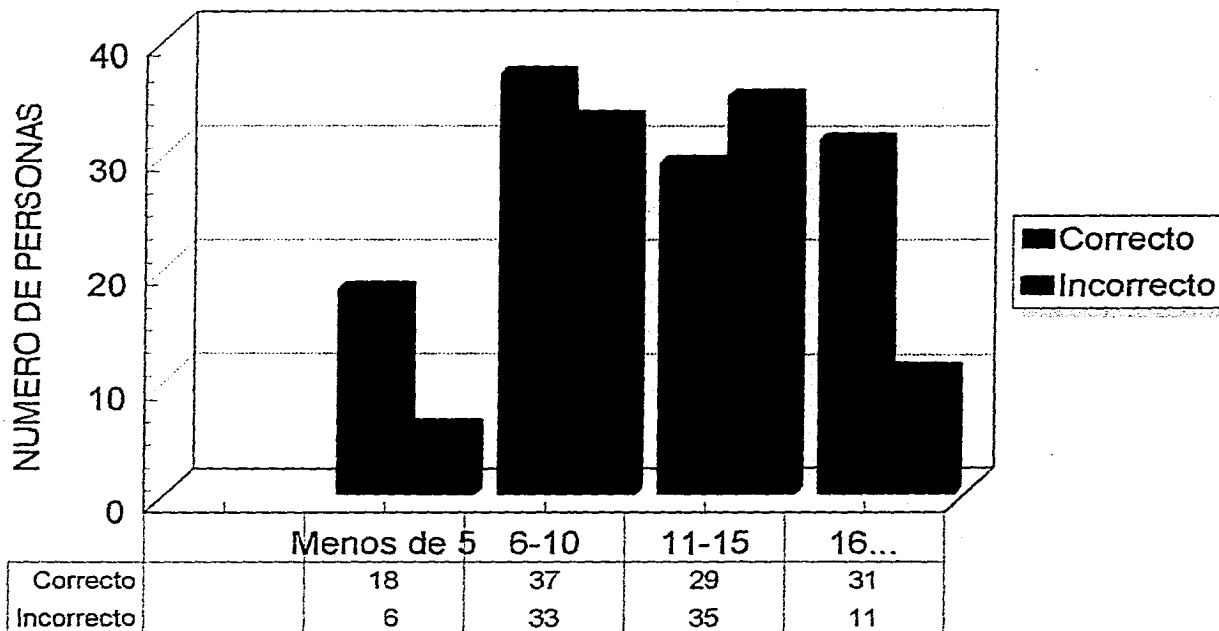


NUMERO DE PERSONAS

	Recepción	Médico	Expediente	Otro Medio
Correcto	37	2	61	13
Incorrecto	20	15	52	0

MANIFESTACIONES DE FRACTURA

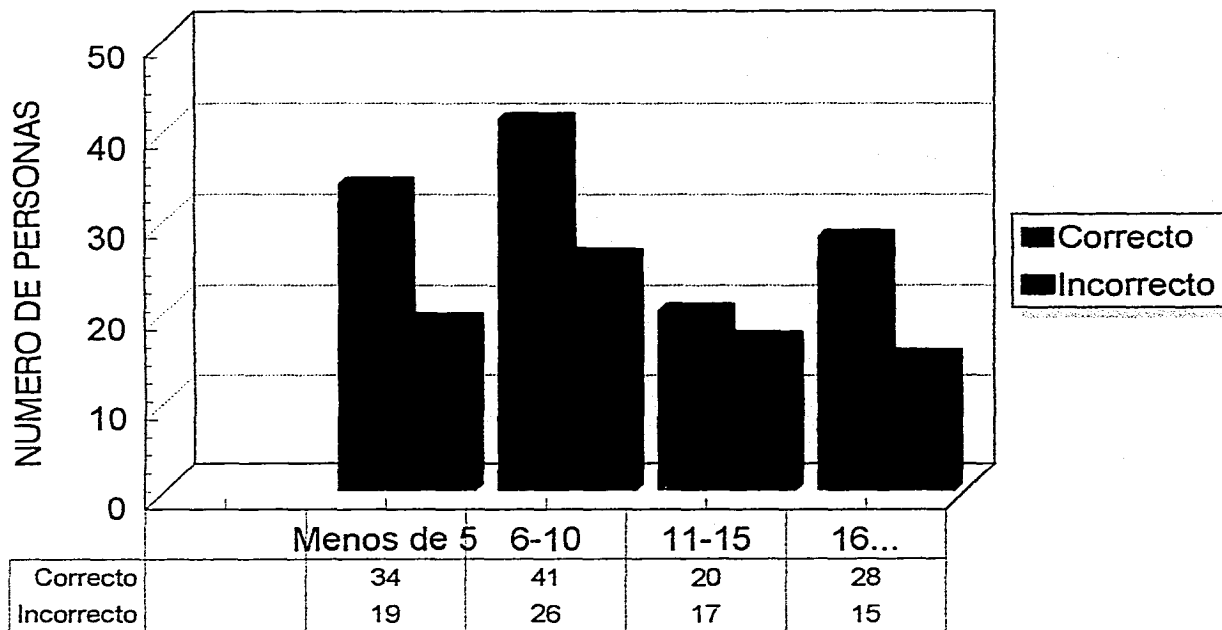
Manifestaciones de Fractura



AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL

MANIFESTACIONES DE FRACTURA

Manifestaciones de Fractura



No. DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA JORNADA

Por otro lado , al tratar de medir el conocimiento con respecto al conocimiento del tratamiento de las fracturas, considerando en este a el tratamiento de fractura abierta, tratamiento de urgencia y principios del tratamiento, los resultados con base a la relación de los grupos se plantea de la siguiente forma:

a) Grupos de edad. en este apartado encontramos que la proporción de porcentajes de respuestas correctas fluctúan entre el 30%, 40%, 50% y 70% del total de grupos.

b) Escuela de procedencia. Considerando el conocimiento en este cuadro, es notable la diferencia que hay entre los grupos de escuelas de la UNAM con Otras, por un lado el grado de % de efectividad por grupo que nos presenta el de la UNAM es de un 40% a un 70%, mientras que por el lado de las escuelas no oficial el rango oscila entre el 30% y 90% de efectividad.

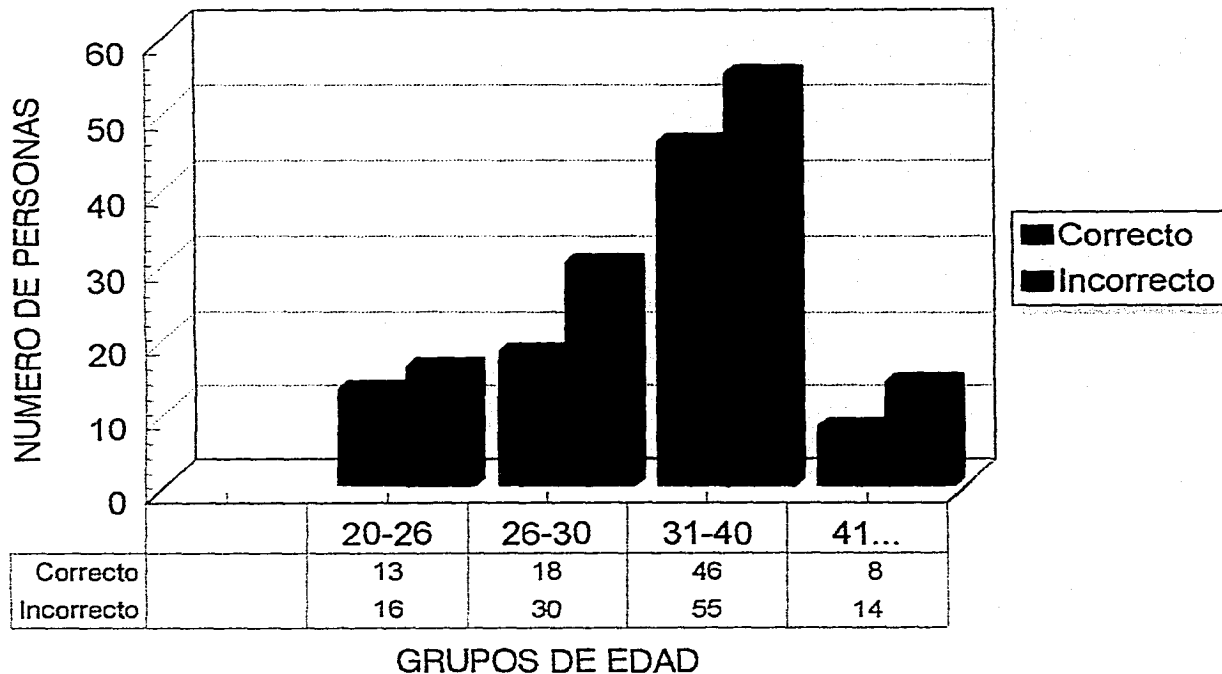
c) Años de experiencia laboral. En cuanto a este rubro se observa que existe semejanza entre los grupos con base a sus porcentajes en un 40% , 50%,y 80% de su totalidad grupal; el grupo de 6 a 10 años es semejante, ya que a sus % de los tres conceptos que estudiamos son del 30%, 40% y 70%, por otro lado la diferencia ya se hace notoria en el grupo de 11 a 15 años ya que el rango de % se encuentra entre el 48% y 80%; por último, el grupo de Más de 16 años nos muestra un % semejante de 30 y 40% hasta un 80%.

d) Sistema de trabajo utilizado y aceptación de este. La proporción que se presenta de % de correctos grupos que laboran y aceptan sistemas de trabajo con base a Asignación de pacientes, funciones, en equipo y sistema mixto, se observó que los índices son comunes entre sí; todos los grupos obtienen un 30%y 80% de efectividad: Ahora, en cuanto a si llevan acabo o no de registro de enfermería, los resultados varían considerablemente; mientras que el grupo que sí lleva a cabo tal actividad se ubica en un rango de 40% y 80%, el grupo que no lo lleva a cabo, su índice no fue superado, ya que su % es de entre el 50% y 80% de certeza por total.

e) Medio de información del Dx. y Educación para la salud. Se consideró importante investigar el conocimiento con base al medio de información del Dx. de los pacientes, debido a que la enseñanza aprendizaje que de allí se deriva marca pautas relevantes en la atención que se proporciona en la práctica de enfermería (educación para la salud).

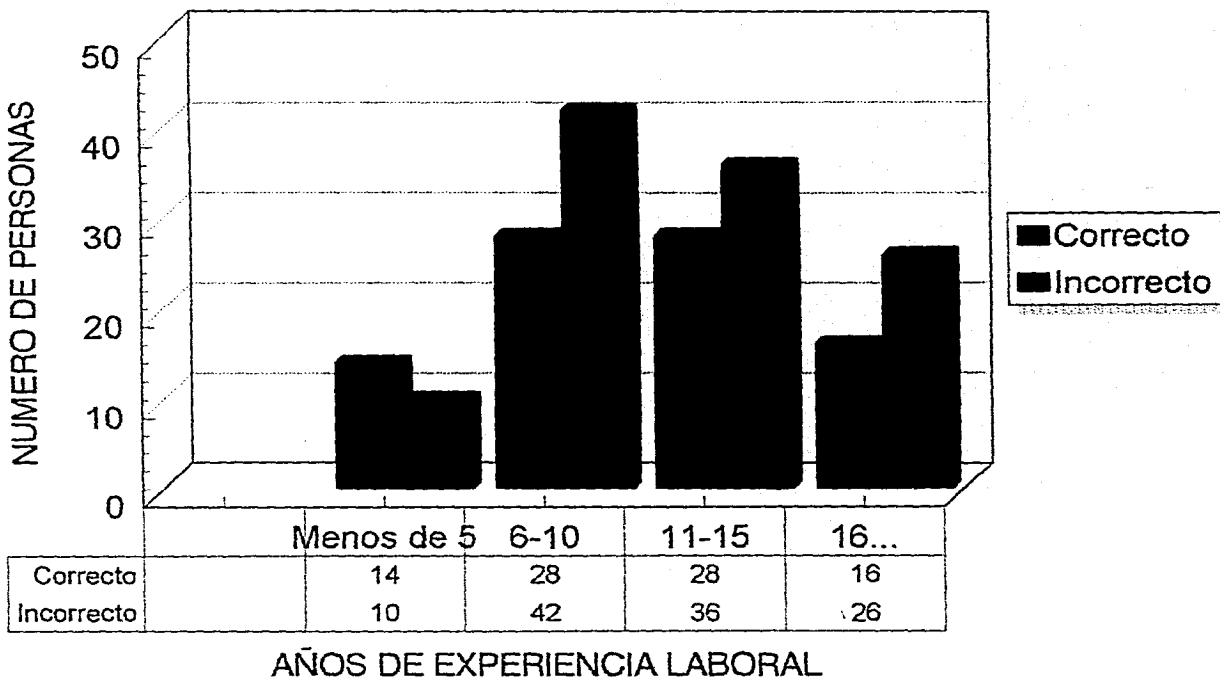
MANIFESTACIONES DE FRACTURA

Tratamiento de Urgencia de Fractura



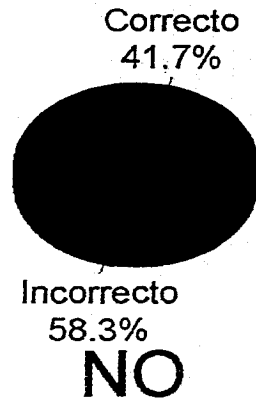
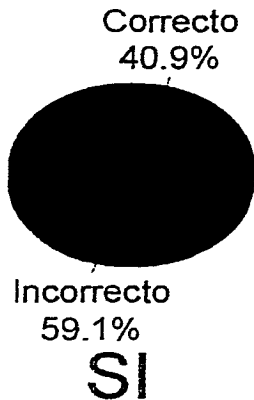
MANIFESTACIONES DE FRACTURA

Tratamiento de Urgencia de Fractura



MANIFESTACIONES DE FRACTURA

Tratamiento de Urgencia de Fractura



Revisión de Registros en Enf.

Al revisar este concepto con base al sistema de trabajo utilizado y a su aceptación o no del mismo, observamos que el grupo con opción de sistema Mixto registra el mayor índice de certeza con un 75%, mientras que por Asignación nos registra un 60% de efectividad; los grupos del sistema en Equipo y Funciones presentan un índice muy similar y de mínima diferencia entre ellos, 54% y 53% respectivamente. A su vez, de estos grupos los que Sí aceptaron su sistema de trabajo por grupo el 66% contestaron acertadamente, mientras que los que No fue así tan sólo fue el 50%.

Con base a la revisión de registros de Enfermería se encontró el 57% del grupo que Sí lo lleva a cabo y un 42% del total del grupo que No lleva a cabo tal revisión. Al informarse del diagnóstico del paciente se da la interrelación con la revisión de registros, aquí se encontró diferencias notables, mientras que el rango más alto de efectividad es en el grupo de Otro medio (100%), el de menor rango es a través del Médico (12%); por su parte, los grupos de Recepción y Expediente tienen una diferencia entre sí de diez puntos, con un 65% y 54%. Al llevar a cabo las dos actividades anteriores se pretende que se proporcione en todo momento Educación para la salud como base de esta práctica en Enfermería sin embargo, encontramos que la realidad no es así; tan sólo un 55% del grupo que siempre la otorga a sus pacientes fue en índices de efectividad, un 66% presenta el grupo que la otorga en Alguna ocasión, y tan sólo el 25 % obtuvo el grupo que Nunca lleva a cabo tal acción.

De todo lo anterior, podemos pensar que esas actividades se encuentran relacionadas directamente con el Número de pacientes atendidos en la jornada en este rubro se observó similitud de índices de efectividad entre los grupos de Más de 16 pacientes, Menos de 5 pacientes, y con el de 6 a 10 pacientes, con un rango de 65%, 64% y 61% teniendo una gran diferencia con el grupo de 11 a 15 pacientes, que nos presenta tan sólo el 34% de certeza.

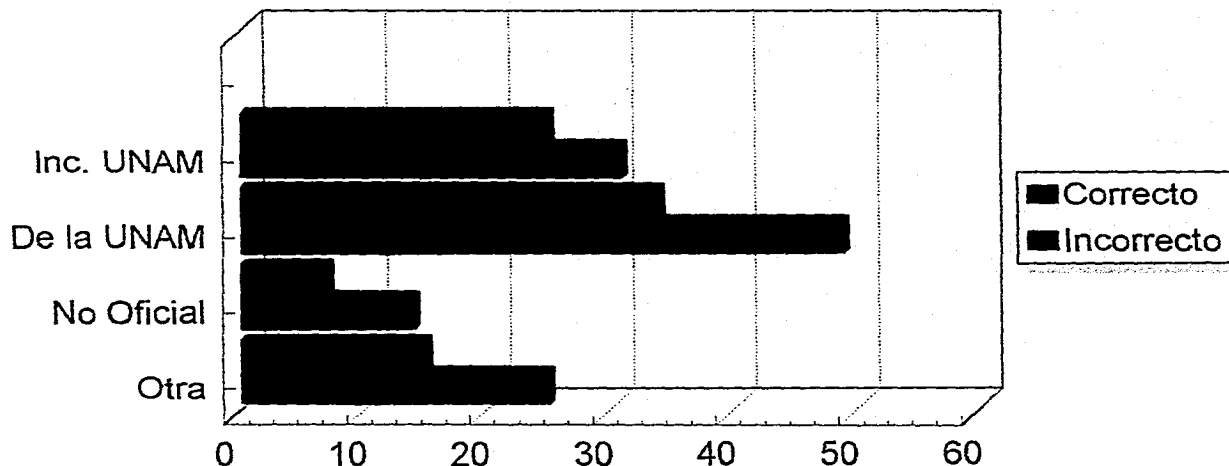
Si bien, todo conocimiento en este ámbito se encuentra apoyado con la capacitación que otorga una institución para proporcionar atención de calidad en enfermería, al aplicar nuestro cuestionario encontramos con respecto al Apoyo de la institución en eventos de enf. que este se brinda no en su totalidad; así, del grupo de los otorgan permisos obtuvo un 60% de certeza en cuanto al conocimiento de manifestaciones de fractura; en cuanto al grupo que se le otorga Becas con goce de sueldo su índice fue de 57%; mientras que a los grupos que no reciben apoyo de la institución (becas sin goce de sueldo y por cuenta propia) su índice de efectividad por grupo es de 78% y 58%.

MANIFESTACIONES DE FRACTURA

Tratamiento de Fractura Abierta

ESCUELA DE PROCEDENCIA

- 64 -

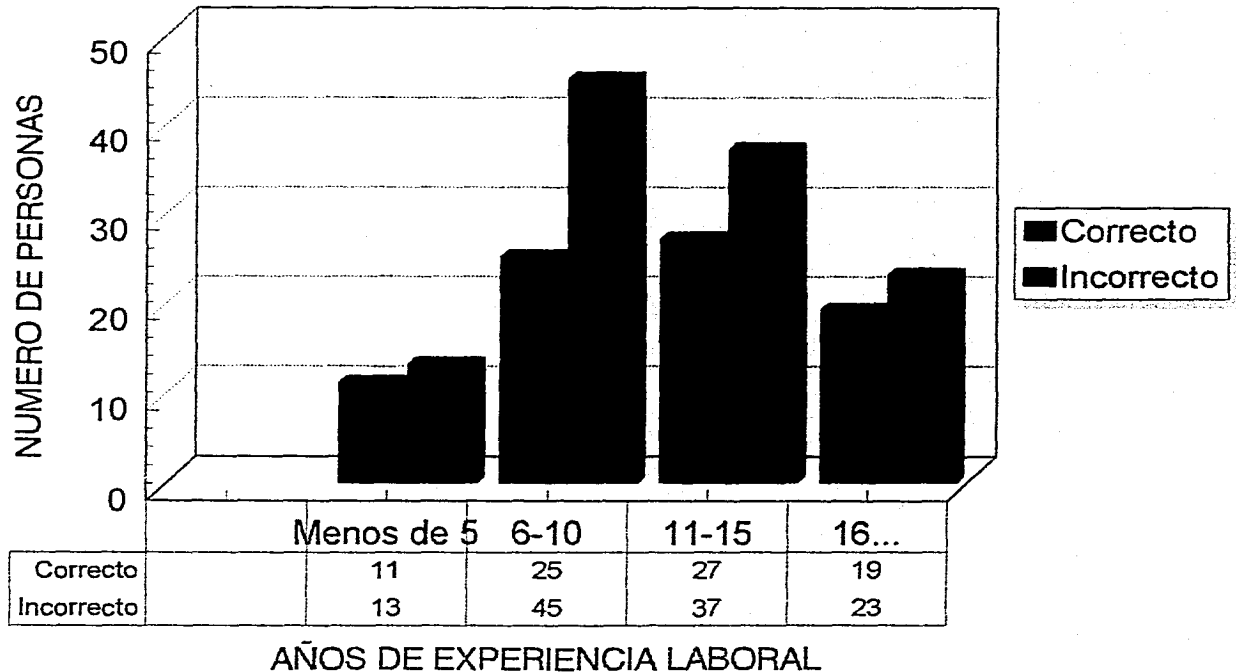


NUMERO DE PERSONAS

	Inc. UNAM	De la UNAM	No Oficial	Otra
Correcto	25	34	7	15
Incorrecto	31	49	14	25

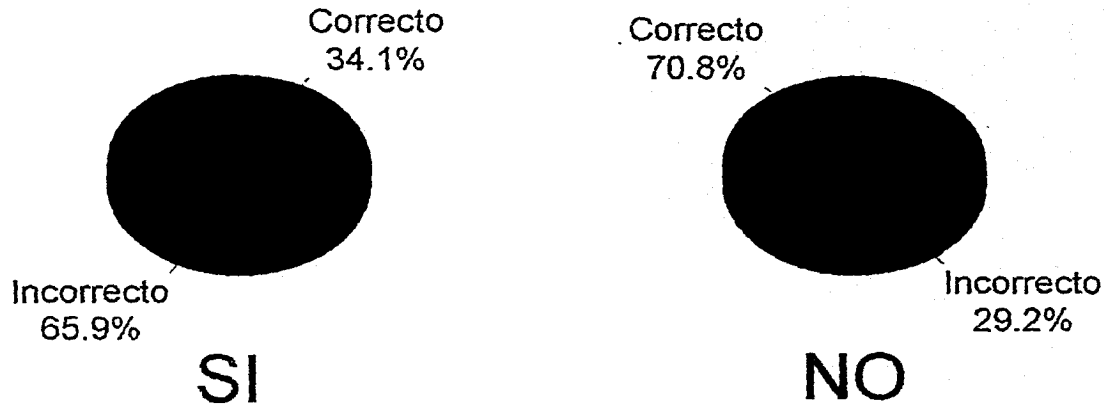
MANIFESTACIONES DE FRACTURA

Tratamiento de Fractura Abierta



MANIFESTACIONES DE FRACTURA

Tratamiento de Fractura Abierta



Revisión de Registros en Enf.

Los resultados fueron: Mientras que los grupos que su medio es el Expediente y la Recepción de turno, registraron los índices más altos con rangos de 40% y 70%; el grupo que el medio es el Médico, sus índices oscilaron entre el 10%, 50% y 80%; por lo último, y con una gran diferencia e índice mucho menor, lo ubica el grupo que se basa en otro medio, ya que sus índices tan sólo fueron de un 8% y 30% de su total.

Por otro lado, en relación a la Educación para la salud que se proporciona en la atención de enfermería los grupos se ubicaron en los conceptos de Siempre, alguna ocasión y nunca, se encontraron en estos los índices de 30% al 70% del 40%, 50% y 80%, y 20%, 70% y 100% respectivamente.; así, el grupo con mayor % fue el que nunca proporciona esta atención, en segundo lugar el que en alguna ocasión lo lleva a cabo y, en último lugar el que siempre proporciona educación para la salud.

f) Apoyo institucional en la participación en eventos de en. si bien, la institución brinda la actualización retroalimentación del personal mediante Becas con goce de sueldo, Becas sin goce de sueldo y permisos podemos crear el alto nivel de aprendizaje del mismo, sin embargo, en los resultados encontramos que en estos tres grupos poseen índices similares y no tan relevantes; así, el grupo que se ubica mediante Becas sin goce de sueldo es el que posee el % más alto de efectividad con un 60%, 70% y 80%; le sigue el grupo con Becas con goce de sueldo con un 40%, 50% y 80% de conocimientos por grupo total y por último, el grupo de permisos ubica su índice con una diferencia de 10 puntos con los grupos anteriores, ya que sus índices fueron del 30%, 40% y 70%.

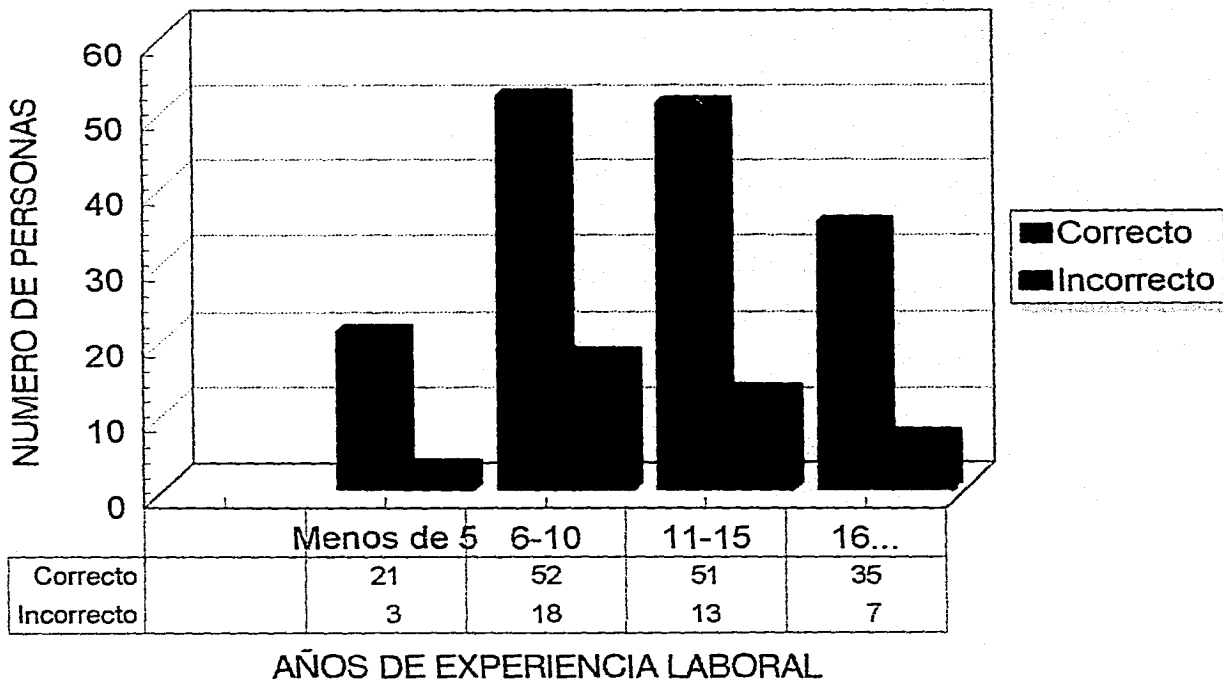
g) Número de pacientes atendidos en la jornada. La carga de trabajo en el nivel institucional es alta y más si consideramos la complejidad del área de Trauma y Ortopedia, por ello nuestros grupos los ubicamos entre la atención de 5 y más de 16 pacientes por jornada. Aquí encontramos lo siguiente:

- ++ De 6 a 10 pacientes. rangos de 40%, 60% y 90%
 - ++ Menos de 5 pacientes. rangos de 40% y 90%
 - ++ De 11 a 15 pacientes. rangos de entre 40% y 70%
 - ++ Más de 16 pacientes. rangos de 5%, 40%, 60% y 70%.
- de efectividad de correctos.

MANIFESTACIONES DE FRACTURA

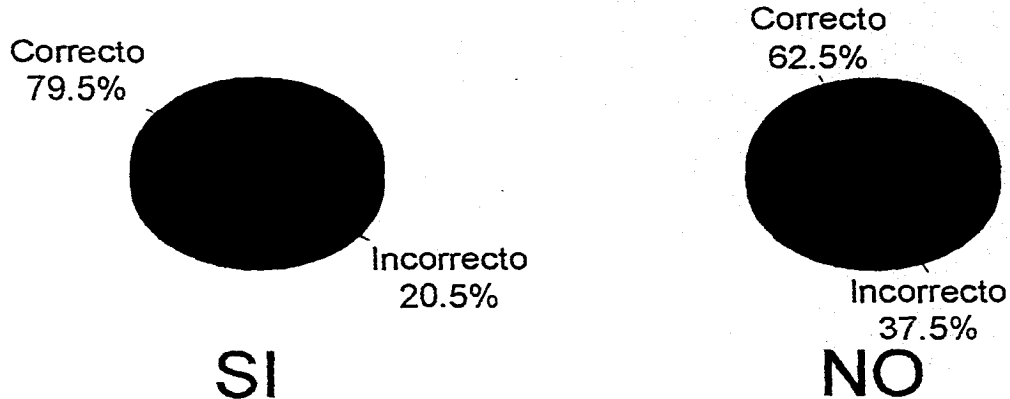
Principios del Tratamiento de la Fractura

- 68 -



MANIFESTACIONES DE FRACTURA

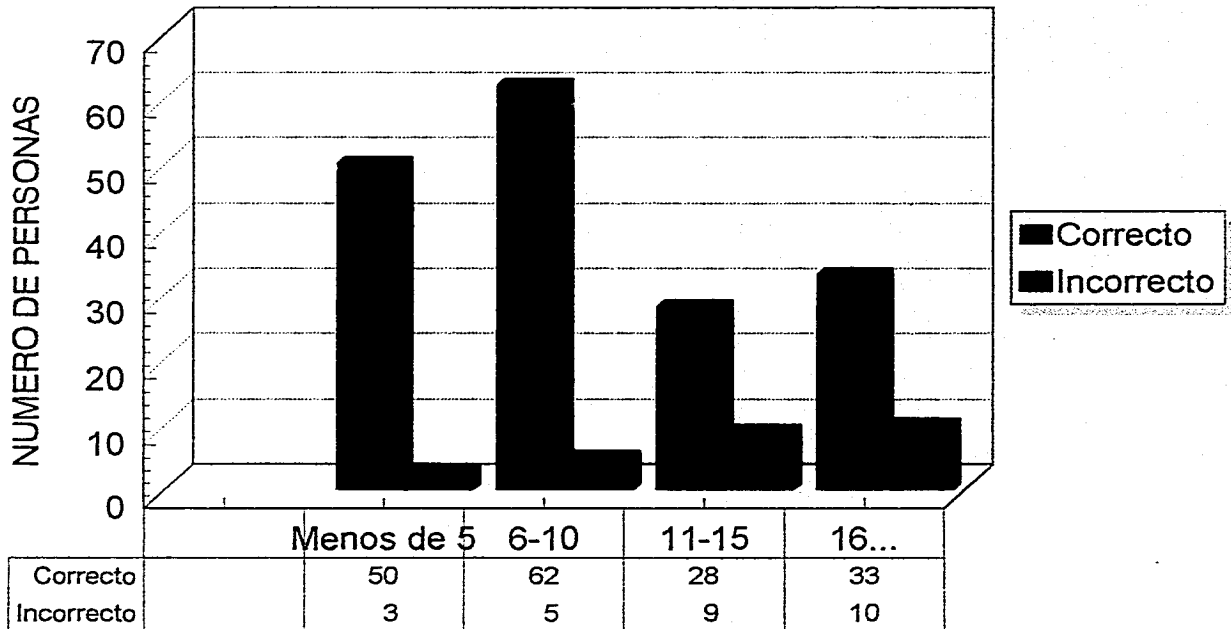
Principios del Tratamiento de la Fractura



Revisión de Registros en Enf.

MANIFESTACIONES DE FRACTURA

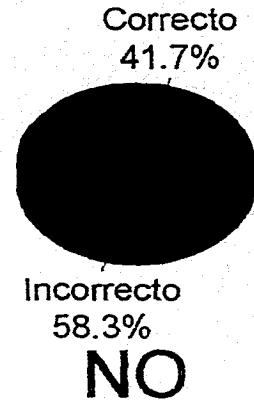
Principios del Tratamiento de la Fractura



No. DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA JORNADA

MANIFESTACIONES DE FRACTURA

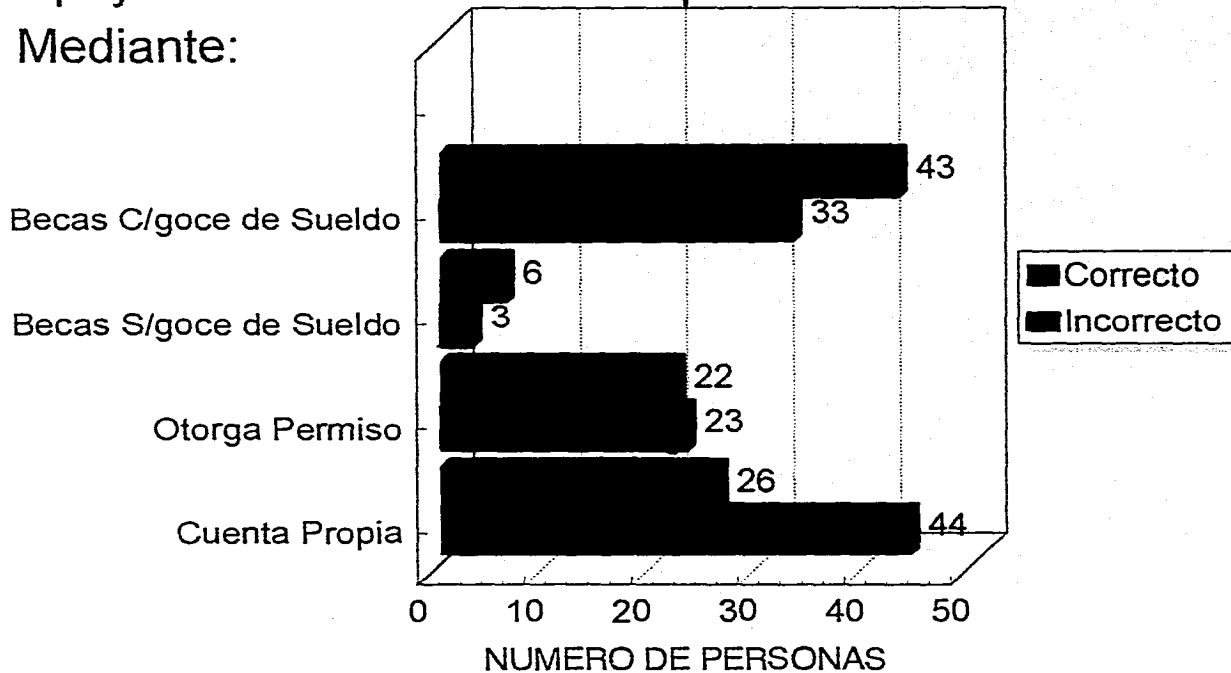
Complicaciones Inmediatas de la Fractura



Revisión de Registros en Enf.

MANIFESTACIONES DE FRACTURA

Complicaciones Inmediatas de la Fractura
Apoyo de la Inst. en la Participación de Eventos en Enf.
Mediante:



++METODOS DE REDUCCION E INMOVILIZACIÓN DE UNA FRACTURA++

Considerando que dentro de los métodos aplicados para la reducción e inmovilización de una fractura específica se ubican los propios de inmovilización, aparatos de yeso y la tracción, es importante tener claro el objetivo de tales tratamientos y conocerlos de manera objetiva en la práctica, y no sólo por indicación médica... en el cuestionario se planteó de la siguiente forma:

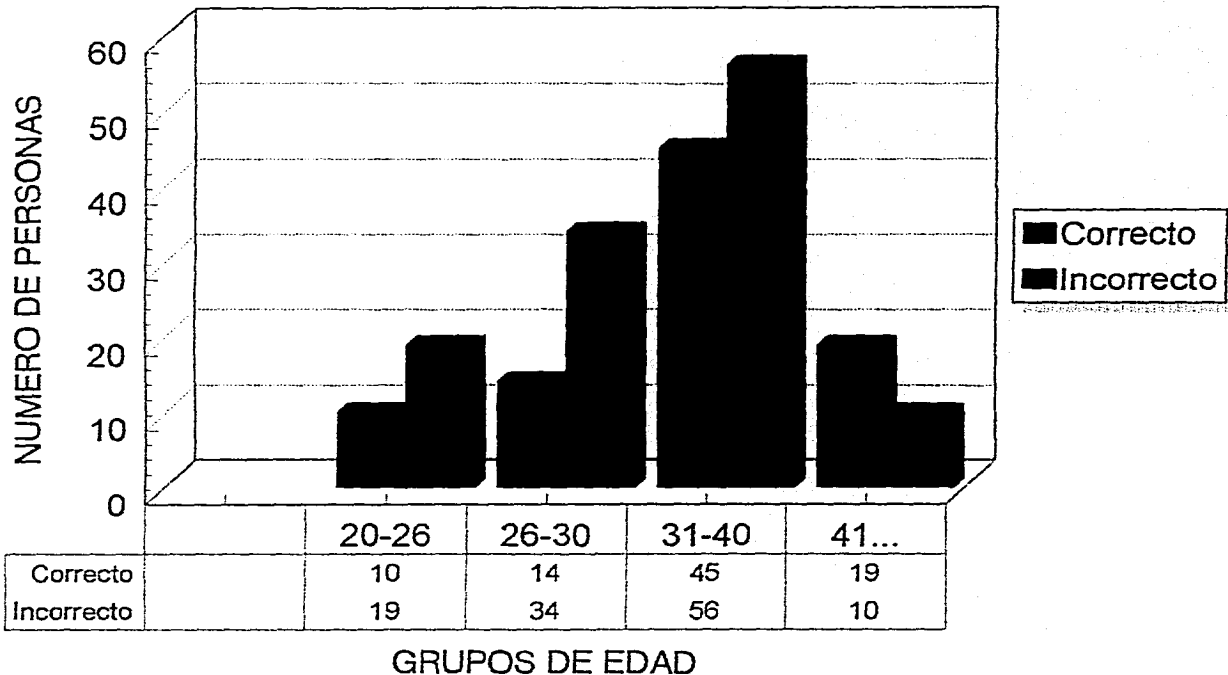
- Objetivo de la inmovilización
- Métodos de la inmovilización
- Métodos de reducción de una fractura
- Objetivo del enyesado
- Objetivo de la tracción

Siendo que todos los puntos son parte de un todo y de un tratamiento, el análisis de los resultados se plantea de manera general de acuerdo a los grupos de estudio, con base a % de efectividad obtenidos por cada uno.

Respecto a todos los puntos anteriores, que aquí llamaremos "Métodos de reducción e inmovilización", encontramos que el cuestionamiento con base a los "Grupos de edad", destaca en orden de % más altos de efectividad de respuesta el grupo de 26 a 30 años con un rango mayor de 60% y uno menor de 23%; en segundo lugar se ubica el grupo de 31 a 40 años, con un rango mayor de 60% y uno menor de 22%, con los anteriores ya se ubica una mínima diferencia con el grupo que se encuentra en tercer lugar ya que este presenta su mayor rango de 59% y el menor de 34%; y por último, encontramos que el grupo con más de 41 años sus rangos no son tan similares con los grupos anteriores, este presentó en sus resultados desde un 14% hasta un 86% por cada concepto, como vemos los % son variables se obtuvieron por los cinco conceptos estudiados desde un 14%, 27%, 45%, 55% y 86%.

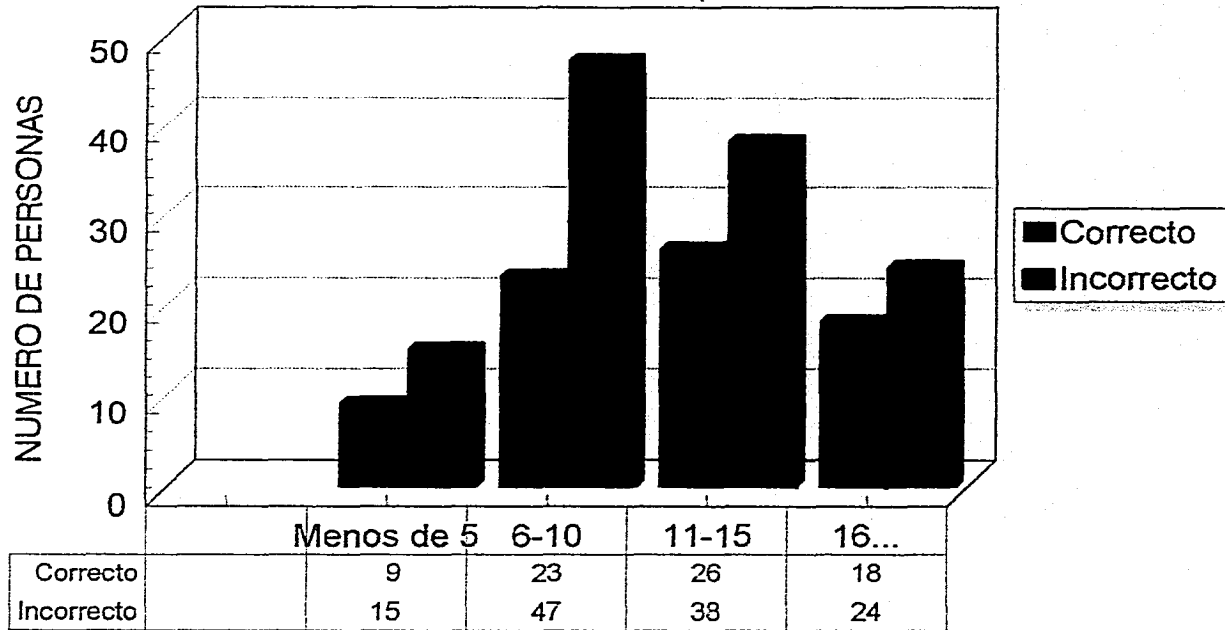
METODOS DE LA INMOVILIZACION

Métodos de la Inmovilización



MÉTODOS DE LA INMOVILIZACIÓN

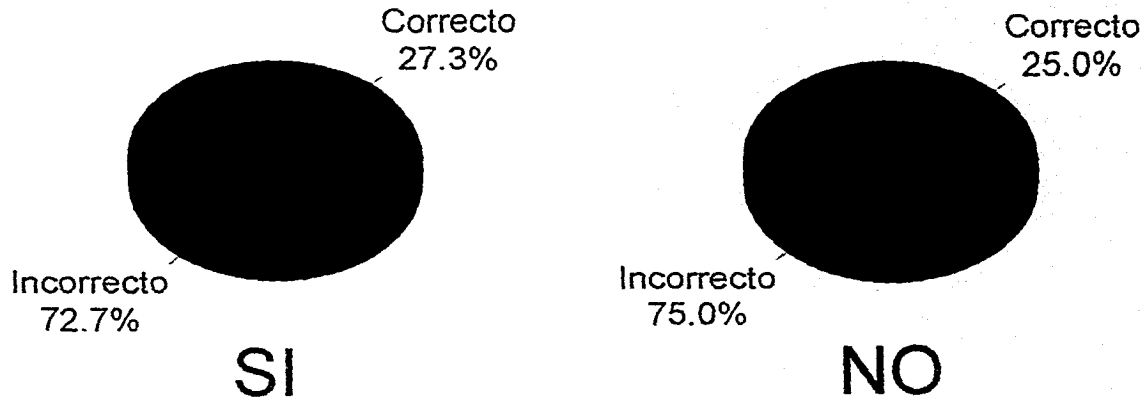
Métodos de la Inmovilización



AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL

METODOS DE LA INMOVILIZACION

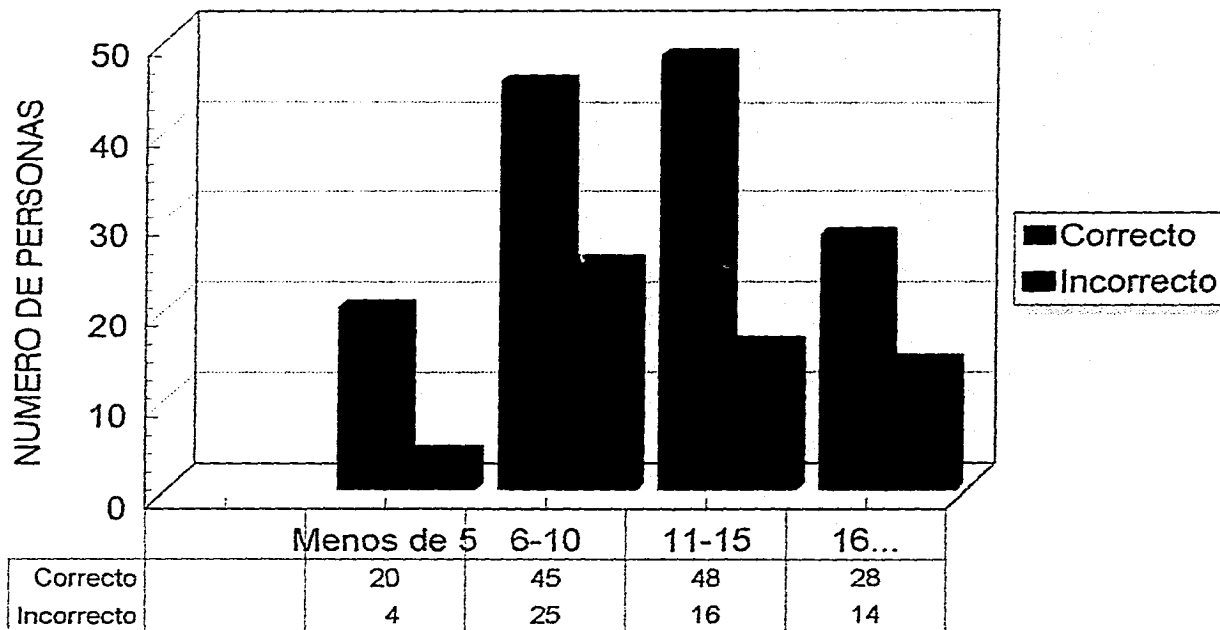
Métodos de la Inmovilización



Revisión de Registros en Enf.

METODOS DE LA INMOVILIZACION

Objetivo de la Inmovilización

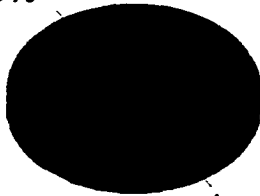


AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL

METODOS DE LA INMOVILIZACION

Objetivo de la Inmovilización

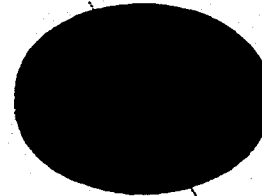
Correcto
68.8%



Incorrecto
31.3%

SI

Correcto
62.5%



Incorrecto
37.5%

NO

Revisión de Registros en Enf.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA INSTITUCIÓN

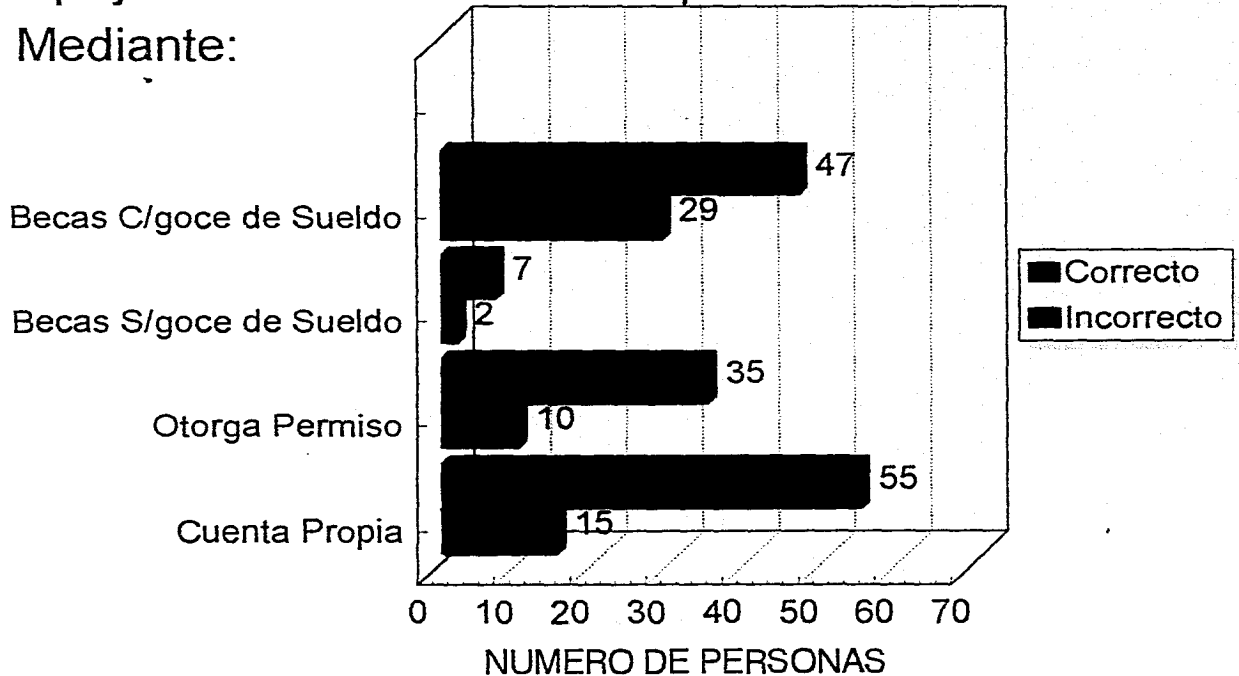
METODOS DE LA INMOVILIZACION

Objetivo de la Inmovilización

Apoyo de la Inst. en la Participación de Eventos en Enf.

Mediante:

- 79 -



Por "Escuela de procedencia" los % de actividad en las respuestas por grupo registran rangos similares entre cada uno; así, encontramos por orden de mayor a menor % al grupo de escuela no oficial con un índice menor de 48%, uno mayor de 71% y un promedio de 48%; en segundo lugar se ubicó el grupo de otras escuelas con un índice menor de 33%, uno mayor de 70% y un promedio de 48% de efectividad; en tercer lugar y aún con rangos comunes se encuentra el grupo de escuelas Inc. la UNAM, ya que registró en sus resultados un índice menor de 25%, uno mayor de 71% y un promedio de 57% y, por último, notando ya una diferencia considerable con los grupos anteriores, el grupo de la UNAM se ubica con rangos más variables y más bajos en relación a los anteriores; su rango menor es de 16% el mayor de 73% y un promedio de 27%.

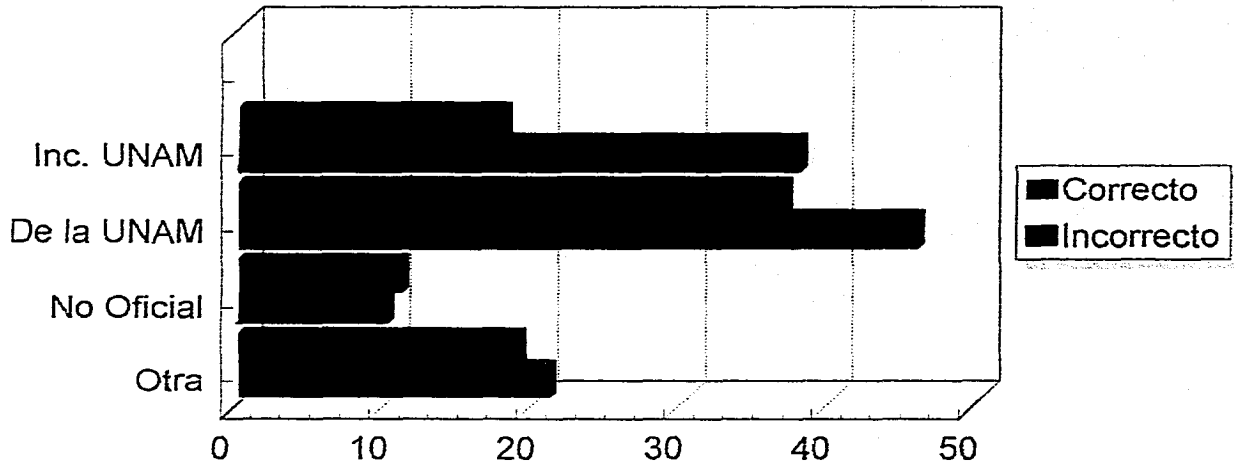
Respecto a los Años de experiencia laboral con base al conocimiento de los conceptos ya mencionados, destacan de mayor a menor % de conocimientos el grupo de cinco años de experiencia con un índice menor de 33%, uno mayor de 83% y un promedio de 54%; le sigue el grupo de 11 a 15 años, con índice menor de 22%, uno mayor de 75% y un promedio de 50% continua en orden descendente el grupo de más de 16%, con un índice menor de 12%, un mayor de 67% y un promedio de 45%; y por último, el grupo de 6 a 10 años con el índice más bajo de 23%, el mayor de 64% y un promedio de efectividad.

Considerando el "Sistema de trabajo utilizado" en el personal de esta Institución, observamos que el grupo con opción de sistema Mixto se ubica en el nivel más alto, presenta un índice menor de efectividad del 29%, un mayor de 75% y un promedio de 54% de manera similar a los % se ubica el sistema de trabajo en equipo, con un índice menor de 39%, un mayor de 72% y un promedio de 60% en relación a los conceptos de reducción e inmovilización; en tercer lugar se ubicó el grupo por sistema de trabajo pro funciones presentando este su índice menor de tan sólo el 17%, el mayor de 74% y un promedio del 47%; por último, el grupo por sistema de asignación presenta su índice menor de 37%, mayor de 63% y un promedio del 43%.

MÉTODOS DE REDUCCIÓN DE UNA FRACTURA

Métodos de Reducción de una Fractura

ESCUELA DE PROCEDENCIA



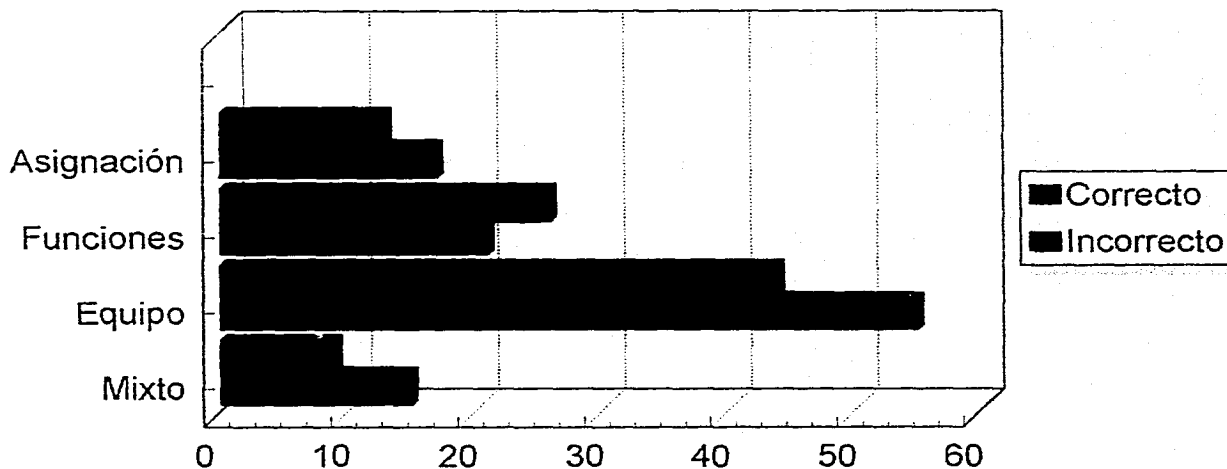
NUMERO DE PERSONAS

	Inc. UNAM	De la UNAM	No Oficial	Otra
Correcto	18	37	11	19
Incorrecto	38	46	10	21

MÉTODOS DE REDUCCION DE UNA FRACTURA

Métodos de Reducción de una Fractura

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL

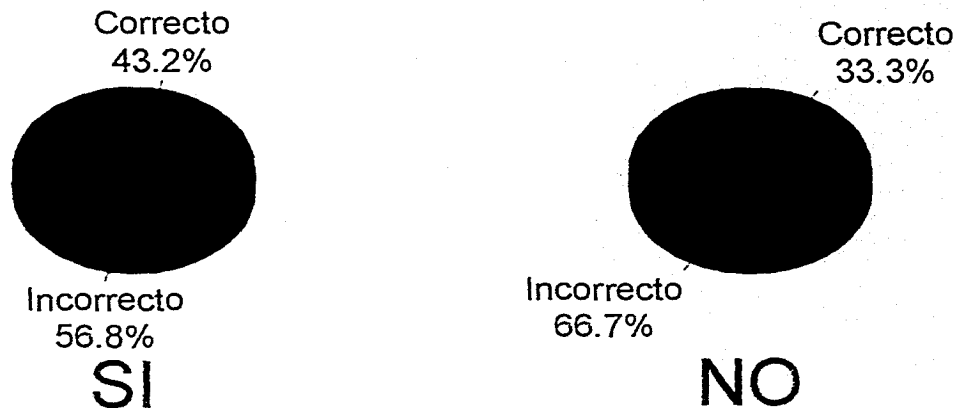


NUMERO DE PERSONAS

	Asignación	Funciones	Equipo	Mixto
Correcto	13	26	44	9
Incorrecto	17	21	55	15

METODOS DE REDUCCION DE UNA FRACTURA

Métodos de Reducción de una Fractura



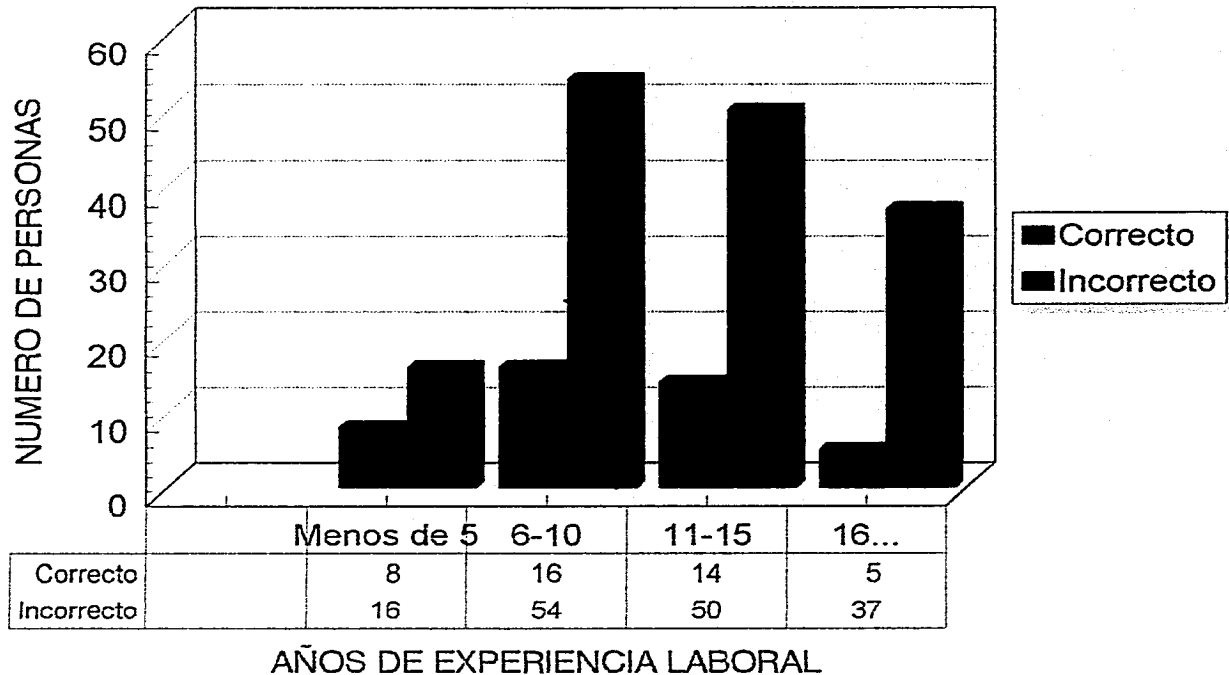
Revisión de Registros en Enf.

Considerando que el personal proporciona atención de calidad con base a su sistema de trabajo, al cuestionar si aceptan o no dicho sistema y con ello el conocimiento con base a los conceptos, encontramos una similitud entre ambos grupos. Mientras que el grupo que sí acepta el sistema de trabajo con que trabaja presenta un rango menor del 25%, uno mayor de 74% y un promedio del 58%; el rango menor del 25% uno mayor de 74% y un promedio del 58% el grupo que No está de acuerdo con dicho sistema de trabajo presenta un índice menor de 24%, un mayor de 71% y un promedio de efectividad del 53%.

Por otro lado, la "Revisión de registros" se relaciona directamente con la forma en que la enfermera se "informa del diagnóstico del paciente (medio)" y así, si proporciona o no "Educación para la salud" en tal actividad; como anteriormente se había mencionado estos tres conceptos son la base de toda actividad en el campo de la enfermería, considerando así la importancia de la calidad y calidez de la atención. Con respecto a lo anterior, se destaca que en el primer concepto (revisión de registros en enfermería), el grupo que sí lleva a cabo tal actividad ubica sus rangos de efectividad desde un 21% al 69% (promedio de 52%); mientras que el grupo que no realiza dicha acción presenta sus rangos del 33% al 63% (promedio de 43%) en relación a sus conocimientos reales. Por otro lado, con lo que respecta al segundo concepto (medio de información de Dx. del paciente). Los resultados encontrados por grupo fueron los siguientes: el grupo que su medio es la Recepción del turno se ubicó con los índices de efectividad de respuesta más altos, su rango menor es de 25% y el mayor de 74% (promedio de 47) con mínima diferencia se ubicó el grupo que su medio es el Expediente, con un rango menor de 19% y el mayor de 73% (promedio de 57%); en tercer lugar se ubica ya con una notoria diferencia de porcentajes con los grupos anteriores aquel que su medio es el Médico, ya que sus índice menor de efectividad es de 12% el mayor de 65% (promedio de 47%); ya en el último lugar se ubicó el grupo que su medio de información del diagnóstico del paciente fue Otro diferente, ya que sus % fueron extremos, mientras que en algún concepto evaluado los resultados de respuestas correctas fueron de 0%, en alguna otra parte del mismo se obtuvieron resultados del 100%. Por último, con lo que respecta al tercer concepto (se proporciona educación para la salud en la actividad de enfermería) se evaluó el conocimiento con base a la periodicidad en que se proporciona la educación para la salud como base de la práctica de Enfermería (siempre, en alguna ocasión y nunca)... el grupo que siempre lleva a cabo tal actividad obtuvo el % de efectividad del 69% como rango mayor y un

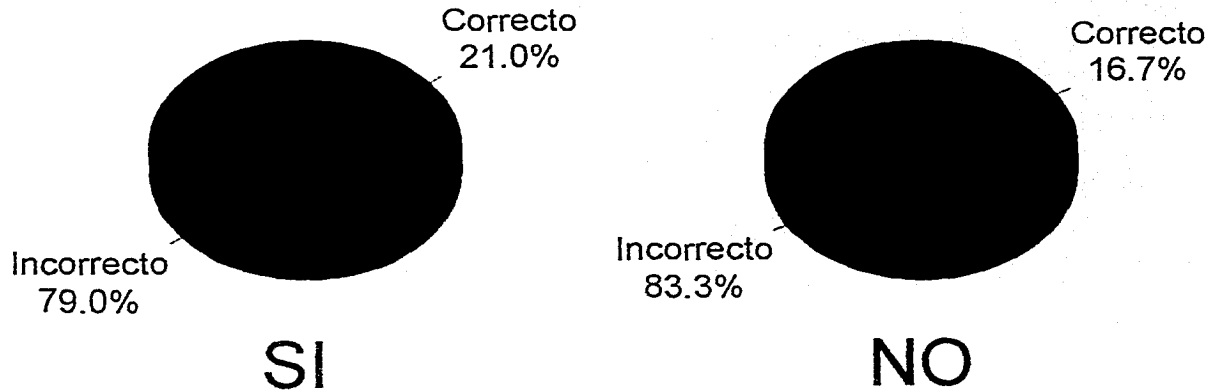
METODOS DE LA INMOVILIZACION

Objetivo del Enyesado



METODOS DE LA INMOVILIZACION

Objetivo del Enyesado

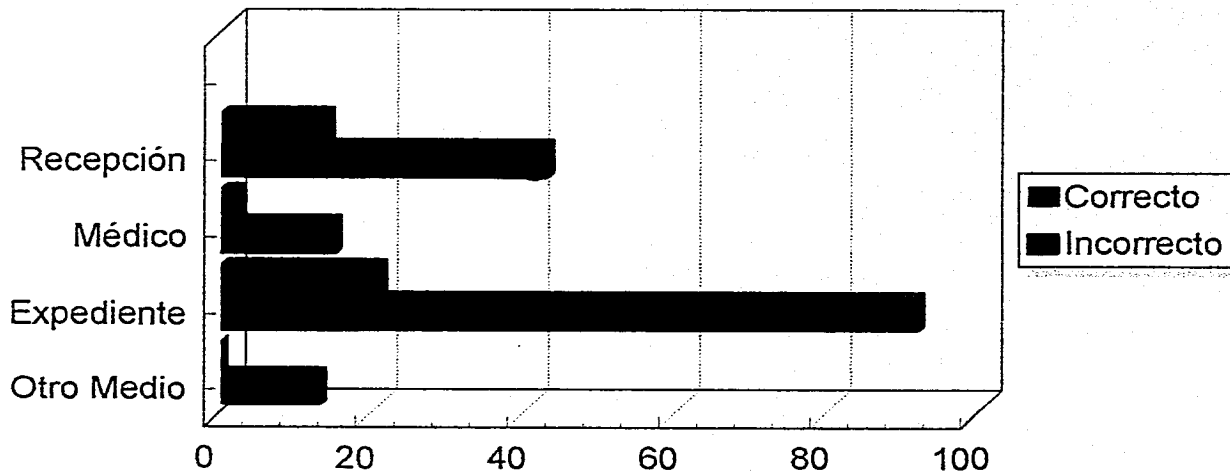


Revisión de Registros en Enf.

METODOS DE LA INMOVILIZACION

Objetivo del Enyesado

MEDIO USUAL DE INFORMACION DEL DX. DEL PACIENTE



NUMERO DE PERSONAS

	Recepción	Médico	Expediente	Otro Medio
Correcto	14	2	21	0
Incorrecto	43	15	92	13

27% en el menor (promedio de 52%), de manera similar se encuentra el grupo que sólo otorga esta atención alguna ocasión ya que su índice mayor es de 72% y el menor de 23% (promedio de 57%); en el grupo que Nunca incluye la educación para la salud en su actividad diaria contradictoriamente se ubica con índices más altos que los grupos anteriores, con un índice mayor de 75% y uno menor de 50% (sin promedio) de certitud por grupo.

Con lo que respecta a otro punto, creemos que el conocimiento se da en la forma en que el personal de enfermería se involucra directamente con aquellos eventos y actividades que reafirmen la práctica diaria del personal, con base al tipo de "Apoyo que otorga la institución para participar en eventos en enfermería" tanto simples como complejos del área específica. Así, los resultados obtenidos en este concepto con base a % de respuestas correctas por grupo fueron los siguientes por orden de mayor a menor.

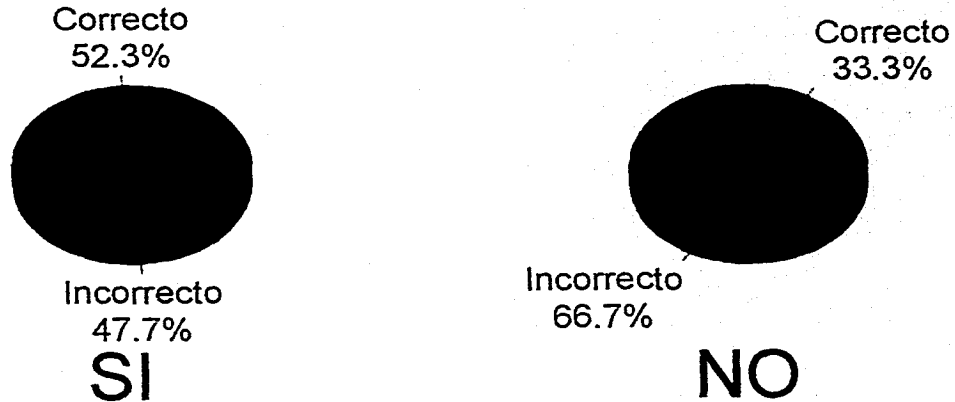
- Por cuenta propia: índice mayor 79%, índice menor 21%
promedio del 47%
- Otorga premios: índice mayor 78%, índice menor 20%
promedio del 47%
- Becas con goce de sueldo: índice mayor 62%, índice menor 26%
promedio de 47%
- Becas sin goce de sueldo: índice mayor 78%, índice menor 0%

Como podemos apreciar los tres primeros grupos mantienen una similitud de %, más no es así con el último grupo, en este existe una gran diferencia ya que en alguna parte del concepto evaluado no se obtuvo % de respuestas correctas en la totalidad.

De acuerdo al "Número de pacientes atendidos en la jornada", el % de conocimiento correcto por grupo en orden descendente lo ubica un primer lugar a el grupo que atiende 6 a 10 pacientes por jornada con un 90% como índice mayor, un 19% como índice menor y un promedio de 66%; en segundo lugar se registró el grupo de Más de 16 pacientes con 72% como índice mayor, un 37% como índice menor y un promedio de 56%; en tercer lugar se encuentra el grupo que atiende entre 11 y 15 pacientes con un 65% como índice mayor, 30% como índice menor y un promedio de 54% y en último lugar, el grupo que atiende a menor de 5 pacientes por jornada con un 66%, un 21% como índice menor y un promedio de 40%. Se aprecia que los % de los cuatro grupos varían con mínima diferencia entre sí y obtienen similitud en cuanto a su nivel de conocimientos.

METODOS DE LA INMOVILIZACION

Objetivo del la Tracción

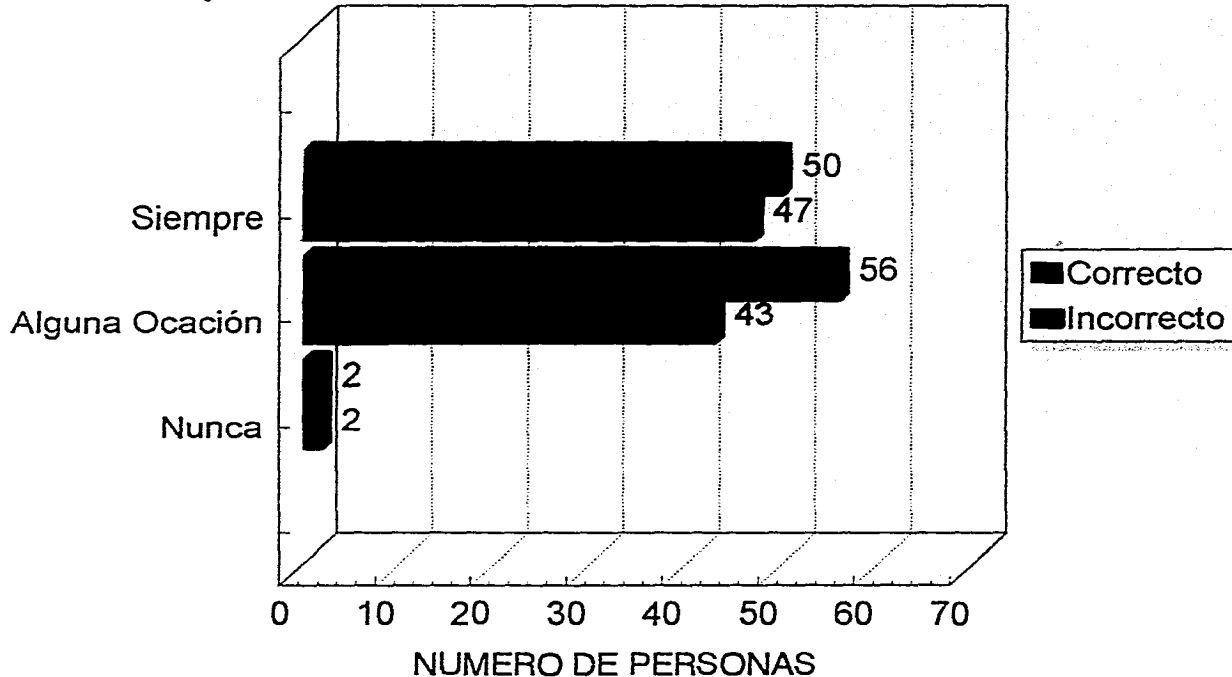


Revisión de Registros en Enf.

METODOS DE LA INMOVILIZACION

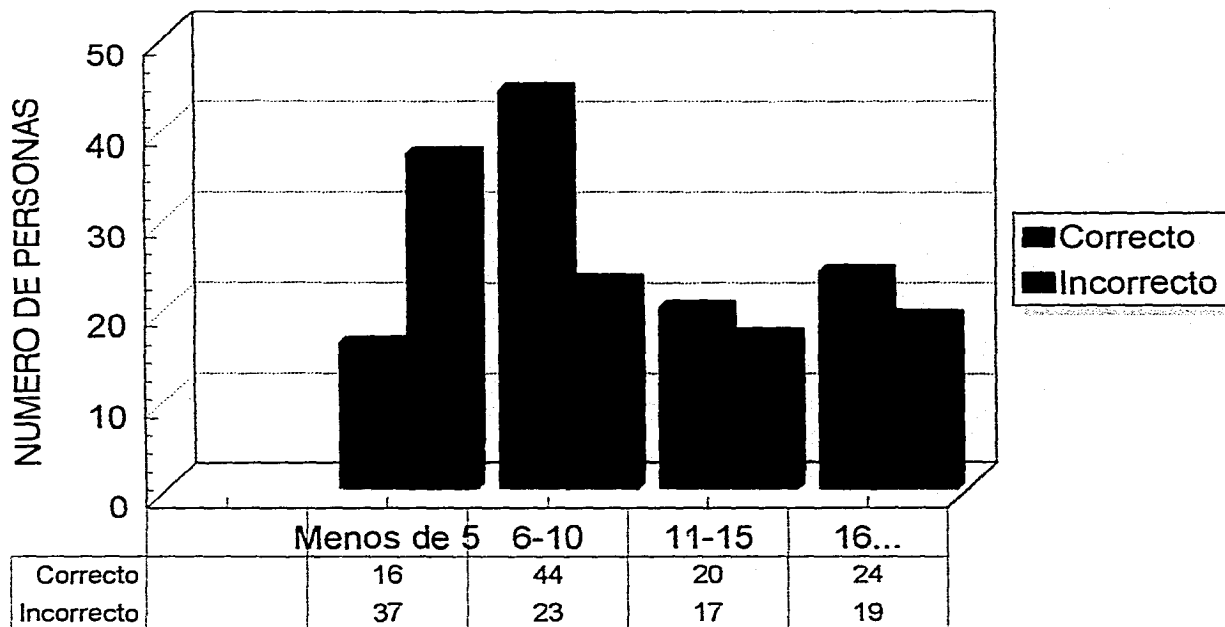
Objetivo de la Tracción

Educación para la Salud como Base de Practica Profesional



METODOS DE LA INMOVILIZACION

Objetivo de la Tracción



No. DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA JORNADA

++ CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POST-TRATAMIENTO ++

Por último, lo que respecta a los Cuidados de enfermería en el post-tratamiento (signos de alteración neuro vascular en el post-tratamiento y objetivo de la movilización ortopédica) los resultados fueron:

a) Grupos de edad: con base a este concepto la medición del conocimiento muestra que el grupo posee porcentajes similares de su total. Así, del grupo de 20 a 25 años respondió acertadamente sólo el 67%, el de 26 a 30 años el 63%, el de 31 a 40 años tan sólo el 56% del grupo y por último, el de más de 41 años tan sólo un 50%.

b) Escuela de procedencia: los subgrupos de este grupo lo conformaron aquellos de Incorporada a la UNAM, De la UNAM, No oficial y Otros; mientras que los dos primeros sus resultados fueron de tan sólo el 57% y 53%, los dos últimos mostraron diferencia aunque mínima: 74% y 65% de total por subgrupo.

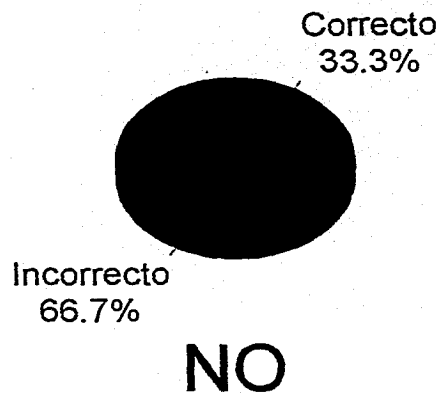
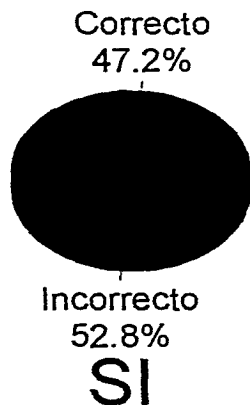
c) Años de experiencia profesional: el conocimiento del post-tratamiento aplicado a este grupo mostró similitud de resultados; los subgrupos de 6 a 10 años, de 11 a 15 años y más de 16 años registraron un 59%, 57% y 55% de total, mientras que el de menos de 5 años se diferenció en su resultado: 73%.

d) Sistema de trabajo y aceptación del mismo: con relación al sistema utilizado en el campo laboral y el conocimiento con base a este, el grupo muestra mínima diferencia entre los subgrupos, ya que aquel que el sistema es por Equipo obtuvo sólo el 66%, Mixto registra un 64%, por Asignación el 53% y, por Funciones tan sólo el 52%. Como se aprecia, el sistema no influye en la adquisición de conocimiento aunque en teoría es la base de retroalimentación el trabajar en forma no individualizada

Por otro lado, en relación a la aceptación o no de dicho sistema no

OBJ. DE LA MOVILIZACION ORTOPEDICA

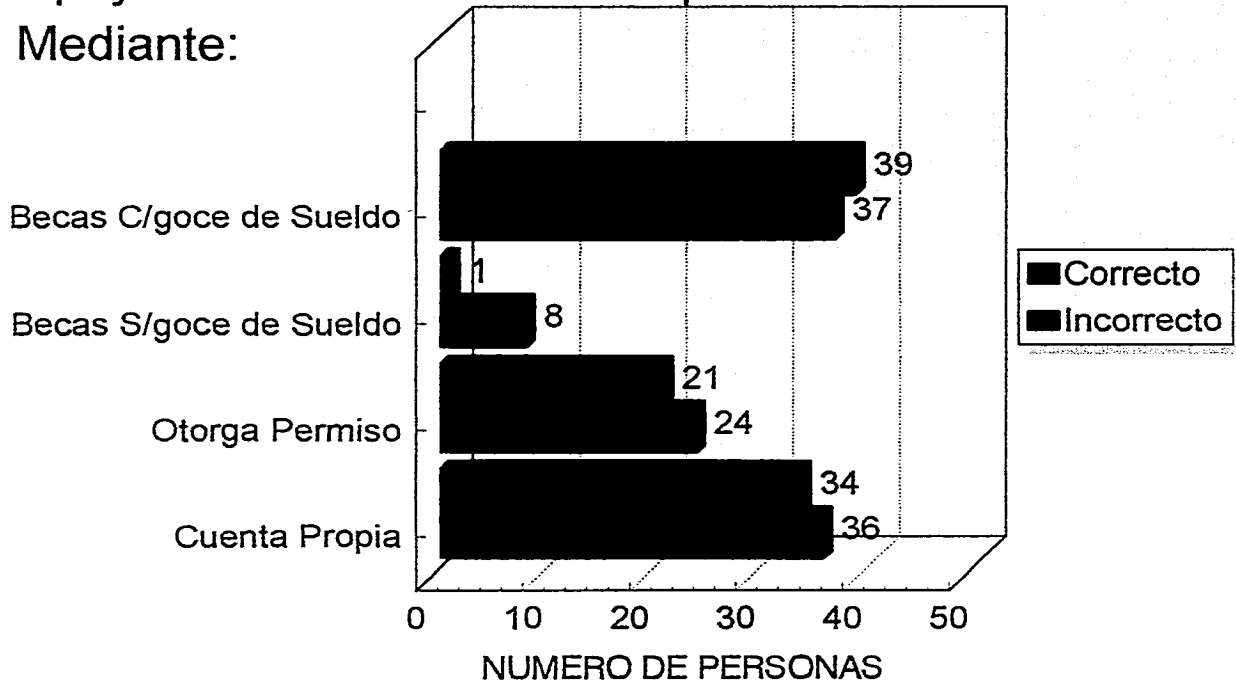
Objetivo de la Movilización Ortopédica



Revisión de Registros en Enf.

OBJ. DE LA MOVILIZACION ORTOPEDICA

Objetivo de la Movilización Ortopédica
Apoyo de la Inst. en la Participación de Eventos en Enf.
Mediante:



mostró grandes diferencias en sus resultados; el subgrupo que Sí aceptó el sistema utilizado obtuvo un 62%, mientras que el que No lo considera útil su resultado fue del 59%.

e) Revisión de registros y medio de información del diagnóstico: en relación al primer grupo, el subgrupo que Sí lleva a cabo la revisión de registros de enfermería obtuvo sólo el 57% de su total con base al conocimiento en el post tratamiento, mientras que aquel que No realiza tal actividad el 54%.

Ahora bien, los resultados con base al medio de información del diagnóstico del paciente se mantuvieron en una línea de similitud: por medio del Expediente el 57%, por la Recepción un 79%, a través del Médico un 68% y, a través de Otro medio tan sólo el 54%.

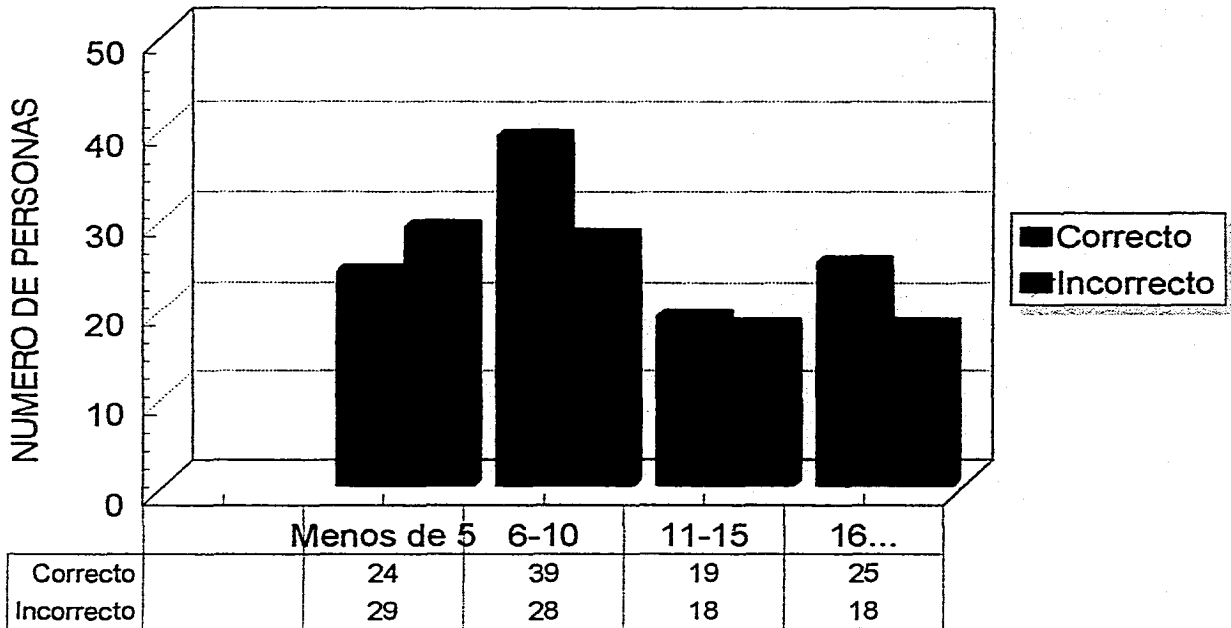
f) Apoyo brindado por la institución para eventos en enfermería: en general y de manera específica, los subgrupos con mayor demanda fueron los de Otorga becas con goce de sueldo y por Cuenta propia con un 60% y 61% de total obtenido por subgrupo; por su parte el subgrupo de Otorga permiso registró el 57% y, por último y con gran diferencia con los subgrupos anteriores lo registra aquel que Otorga becas sin goce de sueldo con un 41%.

g) Número de pacientes atendidos por jornada y educación para la salud: con base a la cantidad de pacientes atendidos en la jornada, los subgrupos de 6 a 10 pacientes, más de 16 pacientes, de 11 a 15 pacientes y menos de 5, registran resultados realmente bajos, del 71%, 65%, 60% y 58% respectivamente.

Por otro lado, en relación a la atención de educación para la salud con base a la práctica profesional de la enfermera, se encontraron resultados considerablemente similares; el subgrupo que otorga esta atención Siempre registró el 65% del total, aquel que sólo lo otorga en Alguna

OBJ. DE LA MOVILIZACION ORTOPEDICA

Objetivo de la Movilización Ortopédica

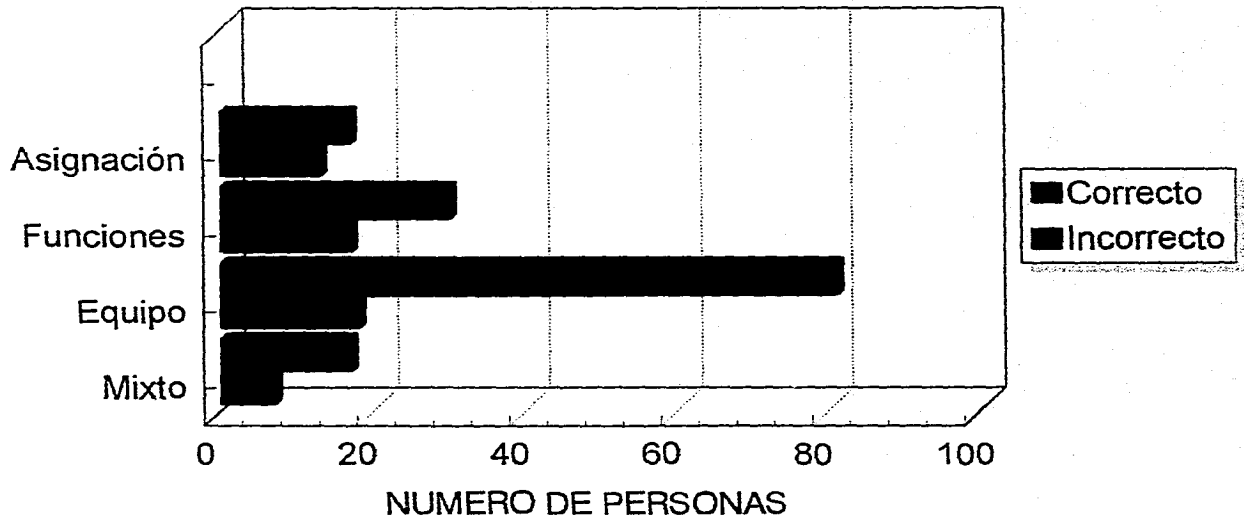


No. DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA JORNADA

OBJ. DE LA MOVILIZACION ORTOPEDICA

Signos de Alteración Neurovascular en el Post-Tx.

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL



	Asignación	Funciones	Equipo	Mixto
Correcto	17	30	81	17
Incorrecto	13	17	18	7

ocasión un 58% y, el que Nunca lleva a cabo tal actividad tan sólo registró el 25% del total.

En conclusión, como se ha podido apreciar con los resultados, el nivel de conocimientos que registró la muestra ha sido realmente bajo y desalentador, más no fue así con lo que pudo apreciarse con respecto a la práctica.

Ahora bien, el conocimiento medido de los conceptos presentados y en relación a los grupos, registraron resultados con base a porcentajes de la respuesta correcta obtenido por total de grupo y subgrupo.

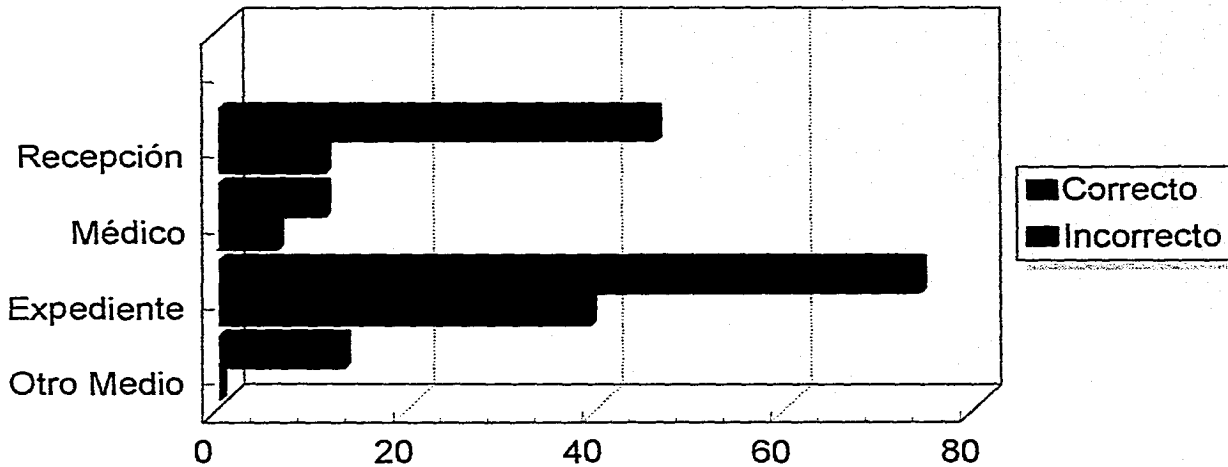
A continuación se muestran los resultados promedio.

- Grupo de edad: este grupo registró un promedio de 56%; en relación a sus subgrupos se aprecia que los de 31 a 40 años, 20 a 25 años, más de 41 y 26 a 30 años registran promedios de 62%, 57%, 53% y 52%, respectivamente.
- Escuela de procedencia: con un promedio de 55%; los subgrupos registran similitud: No oficial con un 60%, Otras con un 56%, Incorporada a la UNAM con un 54% y De la UNAM con un 52% de promedio.
- Años de experiencia laboral: registra un promedio por grupo de 68%; los subgrupos de menos de 5 años, de 11 a 15 años, de 6 a 10 años y más de 16 años registraron promedios de 62%, 55%, 50% y 43% respectivamente.
- Sistema de trabajo utilizado: con un promedio total de 55%; los subgrupo de Equipo y Mixto poseen un 57% de promedio, mientras que aquellos con un sistema de Funciones y Asignación un 53% y 52%, respectivamente.
- Aceptación del sistema: con un promedio de 56% por grupo; mientras que el subgrupo que Sí lo acepta registró un promedio total del 57% y el que No lo aceptó tan sólo el 55%.
- Revisión de registros de enfermería: obtuvo un promedio de tan sólo el 49% de total por grupo; el subgrupo que Sí realiza esta actividad registra un promedio de 51% y, el que No un 48%.

OBJ. DE LA MOVILIZACION ORTOPEDICA

Signos de Alteración Neurovascular en el Post-Tx.

MEDIO USUAL DE INFORMACION DEL DX. DEL PACIENTE



NUMERO DE PERSONAS

	Recepción	Médico	Expediente	Otro Medio
Correcto	46	11	74	13
Incorrecto	11	6	39	0

- Medio usual de información del diagnóstico del paciente: su promedio es de sólo el 49%; en relación a los subgrupos los índices no varían: por la Recepción registra un 56%, por el Expediente un 53%, a través del Médico un 48% y, por Otro medio sólo el 45% de promedio.

- Apoyo de la institución en la participación en eventos en enfermería: registra un promedio de grupo de un 55%; los subgrupos de Becas sin goce de sueldo, Becas con goce de sueldo, Otorga permisos y por Cuenta propia obtuvieron no más del 60%, 58%, 53% y el 50%, respectivamente.

- Educación para la salud como base de la práctica profesional: este grupo tiene como promedio un 55%; en cuanto a los subgrupos, aquel que la aplica en Alguna ocasión obtuvo un 57%, el que no la proporciona Nunca un 55% y el que Siempre la otorga un 54% de promedio.

- Número de pacientes atendidos en la jornada: registró un promedio de grupo del 56%; los subgrupos de 6 a 10 pacientes, más de 16 pacientes, de 11 a 15 pacientes y de manos de 5 pacientes registran un 60%, 58%, 55% y 54%, respectivamente.

Finalmete, los resultados muestran la realidad que prevalece en la muestra estudiada; así, se aprecia que los promedios por grupo y subgrupos oscilan entre el 41% y el 62%, mientras que el promedio obtenido en la muestra es tan sólo de el 54.2%; esto es, estos porcentajes representan realmente los conocimientos teóricos de los conceptos que son la base en el área de Traumatología y Ortopedia.

- Medio usual de información del diagnóstico del paciente: su promedio es de sólo el 49%; en relación a los subgrupos los índices no varían: por la Recepción registra un 56%, por el Expediente un 53%, a través del Médico un 48% y, por Otro medio sólo el 45% de promedio.

- Apoyo de la institución en la participación en eventos en enfermería: registra un promedio de grupo de un 55%; los subgrupos de Becas sin goce de sueldo, Becas con goce de sueldo, Otorga permisos y por Cuenta propia obtuvieron no más del 60%, 58%, 53% y el 50%, respectivamente.

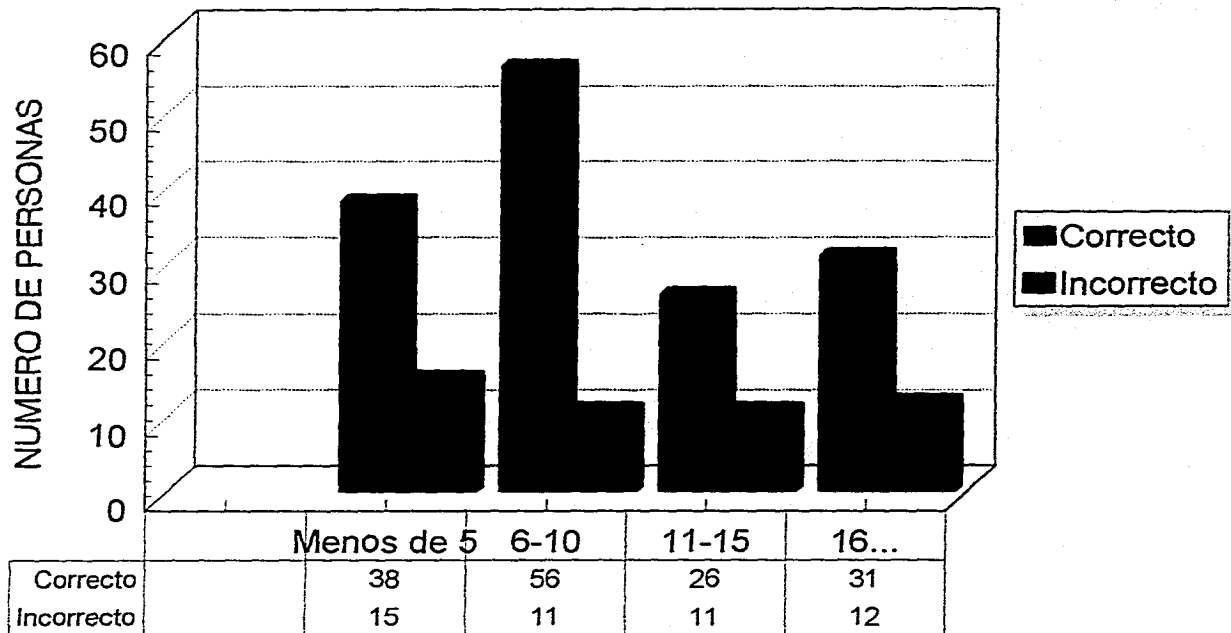
- Educación para la salud como base de la práctica profesional: este grupo tiene como promedio un 55%; en cuanto a los subgrupos, aquel que la aplica en Alguna ocasión obtuvo un 57%, el que no la proporciona Nunca un 55% y el que Siempre la otorga un 54% de promedio.

- Número de pacientes atendidos en la jornada: registró un promedio de grupo del 56%; los subgrupos de 6 a 10 pacientes, más de 16 pacientes, de 11 a 15 pacientes y de menos de 5 pacientes registran un 60%, 58%, 55% y 54%, respectivamente.

Finalmente, los resultados muestran la realidad que prevalece en la muestra estudiada; así, se aprecia que los promedios por grupo y subgrupos oscilan entre el 41% y el 62%, mientras que el promedio obtenido en la muestra es tan sólo de el 54.2%; esto es, estos porcentajes representan realmente los conocimientos teóricos de los conceptos que son la base en el área de Traumatología y Ortopedia.

OBJ. DE LA MOVILIZACION ORTOPEDICA

Signos de Alteración Neurovascular en el Post-Tx.



No. DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA JORNADA

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De la investigación presentada los resultados encontrados fueron importantes.

- El contenido principal de la investigación lo conformó el Marco Teórico y el Análisis e interpretación de resultados. Por un lado, el Marco Teórico se estructuró con base a aquellos elementos que rigen la práctica de todo personal profesional de enfermería; el conocimiento común y científico (práctica y teoría) con la base para llevar a cabo la atención de los pacientes con padecimiento traumatológico y específicamente, la base que posee el personal para participar activamente en las técnicas generales y específica respecto a tratamiento de la morbilidad común el área.

- Las hipótesis se plantearon inicialmente como posibles respuestas con respecto a los hechos reales de la práctica. De estas, las hipótesis de trabajo se aceptó como respuesta y explicación en relación al planteamiento entre la teoría y problemática existente; esto es, lo enunciado en las hipótesis ocurre en el campo, más no se afirma y demuestra, tan sólo se establece su aceptación.

- Aunque se estructuró el diseño de la investigación, en el transcurso de esta existieron limitantes y obstáculos que dificultaron los avances de la misma; sin embargo, los objetivos planteados fueron alcanzados, ya que fue posible analizar el nivel de conocimientos del personal y su influencia en la atención proporcionada, conocer la relación que guarda el conocimiento con la atención brindada y, se identificaron las necesidades que con respecto a la teoría requiere el personal de enfermería.

- La aplicación y manejo de las técnicas e instrumentos de investigación a la muestra, representó la obtención fundamental y logro de la investigación; los datos obtenidos con base al análisis e interpretación de resultados, mostraron hallazgos concretos de la investigación;

- 1) El nivel de conocimientos no determina la calidad de la práctica del personal de enfermería.
- 2) El proceso de enfermería y plan de cuidados no son base de la práctica profesional del personal.
- 3) El nivel de conocimientos con respecto al área de Traumatología y Ortopedia es relativamente bajo; sin embargo, esto no determina el nivel de atención proporcionada.
- 4) La práctica del personal se establece con base a la experiencia adquirida en el área.
- 5) El manejo de las técnicas y tratamientos específicos del área tienen como base el fundamento común y en mínima proporción, el fundamento teórico.

· La relación de la preparación académica del personal con base a la atención brindada muestra incongruencia al suponer que aquellas escuelas reconocidas egresan enfermeras con óptimo nivel académico. Los resultados mostraron que el nivel de conocimientos es relativamente más alto en aquellos grupos de escuelas no oficiales.

- 6) Las necesidades de aprendizaje con respecto al área son realmente considerables y visibles.

Así, con base a los hallazgos se considera que la investigación aportó elementos importantes en el ámbito de la enfermería; sin embargo, es necesario estructurar los elementos de la propia práctica.

Con base a lo anterior, se plantean las siguientes sugerencias para una posible solución al tema problema:

- A nivel institución es necesario llevar o implementar actividades correspondientes a la enseñanza continua, educación para la salud, educación en enfermería y capacitación continua.
- Estimulación del personal para la participación en eventos y jornadas científicas en enfermería.
- Estructurar continua e internamente con relación a los departamentos de servicio el Proceso de enfermería y el Plan de cuidados.
- Estructurar continua e internamente con relación a los departamentos de servicio el Proceso de enfermería y el Plan de cuidados.
- Retroalimentación y actualización con base a técnicas y tecnologías avanzadas dentro del campo.

. Establecer altos niveles de calidad de Enfermería, con base a un sistema de control y evaluación formal.

. Promover e intensificar en el personal altos niveles académicos, con base a la enseñanza-aprendizaje.

Es claro que todo posible cambio en la profesión de Enfermería puede implicar dificultades, ya que la práctica profesional ha sido moldeada socialmente con base a las necesidades de una estructura social establecida; esto se aprecia en la caracterización que se posee de esta: " es una profesión meramente femenina, baja extracción social, estudios no universitarios, subordinación al médico, bajos salarios, carácter cautivo del ejercicio y, debilidad gremial y política ". Pese a lo anterior, la enfermera es un sujeto social, ya que la profesión se ubica en un lugar relevante dentro de la división del trabajo y el sistema de salud.

Pese a lo anterior, la profesión pide revalorizarse, debido a que posee los elementos necesarios de la potencialidad:

- * Es una profesión muy numerosa dentro del sistema de salud.
- * Su práctica es indispensable en la atención de la salud.
- * El campo profesional es extenso y aplicable en todas las modalidades.
- * Es una especialidad intermedia entre la especialidad y subespecialidad
- * Posee cohesión interna debido a la diversidad de sus niveles.
- * La atención de enfermería es de calidad, disciplina y eficiencia.

Así, la enfermería requiere ejercer esta potencialidad y revalorar la profesión, tal como señala Martínez Benítez Matilde, en "Crisis de la enfermería en el proceso capitalista mexicano" en Sociología de una profesión. El caso de Enfermería: " aumentando su capacidad de organización laboral y gremial, su capacidad de decisión sobre nuevos espacios, directividad en la superación cualitativa de la profesión y, participando en la generación de nuevas estructuras democráticas de atención a la salud ".

ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO 1. CUADRO ANUAL DE MORBILIDAD HOSPITALARIA. 1995.

DIAGNOSTICO.	TOTAL	SUBTOTAL	
		H	M
Fractura de tobillo	1074	555	519
Fractura del cuello del fémur	985	345	640
Fractura de tibia y peroné	639	504	135
Fractura de radio y cúbito	605	402	203
Fractura del húmero	600	371	229
Traumatismo intracraneal	576	419	157
Quemaduras clasif. según extensión	477	322	155
Complicaciones de prótesis ortopédicas internas	412	240	172
Hemorragia subaracnoidea traumática	395	321	74
Trastornos de huesos y cartílagos	378	248	130
Fracturas de fémur (diversas)	318	215	103
Fracturas de columna vertebral y lesión de médula ósea.	221	162	59
Secuelas a tratamientos del sistema osteomuscular y celular	204	125	79
Fractura de la base del cráneo	189	153	36
Fracturas de huesos de la cara	177	152	25
Fractura de la bóveda del cráneo	175	136	39
Fractura de rótula	147	65	82
Secuelas de trauma en piel y tejido celular subcutáneo	133	95	38
Atención ortopédica ulterior	121	67	54
Neumotórax y hemotórax traumático	112	103	9
Osteoartritis y trastornos afines	109	46	63
Fractura de pelvis	91	60	31
Traumatismo intra abdominal	91	81	10
Fractura de costillas, esternón, laringe y tráquea	85	64	21
SUMAN LOS 25 PRINCIPALES CASOS EN LA INSTITUCIÓN.	8403	5306	3097

Fuente: Subdirección General Médica, H.T. M.S. año 1995.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

ANEXO 2.- INFORME ANUAL DE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

DELEGACION I NOROESTE UNIDAD H.T.M.S. CLAVE PRESUPUESTAL 35A3C4152153 LOCALIDAD D.F. AÑO: 1995

NUM.	DIAGNOSTICO	CLAVE C.I.E. 1975	TOTAL	GRUPOS DE EDADES																								
				SUB-TOTAL		H.		M.		H.		M.		H.		M.		H.		M.								
				H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.							
1	FRACTURA DEL TOBILLO	824	1074	555	519					2	2	6	8	41	18	185	68	148	100	84	107	52	108	20	80	16	28	
2	FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR	820	885	345	640		1		4	1	3	2	2	3	1	21	4	20	5	20	10	37	40	50	100	185	470	
3	FRACTURA DE LA TIBIA Y PERONE	823	639	504	135				6		13	5	15	5	46	12	152	13	122	25	64	18	42	15	26	26	18	16
4	FRACTURA DEL RADIO Y DEL CUBITO	813	665	402	263				5	3	38	2	60	13	44	9	84	34	73	14	45	18	19	35	11	47	13	48
5	FRACTURA DEL HUMERO	812	600	371	229			2	49	49	134	60	50	11	16	4	48	12	23	11	22	8	13	12	4	28	12	32
6	TRAUMATISMO INTRACRANEAL	854	576	419	157	1	1	14	20	23	18	20	10	46	14	120	23	67	15	40	14	25	11	38	13	25	18	
7	QUEMADURAS CLASF. SEGUN EXT. AFECT.	948	477	322	155	7	4	50	52	29	21	15	8	31	7	73	11	49	14	29	15	16	11	19	5	4	7	
8	COMPLIC. DEBIDA A PROTESIS ORTOP. INT.	996	412	240	172			2	1			4	2	15	6	70	23	50	20	35	24	25	18	14	26	25	52	
9	HEMORRAGIA SUPARACNOIDEA TRAUMAT	852	395	321	74			6	5	14	6	18	4	38	6	60	6	53	5	30	9	32	7	37	6	15	20	
10	OTRO TRANSTORNOS HUESOS Y CARTI.	733	378	248	130			4	3	8	4	21	4	17	7	60	18	46	18	41	18	23	14	15	15	13	29	
11	FRACTURA DE OTRAS PARTES DEL FEMUR	821	318	215	103			2		11	8	16	8	27	4	68	11	42	6	21	7	14	5	7	16	7	38	
12	FX.COLUMNA VERT.S/LESION MEDULA ESP.	805	221	162	59					1		1		3	15	2	44	10	37	16	33	6	15	11	15	5	3	4
13	SECUELA DE TX.SIST.OSTEOMUSC Y TEJ. C	905	204	125	79			3	1	3	1	4	2	11	6	42	15	43	22	13	14	3	7		3		8	
14	FRACTURA DE LA BASE DEL CRANEO	801	189	153	36	1		18	7	9	8	9	5	10	2	31	7	24	1	14	1	24	3	10	1	3	1	
15	FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA CARA	802	177	152	25			1	2	1	1	3	2	14	2	71	6	30	2	21	10	5			5		1	
16	FRACTURA DE LA BOVEDA DEL CRANEO	800	175	136	39	5	3	27	16	21	8	6	2	6		18	4	25	1	10	3	7		8	1	3	1	
17	FRACTURA DE LA ROTULA	822	147	65	82						1		2	1	3	1	13	5	16	14	7	14	9	16	6	21	8	10
18	SECUELAS TRAUM. PIEL Y TEJ.CEL.SUBCUT.	906	133	95	38			5	3	9	3	4	4	13	1	27	9	19	5	11	3	4	3	1	2	2	5	
19	OTRA ATENCION ORTOPEDICA ULTERIOR	54	121	67	54			2	2	4	4	14	5	7	4	15	4	10	8	8	7	3	7	2	7	2	6	
20	NEUMOTORAX Y HEMOTORAX TRAUMATICO	860	112	103	9						1	1	10	1	42	1	25	3	6	1	10		5	1	3	1		
21	OSTEOARTROSIS Y TRANSTORNOS AFINES	715	109	46	63	3				3						6	2	4	4	5	4	8	13	12	19	5	21	
22	FRACTURA DE LA PELVIS	808	91	69	31					1		3		4	4	10	6	18	2	10	7	6	4	4	3	4	5	
23	TRAUMAT. OTROS ORGANOS INTRAABDOMIN	868	91	81	10						1		10	1	25	3	24	1	13	2	7	2	1				1	
24	DESARREGLO INTERNO DE LA REDILLA	717	89	55	34							2		2	2	18	9	20	11	7	7	2	3	2	1			
25	E.X.COSTILLAS, EXTERNOS, LARINGE Y TRAC.	807	85	64	21			1						1		3		13	4	12	6	8	3	11	1	15	7	
SUMAN LOS VEINTICINCO PRINCIPALES		8403	3097			17	11	147	169	325	155	276	100	428	114	114	1337	284	1008	327	564	333	409	348	324	428	383	828
TOTAL DE EGRESOS CODIFICADOS		9875	6436	3439		21	14	216	194	362	173	312	118	118	533	134	1693	364	1249	384	747	374	499	389	385	462	419	833

APÉNDICE 1. CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

'Nivel de conocimientos del personal de
enfermería y su influencia en la atención a pacientes con padecimientos
Traumatológicos, en el Hospital de Traumatología
"Magdalena Salinas".'

Elaborado por:
Chávez Ríos Gloria Jazmín
Pasante de Licenciatura en enf. y obst .

Asesorado por:
Lic. María de los Ángeles García Albarrán

México, D. F. JULIO DE 1995.

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Recuperar datos directamente de la fuente a través de la aplicación del cuestionario, con el fin de conformar la información necesaria y suficiente para llevar a cabo la comprobación de la hipótesis de trabajo general.

JUSTIFICACIÓN: El cuestionario como instrumento de recolección de datos en la investigación es de vital importancia de acuerdo a las características de este estudio, apoyándose en la propia observación de la práctica profesional de enfermería a través y con base a su participación en la morbilidad en el área de trauma y ortopedia.

INSTRUCCIONES: Se solicita tu colaboración, tu tiempo y tu reflexión para que tus respuestas sean lo más cercanas a tu práctica profesional.

- Marca con una X la opción que consideres correcta.
- Sólo debes marcar una opción para que tenga validez tu respuesta como tal.
- La información recabada será utilizada única y exclusivamente para el proceso de investigación.
- Se agradece tu colaboración y si deseas conocer los resultados estarán a tu disposición al término del proceso.

1.- ¿Cuál es tu edad?

- a) 20 a 25 b) 26 a 30 c) 31 a 40 d) más de 41

2.- Escuela de procedencia:

- a) Incorporada a la UNAM b) De la UNAM c) No oficial
d) Otras

3.- Experiencia profesional en años:

- a) menos de 5 b) 6 a 10 c) 11 a 15 d) más de 16

4.- Sistema de trabajo utilizado en el servicio:

- a) Asignación de pacientes b) Por funciones
c) Por equipo d) Mixto

5.- Consideras que el sistema es el más adecuado?

- a) Si b) No

6.- Realizan revisión de registros de enfermería?

- a) Si b) No

7.- Como te informas del diagnóstico de los pacientes?

- a) Por recepción del turno b) Por el médico
c) Por el expediente d) Otro medio

8.- Participas en eventos y jornadas científicas, debido a que la institución:

- a) Otorga becas con goce de sueldo b) Otorga becas sin goce de sueldo
c) otorga permisos d) No permite participación

9.- La institución te proporcionó capacitación al ingreso y para las funciones que realizas con base a:

- a) Adiestramiento e introducción al puesto
- b) Enseñanza continua
- c) Capacitación en el servicio
- d) Educación y eventos científicos
- e) Ninguna

10.- Proporcionas educación para la salud a tus pacientes como base de tu práctica profesional?

- a) Sí, en toda ocasión
- b) Sólo en algunas ocasiones
- c) Nunca

11.- Número de pacientes que atiendes en la jornada:

- a) menos de 5
- b) 6 a 10
- c) 11 a 15
- d) Más de 16

12.- Se entiende por traumatismo a:

- a) Lesión de una parte del sistema músculo-esquelético, que suele afectar órganos incluidos y suspendidos por ella.
- b) Trastorno en el cual se produce la pérdida de contacto de las caras articulares de los huesos
- c) Lesión de los ligamentos que rodean una articulación.
- d) Ninguna de las anteriores

13.- La fractura como tal se define según:

- a) Tipo
- b) Presentación
- c) Extensión
- d) Solo A y C es correcta.
- e) Ninguna de las anteriores

14.- Las manifestaciones de una fractura son:

- a) Dolor persistente, pérdida de la función, crepitación, movilización de la extremidad.
- b) Deformidad, pérdida de la función, edema, insensibilidad.
- c) Dolor, deformidad, pérdida de la función, edema, crepitación, cambio de la coloración.
- d) Solo A y B son correctas.

15.- El tratamiento de urgencia en una fractura es:

- a) Inmovilización de la extremidad fractura, tracción, verificación de pulsos periféricos.
- b) Sostener extremidad por encima y debajo del sitio de fractura, alivio de dolor.
- c) Reducción de la fractura, rotación, movimiento angular, inmovilización, tracción.
- d) Solo A y B son correctas.

16.- El objetivo de la inmovilización es:

- a) Prevenir la lesión de tejidos blandos por fragmentos óseos.
- b) Cohibir el dolor, la hemorragia y el choque
- c) Prevenir la rotación y el movimiento angular.
- d) A, B, C son correctas
- e) Solo A y C son correctas.

17.- La reducción, inmovilización y logro de la potencia, son principios del tratamiento de una fractura ?

- a) Si
- b) No

18.- Los siguientes son métodos de reducción de una fractura:

- a) Yesos, férulas y tracción
- b) Reducción cerrada y abierta.
- c) Tracción
- d) Solo B y C son correctas
- e) Ninguna

19. El objetivo de la tracción es:

- a) Recuperar longitud y alineación.
- b) Inmovilizar y reducir la fractura
- c) Disminuir o eliminar el espasmo
- d) Todas las anteriores

20. Los signos de alteración neuro vascular que pueden aparecer en el período post operatorio son:

- a) Dolor, palidez, parálisis, plétora o frialdad en la zona.
- b) Alteraciones en la circulación.
- c) Hemorragia, insensibilidad, Inmovilización.
- d) Solo A y B son correctas

21. Los métodos para la Inmovilización de una fractura son:

- a) Yesos, férulas y tracción
- b) Fijadores Internos y externos
- c) Osteosíntesis
- d) Todas las anteriores e) Solo B y C son correctas.

22. El tratamiento de una fractura abierta incluye a lo siguiente, excepto:

- a) Reducir riesgos de infección de herida, tejido blando y el hueso.
- b) Limpieza, desbridación de herida, reducción y fijación.
- c) Vigilar signos de choque, pulsos, temperatura e isquemia.
- d) Osteosíntesis, inmovilización y yesos.

23. Las siguientes son complicaciones inmediatas de las fracturas:

- a) Choque, embolia grasa
- b) Tromboembolia, coagulación intravascular diseminada.
- c) Retardo y falta de la consolidación, neurosis avascular del hueso, tromboembolia.
- d) Solo A y B son correctas

- 24.- Un principio de enfermería en el tratamiento a pacientes ortopédicos es la movilización, la cual evita:
- a) Pérdida de calcio y volumen muscular, disminución del volumen sanguíneo.
 - b) Alteraciones en el metabolismo, osteoporosis del hueso.
 - c) Atrofia muscular y articular d) A, B, C son correctas
 - e) A y C son correctas
- 25.- El objetivo del enyesado es el siguiente, excepto:
- a) Inmovilización y reducción de fragmentos óseos.
 - b) Comprensión de tejidos blandos
 - c) Estabilización articular, corrección y prevención de deformidades óseas.
 - d) Corregir la función de estabilidad articular.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Aprendizaje.- Adquisición de conocimientos, actitudes o experiencias mediante técnicas y métodos de enseñanza.
- Atención.- Capacidad de concentrar la actividad psíquica sobre un objeto o presente.
- Calidad.- Importancia y cualidad de alguna actividad.
- Clasificación.- Orden de los elementos de cualquier tipo en varias clases.
- Conocimiento.- Es el sentido de dominio de las facultades del individuo; entendimiento e inteligencia adquirida.
- Educación para la salud.- Proceso mediante el cual se desarrollan programas de educación para la salud en la comunidad y al individuo.
- Enfermería.- Profesión orientada hacia el servicio de salud con objeto de satisfacer las necesidades del individuo sano y enfermo en relación con todo los aspectos de su capacidad funcional.
- Enseñanza.- Sistema de métodos de instruir y enseñar.
- Experiencia.- Enseñanza y conocimiento que se deriva a través de la práctica de acción.
- Fractura.- Rotura de un hueso.
- Hemotórax.- Colección de sangre en la cavidad torácica.

- Hospital.- Institución cuyo fin es proporcionar servicio para el cuidado y conservación de la salud.
- Incidencia.- Aquello que sucede en el curso de una actividad o asunto y se relaciona entre sí.
- Investigación.- Proceso mediante el cual se lleva a cabo el descubrimiento de una cosa.
- Metodología.- Conjunto de métodos que se lleva a cabo para realizar una investigación.
- Método científico.- Procedimiento riguroso que la lógica estructura como medio para la adquisición del conocimiento.
- Morbilidad.- Proporción de personas que se enferman en sitio y tiempo.
- Neumotórax.- Acumulación de gas o aire en la cavidad pleural.
- Nivel de atención.- Etapa en las que se lleva a cabo la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como el restablecimiento de una salud óptima.
- Ortopedia.- Arte de corregir o evitar enfermedades del cuerpo humano.
- Plan de cuidados.- Resumen de datos de un paciente específico, el cuál facilita las metas de enfermería y el médico y, comunica la naturaleza de los problemas de un paciente.
- Práctica.- Destreza adquirida con el ejercicio; enseñanza y aplicación constante del conocimiento.
- Proceso de atención.- Serie de etapas que sigue la enfermera es: la planeación y administración de cuidados.

- Signo.- Síntoma objetivo que puede apreciarse con un estudio.
- Síntoma.- Manifestación de un proceso patológico o una alteración de la función corporal.
- Trastorno.- Inversión del orden regular de una cosa.
- Tratamiento.- Conjunto de medios empleados para curar, tratar y combatir enfermedades.
- Traumatismo.- Lesión interna o externa producida por la acción de un agente físico, químico o mecánico.
- Traumatología.- Rama de cirugía que estudia los efectos de los traumatismos y el modo de curarlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- ANTIGUA, TRUJILLO, Nedelta. Gua para elaborar investigación en enfermería. México, ENEO UNAM.
- 2.- BARBIERI, Teresita. Movimientos feministas. Ed. Grandes tendencias contemporáneas, México, 1986.
- 3.- B. W. Du Gas. Tratado de enfermería práctica. Ed. Interamericana, México, 1986.
- 4.- BAILY, RAFFENSPERGER, Ellen. Consultor de enfermería clínica. Ed. Océano, Filadelfia, Estados Unidos.
- 5.- BRUNNER, L.S. Manual de enfermería médico quirúrgica. Ed. Interamericana, México, 1985.
- 6.- CAREY K. Cuidados intensivos en enfermería. Ed. Doyma, México, 1986.
- 7.- Diccionario Enciclopédico Océano. Ed. Océano, Colombia, 1994.
- 8.- Enciclopedia Autodidáctica Océano. Ed. Océano, España, 1990. Tomos 2 y 6.
- 9.- GORSKY, D,P. Lógica. Ed. Grijalbo, México, 1970.
- 10.- GOMEZJARA, Francisco. Sociología. Ed. Porrúa, México, 1992.

- 11.- Guía para elaboración de un protocolo de investigación.
Coordinación de Investigación. Departamento de medicina familiar, general y comunitaria, México.
- 12.- KING, M., Eunice. Manual Ilustrado de técnicas de enfermería.
Ed. Interamericana, México, 1984.
- 13.- LARIOS, S., María. Antología para seminario de tesis.
ENEO, UNAM, México, 1990.
- 14.- Material didáctico. Enfermería. El hombre y su ambiente.
ENEP Zaragoza, UNAM, México.
- 15.- Material didáctico. Enfermería. Seminario de Ciencias Sociales; ENEP, Zaragoza, México.
- 16.- MAYERS, G.M Marlene. Cuidados en enfermería. Ed. Limusa, México, 1983.
- 17.- MILLAR, Sally. Procedimientos de la American Association of critical care nurses.
Ed. Panamerica, México, 1992.
- 18.- NORMAND, K. M. Bases científicas de enfermería. Ed. La prensa médica, México, 1992.
- 19.- PLUM, Fred. Estupor y coma. Ed. El manual moderno, México, 1991.
- 20.- ROJAS, SORIANO, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. Ed. Plaza y Valdés, México, folios.
- 21.- SALCEDO, José. Manual de técnicas de investigación documental. UPN, México, 1985.

- 22.-SMITH, Germain. Enfermería médico quirúrgica. Ed. Interamericana, México.
- 23.- STANLEY, Hoppenfeld. Neurología Ortopédica. Ed. El manual moderno, México, 1981.
- 24.-WALTCH, Alexander. Clínicas quirúrgicas de Norte América.
Ed. Interamericana, México, 1977.
- 25.- WIECH, Lynn. Manual ilustrado de técnicas de enfermería.
Ed. Interamericana, México, 1994.
- 26.- WILLIAMS, S., Alspach. Cuidados intensivos en el adulto.
Ed. Interamericana, Magraw Hill, 1989.