

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN, HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO



**INFLUENCIA DE LA EDUCACION DEL CUIDADO AL FAMILIAR
CUIDADOR DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN
TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS-ESSALUD**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA: FLOR DE MARIA COTRINA CHAVEZ

ASESOR: DRA. NANCY VERAMENDI VILLAVICENCIOS

HUANUCO – PERU

2018

DEDICATORIA

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y mis padres por protegerme todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera. **Métodos:** Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental de tipo antes y después con un solo grupo de 38 familiares de pacientes con fractura de cadera de servicio de Traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD, durante el periodo 2017. Se utilizaron un cuestionario de conocimiento en la recolección de los datos. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba de McNemar. **Resultados:** Antes de la intervención, 18,4% de familiares tuvieron conocimiento general de cuidado de pacientes con fractura de cadera y después de aplicado la intervención el conocimiento aumentó en 60,5%. De igual modo resultó a nivel de dimensiones en conocimiento sobre aspectos generales del Programa Familiar Acompañante, educación respecto a la enfermedad, comodidad y confort, cuidados en alimentación saludable, cuidados de eliminación y cuidados al alta del paciente y del cuidador; estos resultados fueron significativos estadísticamente con $P < 0,000$. **Conclusiones:** Luego de la intervención, la educación influye significativamente en el conocimiento del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en traumatología.

Palabras clave: educación, familiar cuidador, fractura de cadera.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the influence of care education on the family caregiver of patients with hip fracture. **METHODS:** A quasi-experimental study of the before and after type was carried out with a single group of 38 relatives of patients with hip fracture of Traumatology service - Hospital Edgardo Rebagliati Martins - ESSALUD, during the period 2017. A knowledge questionnaire was used in the collection of data. For the inferential analysis of the results the McNemar Test was used. **RESULTS:** Before the intervention, 18.4% of relatives had general knowledge of the care of patients with hip fracture and after applying the intervention, knowledge increased by 60.5%. In the same way, it was at the level of dimensions in knowledge about general aspects of the Accompanying Family Program, education regarding illness, comfort and comfort, care in healthy eating, elimination care and care at discharge of the patient and the caregiver; these results were statistically significant with $P < 0.000$. **CONCLUSIONS:** After the intervention, education significantly influences the knowledge of care for the family caregiver of patients with hip fracture in traumatology.

***Keywords:** education, family caregiver, hip fracture.*

INTRODUCCION

Las fracturas de cadera se han considerado actualmente como la nueva epidemia ortopédica por ser la causa más común de hospitalización en los servicios de traumatología y ortopedia a nivel mundial. El aumento considerable de su incidencia y la variedad de repercusiones a nivel social y económico, implican grandes desafíos para los profesionales de los servicios de salud y asistencia social¹.

La frecuencia con que acuden los pacientes que han sufrido una fractura de cadera en los centros asistenciales es considerada actualmente un problema de salud que presenta un riesgo elevado para el desarrollo de eventos adversos como la limitación funcional, incluyendo la incapacidad y la dependencia². Algunos especialistas la denominan la “epidemia silenciosa”³ debido a su alta incidencia y tendencia al aumento, a pesar de los grandes esfuerzos y numerosos recursos que se dedican a su manejo y tratamiento, considerando la caída que la provoca como el “accidente fatal”⁴.

Por otro lado, la familia en todas las sociedades ha mantenido un papel de protección hacia sus miembros. En las relaciones familiares la solidaridad y la reciprocidad son sentimientos que se manifiestan compartiendo responsabilidades y obligaciones, contraprestaciones y ayuda mutua⁵.

En el mismo sentido, la presidenta de CEAFA de España⁶ advirtió que el cuidado familiar es, hoy por hoy, el mejor aliado que tiene nuestra sociedad para intentar hacer frente a los efectos devastadores de la enfermedad, y lo seguirá siendo en el futuro complementando, y supliendo muchas veces, los esfuerzos inversores de los sistemas sanitarios y sociales hoy disponibles.

También Capilla⁷ manifiesta que cuidar en el ámbito doméstico incluye distintos tipos de cuidados; existiendo necesidades que constituyen la base del cuidado: alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene y confort, movilización, estimulación, las cuales le aseguran un mínimo de bienestar; si no se vela por este cumplimiento, que los problemas del paciente se agudizarán y se irá deteriorando cada vez más⁸.

Bajo este contexto nos propusimos efectuar el estudio con el objetivo de determinar la influencia de la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud, durante el periodo 2017.

Por tal motivo, el estudio de investigación se compuso en cinco capítulos. El primero aborda el problema, la justificación y los objetivos, de igual modo se consideran la hipótesis y las variables en estudio.

En el segundo capítulo se contempla el marco teórico, el cual se sustenta en los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho tema y las definiciones conceptuales.

El tercer capítulo contiene la metodología de la investigación, componiéndola el tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se comunican los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se muestra la discusión de los resultados. Posteriormente se incluyen las conclusiones y las recomendaciones. También lo conforman las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
SUMMARY	v
INTRODUCCIÓN	vi
INDICE	viii

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema.....	10
1.2. Formulación del Problema	16
1.3. Objetivo General y objetivos específicos.....	17
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	19
1.5. Variables.....	19
1.6. Justificación e importancia	21
1.7. Viabilidad	21
1.8. Limitaciones.....	21

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	22
2.2. Bases teóricas	27
2.3. Definiciones conceptuales	37

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudio	37
----------------------------	----

3.2. Diseño y esquema de la investigación	37
3.3. Población y muestra.....	38
3.4. Instrumentos de recolección de datos	39
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	40

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de los resultados	41
4.2. Análisis inferencial de los resultados.....	51

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Discusión	58
----------------------	----

CONCLUSIONES	63
--------------------	----

SUGERENCIAS.....	65
------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	66
--------------------	----

ANEXOS.....	71
-------------	----

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

La fractura de cadera, o también llamada fractura de fémur proximal, sigue incrementándose debido a que la población de adultos mayores a nivel Mundial está creciendo en las últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que para el año 2050 un total de 6 millones de fractura de cadera ocurrirán en el mundo entero por año, teniendo como consecuencia una mayor demanda de pacientes en las unidades de hospitalización⁹. La incidencia de fracturas de cadera se presentan en los adultos mayores como consecuencia de caídas generalmente estas ocurren generalmente en el hogar, otra de las causas de fractura de cadera es la osteoporosis, para su atención son trasladados a hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), Essalud y hospitales de las fuerzas armadas donde los pacientes son sometidos a exámenes de radiología, laboratorio para la confirmación diagnóstica, este accidente ocurrido con el adulto mayor afecta a los miembros de la familia por lo que requieren de información oportuna y educación por parte de la profesional de enfermería¹⁰.

La caída, generalmente son de etiología multifactorial ya que asocia la sumatoria de factores ambientales, sociales, físicos, también enfermedades y/o medicamentos. Durante el proceso normal del envejecimiento. La reducción del control muscular, rigidez muscular, marcha inestable, alteración de los reflejos posturales, alteración de los baroreceptores, alteraciones auditivas, visuales,

neuroendocrinas, entre otras; los cuales vuelven vulnerable al anciano mientras realiza sus actividades habituales.

Dentro las principales causas de muerte en pacientes con fracturas de cadera tenemos: neumonías, desequilibrios hidroelectrolíticos, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar, hemorragia gastrointestinal¹¹.

Los pacientes con fractura de cadera que se hospitalizan en el servicio de traumatología presentan dolor agudo, limitación para realizar movimientos o desplazamiento situación que ocasiona a muchos de ellos una dependencia total para su cuidado, La incapacidad de la movilidad física no le permite realizar sus actividades de la vida diaria, son pacientes que el estado de postración presentan alto riesgo de presentar complicaciones como úlceras por presión, infecciones del tracto urinario, neumonías entre otras, agregado a ello las comorbilidades propias del paciente adulto mayor como hipertensión arterial, enfermedades crónicas degenerativas como el Alzheimer, Parkinson, diabetes mellitus, artritis reumatoide, enfermedades coronarias etc¹².

En la salud de las personas el grupo social que mayor influencia tiene es la familia, es una de las instituciones sociales más antiguas y fuertes, los miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias y estilos de vida. Al considerar la familia como un sistema, se constata que funciona como una unidad, ya que a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos, los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor grado.

La profesional de Enfermería, conocedora de su función es brindar educación a la familia, en el cotidiano del día a día encuentra limitantes para cumplir con su rol educador, no cuenta con los mecanismos que le permitan brindar una mejor

atención a los familiares de los pacientes con fractura de cadera, teniendo como consecuencia que éstos se encuentren desprovistos de información/educación por parte del profesional de Enfermería, a lo que se suma el hecho de que la enfermera enfrenta recarga laboral por el grado de la complejidad de los pacientes.

La educación juega un papel de suma importancia en del proceso de restablecimiento de la salud, en especial en aquellos pacientes donde su movilidad es limitada o inclusive es nula, esto a razón de su diagnóstico, muchas veces se suma la edad del paciente, los adultos mayores son en su mayoría percibidos como personas de alto riesgo; por su parte, los familiares no muestran un verdadero interés en el cuidado, dejando al familiar en el ambiente hospitalario, esperanzado en los cuidados del personal de turno; sin embargo, se desconoce la importancia de la presencia del familiar para su recuperación, el ambiente hospitalario juega un papel importantísimo puesto que muchas veces el desconocimiento ocasiona temor y ansiedad.

La educación al familiar cuidador estará basada en la valoración que realiza la enfermera para conocer las necesidades de capacitación del familiar cuidador respecto a la educación grupal, educación individual teórico, educación individual práctica y demostrativa.

La situación de la enfermedad genera importantes cambios en la estructura familiar, como en los roles y los hábitos. La tarea del cuidado de una persona dependiente requiere de una asistencia oportuna y confiable, el cuidador debe conocer al usuario postrado, teniendo una visión clara de sus deseos y necesidades entre ellas alimentación, higiene, ejercicios respiratorios, baño de esponja, baño en cama, eliminaciones, cambios posturales, medidas preventivas de úlceras por presión. Los pacientes con fractura de cadera tienen riesgo muy

elevado de presentar complicaciones por el estado de postración, por lo que es necesario que el familiar responsable conozca las pautas principales para que pueda participar de los cuidados del paciente.

El cuidador familiar es aquella persona que, unida por vínculos de parentesco directo, asume la responsabilidad de acompañamiento y de atender a las necesidades de su familiar hospitalizado. En el servicio de traumatología es de vital importancia que el familiar cuidador aprenda las pautas principales del cuidado para que pueda convertirse en un ente participativo de los cuidados del paciente con fractura de cadera y de ésta manera pueda contribuir a la pronta recuperación del paciente adulto produciendo un impacto positivo en la disminución de costos hospitalarios. Los aspectos socio demográficos a considerar en el familiar cuidador son: sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y condición socioeconómica¹³.

La osteoporosis es común en personas mayores. La fractura de cadera se asocia a una elevada morbilidad y mortalidad, especialmente en los países desarrollados, por lo cual es un problema creciente para los sistemas de salud a nivel mundial. Es considerada una de las causas que genera mayor carga de enfermedad.

Cabe señalar, que la fractura de cadera tiene una causalidad multifactorial. Los estudios epidemiológicos encuentran tasas muy variables en distintas poblaciones que se diferencian entre sí por características demográficas básicas, como raza, geografía, estilo de vida (por ej.: población rural vs. Urbana).

Estudios recientes realizados en EE.UU., Canadá, Suiza y Finlandia mostraron una disminución en las tasas de fractura de cadera. En Inglaterra, la tasa de fractura de cadera se mantiene estable aunque ha disminuido la tasa de mortalidad de pacientes hospitalizados por dicha lesión. Por otra parte, otros

países encuentran aumento en la tasa de fractura de cadera. México reporta un aumento de 1 % por año en la tasa ajustada por edad en ambos sexos entre el año 2000 y 2006. En Cantabria (España) informan un aumento en el número de fracturas de cadera entre 1988 y 2002 y en Japón (Prefectura de Tottori) entre el año 1986 y 2001 alcanzando un aumento de aproximadamente 3,8 % anual en 2006. Si bien algunos de estos datos son alentadores, debido al envejecimiento de la población preocupa el incremento consiguiente de la fractura de cadera. No hay trabajos sobre la tendencia de la fractura de cadera en Argentina. El conocimiento sobre la incidencia y tendencia es esencial para la toma de medidas de salud poblacional. Nuestro principal objetivo fue examinar los egresos informados por fractura de cadera al Ministerio de Salud de la República Argentina en adultos mayores durante los años 2000, 2006, 2007 y 2008. Secundariamente analizar la variabilidad de su incidencia en el tiempo, el efecto de la edad y el sexo y los tipos de fracturas¹⁴.

Actualmente a nivel mundial, la población de adultos mayores de 60 años ha crecido notable y aceleradamente. Este crecimiento acelerado de la población envejecida en México va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica.

La fractura de cadera tiene un origen multifactorial dado a las características de la población en la cual prevalece, ya que ese grupo etario tiene más tendencia a caerse por fallo de los reflejos protectores y debilidad de la consistencia ósea por osteoporosis¹⁵.

La fractura de cadera está considerada a nivel mundial como una de las lesiones incapacitantes más comunes con predominio en las mujeres alrededor de 60 años y cuenta con un índice de mortalidad alto considerado, además, como una de las causas de muertes accidentales en los ancianos, así como la causa más común

de internamiento en unidades médicas dedicadas a la traumatología y ortopedia. En México la proporción de éste grupo de edad en el año 2000 fue de alrededor de 7.0% y se estima que este porcentaje se incremente a 12.5% para el 2020 y a 28.0 por ciento en el 2050. De igual forma la esperanza de vida se ha incrementado, se espera alcanzará 80 años en 2050, en contraste a los 36 años en 1950 y de 74 años en el 2000. Actualmente las mujeres viven en promedio 77.5 años y los hombres 72.7 años, cifras que se incrementarán a 83.6 y 79.0 años respectivamente en 2050.

Derivados de la transición demográfica se identifica a los accidentes como problema de salud y entre ellos a las caídas como prioritarios; en el adulto

Mayor una caída implica la afectación a su salud directamente proporcional al nivel de riesgo. En este sentido, las fracturas de cadera constituyen en la actualidad un problema importante a tener en cuenta, debido al envejecimiento poblacional y a que es considerado como un problema de salud pública que representa 9 de cada 10 fracturas en personas mayores de 60años. Otra repercusión importante es debida al coste social, es decir, la disminución de la autoestima, aislamiento social, alteración del bienestar personal y familiar que implica este padecimiento; y sobretodo el coste económico generado por las necesidades asistenciales; amen de la mortalidad global asociada a la fractura de cadera, que es del 30% durante los primeros 6 meses tras la lesión¹⁶.

Recientemente en las fracturas de cadera Rosario Argentina se comunicaron a ser, en sujetos mayores de 50 años, 405 mujeres y 137 hombres. En la población mayor de 65 años, la incidencia fue de 646 y 345 respectivamente. Estos son valores similares a los valores de Estados Unidos informó en personas mayores de 65 años. 33.34 La edad promedio 79,5 años de edad. Esta incidencia de fractura de cadera es ligeramente superior a la registrada hace 10 años en otra

ciudad de Argentina, Mar del Plata. 2008 desde Venezuela Que muestran la incidencia de fractura de cadera en mujeres mayores de 50 años fue de 98 para los hombres y el 37 por 100 000. La probabilidad de por vida de tener una fractura de cadera a los 50 años de edad fue del 5,5% para las mujeres y 1,5 para los hombres, y para cualquier fractura osteoporótica fue del 13,6% para las mujeres y 3,5% para los hombres. 10 años probabilidad de cualquier fractura osteoporótica va de 1,6% a edades 50-59 a 9,5 a la edad de 80 años para las mujeres y de 0,2% a 3,1 en los hombres. A la edad de 80 incidencias con fractura de cadera en Venezuela son similares a muchos países europeos como España, Francia, Grecia, Hungría Italia o Portugal¹⁷.

Perú no está exento de esta realidad ya que se ha encontrado un incremento de la población adulto mayor siendo el 9.8% en el 2004 y en el 2011 el 12.8 % a nivel nacional, por ende la probabilidad en nuestro país, de que un adulto mayor presente fractura de cadera se incremente.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.

Al respecto, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influye la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017?

Problemas específicos:

- ¿Cómo influye la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de aspectos generales del Programa Familiar Acompañante del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017?

- ¿Cómo influye la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de educación respecto a la enfermedad del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017?
- ¿Cómo influye la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de comodidad y confort del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017?
- ¿Cómo influye la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de cuidados en alimentación saludable del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017?
- ¿Cómo influye la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de cuidados de eliminación del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017?
- ¿Cómo influye la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de cuidados al alta del paciente y del cuidador del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017?

1.3 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

a. Objetivo General:

- Determinar la influencia de la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017.

b. Objetivos Específicos:

- Establecer la influencia de la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de aspectos generales del Programa Familiar Acompañante del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017.
- Evaluar la influencia de la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de educación respecto a la enfermedad del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017.
- Medir la influencia de la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de comodidad y confort del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017.
- Conocer la influencia de la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de cuidados en alimentación saludable del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017.
- Identificar la influencia de la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de cuidados de eliminación del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017.
- Valorar la influencia de la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en conocimiento de cuidados al alta del paciente y del cuidador del servicio de traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD - 2017.

1.4 HIPÓTESIS Y/O SISTEMA DE HIPÓTESIS.

Ha: La educación influye significativamente en el conocimiento del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en traumatología.

Ho: La educación no influye significativamente en el conocimiento del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en traumatología.

1.5 VARIABLES.

a. IDENTIFICACION DE LA VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Educación del cuidado.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Conocimiento de cuidados en fractura de cadera

b. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Educación del cuidado	Ninguna	Cualitativa	SI NO	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE				
Conocimiento de cuidados en fractura de cadera	Conocimiento de aspectos generales del Programa Familiar Acompañante	Cualitativa	Conoce No conoce	Nominal
	Conocimiento de educación respecto a la enfermedad	Cualitativa	Conoce No conoce	Nominal
	Conocimiento de comodidad y confort	Cualitativa	Conoce No conoce	Nominal
	Conocimiento de cuidados en alimentación saludable	Cualitativa	Conoce No conoce	Nominal
	Conocimiento de cuidados de eliminación	Cualitativa	Conoce No conoce	Nominal
	Conocimiento de cuidados al alta del paciente y del cuidador	Cualitativa	Conoce No conoce	Nominal
VARIABLES DE CARACTERIZACION				
Edad en años	Ninguna	Cualitativa	19 a 25 26 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 61 a más	Ordinal
Grado de parentesco	Ninguna	Cualitativa	Primer grado Segundo Grado Tercer Grado	Ordinal
Grado de instrucción	Ninguna	Cualitativa	Primaria Secundaria Superior técnico /universitario	Ordinal

1.6 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.

El anciano es la persona que más incidencia y prevalencia de fractura de cadera tiene no solo por la edad sino también por otras condiciones de salud como: económicas, familiares y sociales, necesita de recursos para ser atendido adecuadamente y tiempo. Todos los profesionales de la salud deben unir esfuerzo para rehabilitar precozmente y alcanzar una actividad funcional lo más antes posible para que el paciente pueda retornar a su entorno familiar, si se consigue esto se aborrecen costos se acortan la estancia hospitalaria, se reduce la mortalidad con la participación del familiar cuidador, de personal y del mismo paciente, los profesionales de la salud debemos buscar iniciativas mediante la educación sanitaria a los familiares de los pacientes con fractura de cadera.

1.7 VIABILIDAD.

Se consideró viable el presente estudio, debido a que se cuenta con los recursos financieros y metodológicos para su ejecución, es viable porque la información tiene un alcance local y nacional, apoyados de la información que se obtenga de la unidad respectiva, la viabilidad del proyecto dependerá de la disposición de las organizaciones para facilitar su ejecución.

1.8 LIMITACIONES.

Según lo planificado, nuestra investigación no mostró problemas de índole metodológica tanto de diseño, muestreo ni de instrumentos de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

A continuación presentamos los siguientes antecedentes:

En España, en el año 2014, Hernández, Judy y Casanovas¹⁸ realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la efectividad de la educación sanitaria a los pacientes y sus cuidadores principales en la disminución de fósforo sérico. Realizó un estudio de 20 meses de duración con una muestra de 70 pacientes divididos en dos grupos; un grupo control que no recibe educación adicional y un grupo estudio que recibe la educación específica para el control del fósforo y su dieta; en este grupo se identifican los pacientes dependientes que requerirán de un cuidador principal, quien también recibirá educación. Para la identificación del grado de dependencia del paciente se utiliza el Test Delta. El 52.9% de pacientes son independientes; el 48.2%, presentan dependencia leve, y el 4.3%, una dependencia moderada. El análisis de los resultados pone de manifiesto una disminución significativa del nivel de fósforo sérico en el grupo estudio, consiguiendo que, el 21% de estos pacientes cuyo nivel de fósforo se encontraba por encima de 5.5 mg/dl, lo redujera hasta los niveles normales recomendados (3 - 5.5 mg/dl).

En México, Ramos, Rico y Martínez¹⁹ en su trabajo “Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización, México, 2010” tuvo como objetivo evaluar la percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado que otorga el personal de Enfermería durante su estancia

hospitalaria. Utilizaron como material y métodos un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal. En el periodo mayo-junio de 2010. El tamaño de la muestra se determinó considerando un nivel de confianza de 0.5, una potencia de prueba del 95% que dio un tamaño de muestra de 153 participantes. Los resultados con respecto a la atención de Enfermería se analizaron para determinar si existía alguna asociación entre las diferentes variables, determinando que no existía asociación significativa, en nuestro hospital, se presentó 23.5% de insatisfacción tomando en cuenta las áreas, iniciando con la oportunidad del 4.12%, la amabilidad, un 4.24% en el proceso de la atención 4.31%, el resultado de la atención, señalando un 4.47% con respecto a la relación enfermera-paciente, de igual forma se encontró un 4.69% con respecto a la información otorgada sobre su cuidado 4.25%. Encontrando en la comodidad otorgada al paciente el 3.68% se observó que el índice afectado es la atención en la comodidad.

En Chile, Luengo, Araneda y López²⁰ realizaron la investigación “Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado, Chile, 2010” tuvieron como objetivo asociar factores del cuidador familiar con el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. Usaron como metodología un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico, correlacional de corte transversal. Donde la población de estudio fueron 98 cuidadores familiares pertenecientes a Centros de Salud de Chillán-Chile. Y se obtuvieron como resultados que la mayoría de los cuidadores familiares de usuarios postrados, cumplen moderadamente los cuidados básicos que necesita el paciente, presentan una sobrecarga intensa y existe evidencia para afirmar que los factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados

básicos son: edad, escolaridad, tiempo a cargo del paciente y enfermedades crónicas no transmisibles sin síntomas de ansiedad.

También, en Chile, Garrido²¹ efectuó el estudio Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en el cuidado del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007. En la hospitalización, la familia debe ser considerada como un factor promotor del bienestar y adaptación del paciente, por lo que se requiere su integración en actividades de cuidado. Con este objetivo, a partir de este año se instauró el programa Hospital Amigo en los servicios de adultos de los hospitales públicos chilenos, abriéndolos a la comunidad mediante la extensión del horario de visitas de una a seis horas diarias. En el subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV) la mayoría de los pacientes son dependientes de cuidados por lo cual es importante valorar al familiar y su integración durante el horario de visitas para implementar acciones tendientes a mejorarla. Este estudio descriptivo, cuantitativo y transversal tuvo por objetivos determinar el perfil socio-demográfico de los familiares responsables y sus conocimientos sobre el paciente y la extensión del horario de visitas en este subdepartamento. Además, se describió la integración de éstos durante la permanencia con el paciente. Para esto se censó a los familiares que acudieron a la visita durante el periodo de recolección de datos, incluyéndose a 54 familiares responsables de pacientes con más de un día de hospitalización, que no se encontraran en trámites de traslado, de alta, en estado grave y/o agonizando. Al aplicar y analizar el cuestionario se obtuvo que el perfil socio-demográfico de estos familiares corresponde principalmente a adultos de sexo femenino, dueñas de casa, hijas de los pacientes. La mayoría no ha concluido estudios de

educación media ni básica, comparten domicilio con el paciente y provienen de la ciudad de Valdivia. Gran parte de los familiares no conocen el motivo de hospitalización del paciente y Un gran número de éstos desconocen su grado de dependencia de cuidados. Así mismo, un amplio número declaró no haber recibido suficiente información sobre la extensión del horario de visitas y ninguno de ellos conoce todos los objetivos. Los principales motivos de visita fueron dar apoyo emocional, acompañar y conversar con el médico tratante. Ninguno de los familiares participó lo suficiente en la satisfacción de las necesidades del paciente asumiendo un rol pasivo durante la visita, y la mayoría presentó un nivel medio de cumplimiento de indicaciones. Por otra parte, quienes participaron lo hicieron principalmente en actividades de alimentación, aseo y confort.

En España, Quero, Briones y otros²² en su investigación “Los cuidadores familiares, Granada, 2005” donde los Objetivos fueron conocer el perfil y tipo de cuidados que prestan los cuidadores familiares en las unidades de Maxilofacial, Neurología, Neurocirugía y Traumatología del Hospital de Traumatología de Granada. Analizar las necesidades y problemas con los que se encuentran en el hospital. Conocer la opinión del personal de enfermería sobre el cuidador familiar. Fue un estudio de tipo Cualitativo, mediante Observación sistemática, grupos focales (uno con enfermeras y otro con auxiliares), encuestas y entrevistas en profundidad. El análisis de contenido ha sido realizado mediante el soporte informático Atlas/ti, 2.4. Se obtuvo como resultados, correspondientes a la categoría de hábitat hospitalario, en relación con las actividades, nivel de información, demandas, etc, de los cuidadores familiares. Y sus conclusiones, El ámbito hospitalario es hostil para el cuidador familiar; es necesario establecer un nuevo marco relacional entre los profesionales y los cuidadores y reconocer su presencia y actividad dentro de la institución sanitaria.

Y, en Colombia, Ortiz, Gaviria, Palacio, Marín, García, Monotya, et al²³ en el estudio "Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. Instituciones de segundo nivel Área Metropolitana. Medellín 1999-2000. Estudio descriptivo transversal para identificar las oportunidades de participación en los cuidados que el equipo de enfermería propicia a los acompañantes del paciente hospitalizados. Nace como respuesta a los interrogantes continuos desde la práctica académica y por vivencia personales con familiares hospitalizados. Se realiza una entrevista estructurada a 265 acompañantes de pacientes de Instituciones de salud de segundo nivel de complejidad, en las cuales se indago por aspectos socio-demográficos de los usuarios y acompañantes, las acciones de cuidado que ejecuta el acompañante y cuáles son los indicados explicados y apoyados por el equipo de enfermería. La educación que este proporciona al acompañante es otro asunto que se cuestionó en la muestra. De Los usuarios con acompañante el 54 % son de sexo femenino, los de mayor tiempo de compañía están en el grupo etario de 64 a 77 años y se caracterizan por un nivel bajo de escolaridad. Como primera causa de morbilidad están los problemas gastrointestinales: segundo de los problemas cardiovasculares. Las personas que más acompañan son los hijos de sexo femenino con promedio de edad de 45 años. Los cuidados que más realizan los acompañantes son los relacionados con la subsistencia, como el baño y la alimentación acciones como la lectura el juego y la música son realizados solo en el 10% en contraste con la conversación que es una de las acciones que más se realizan. La interacción del equipo de Enfermería con el acompañante es mínima para casi todos los cuidados explorados en el estudio, se presentó la mayor interacción en la indicación, explicación y apoyo del baño. La auxiliar de enfermería es quien más interactúa con el acompañante de estas categorías sobresale la poca interacción del

profesional de enfermería. La educación es impartida por el profesional de enfermería en mayor proporción; sin embargo, solo se le brinda el 11% del total de usuarios hospitalizados. Solo si se penetra en el misterio del cuidado y se aborda profundamente el carácter humano y cultural de este podemos trascender la relación con el usuario en términos de confianza, respeto, y pertinencia con su familia y con el entorno social.

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. FRACTURA DE CADERA

2.2.1.1. DEFINICIONES

La cadera es una articulación que está conformada por el acetábulo, la cabeza del fémur y el extremo proximal del fémur. Con el término genérico “fractura de cadera”, se describen las fracturas que ocurren en la extremidad proximal del fémur. La fractura de cadera es una ruptura del hueso del muslo justo debajo de la articulación de la cadera²⁴.

Por tanto, se considera fractura de cadera a la pérdida parcial o completa de la continuidad de la porción proximal del fémur, gracias a mecanismos que aumentan la presión en el hueso provocando su ruptura y la alteración en los tejidos subyacentes²⁵.

Dependiendo de la fuerza del impacto, la fractura puede ser desde diminuta hasta macroscópica, incluso multifragmentaria. Esto se debe a que la articulación de la cadera no es capaz de soportar la fuerza que se ejerce durante la caída, en relación a la que se ejerce durante la marcha²⁶.

La mayoría de las fracturas de cadera ocurren en el fémur, una o dos pulgadas debajo de la porción esférica de la cadera²⁷.

2.2.1.2. ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Las caídas y la osteoporosis son la principal causa de fracturas de cadera, y para explicar esta etiología es necesario conocer los factores de riesgo. Los elementos que predisponen a la fractura de cadera se los ha dividido en dos grupos: intrínsecos y extrínsecos. Éstos primeros incluyen las características fisiológicas, patológicas y farmacológicas y quirúrgicas que posee cada individuo. En los segundos se incluyen los hábitos y el ambiente²⁸.

2.2.1.2.1. FACTORES INTRÍNSECOS

- **Fisiológicos.-** Dentro de este grupo se encuentra principalmente la edad avanzada porque conforme ésta avanza, la masa ósea disminuye progresivamente, predisponiendo al individuo a padecer de osteoporosis. El sexo femenino también es un factor importante, principalmente porque las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, pero atraviesan con dificultades como la menopausia, que a pesar de ser un proceso fisiológico produce disminución de la densidad mineral ósea, siendo uno de los factores que más influye en la fragilidad de los huesos. A éstos factores también se suman bajos niveles de estrógenos y de masa grasa, la nuliparidad y las alteraciones de propiocepción. Otro factor importante es la mayor cantidad de afectados de raza blanca, en relación a la asiática y negra²⁹.
- **Patológicos.-** La presencia de enfermedades crónicas es un punto importante en el origen de las fracturas de cadera y tienen una relación directa con la mortalidad asociada a este padecimiento. Enfermedades neurológicas como Parkinson, Alzheimer, demencia senil, esclerosis múltiple y hemiplejía al limitar la funcionalidad del individuo son condicionantes para sufrir caídas. También se han encontrado otras

comorbilidades propias de la edad: afecciones cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, músculo-esqueléticas, renales y gastrointestinales y hematológicas³⁰.

- **Farmacológicos.-** Se ha observado la relación que existe entre fármacos como antidepresivos, antipsicóticos y antihipertensivos y la predisposición a las caídas. Además, se ha demostrado que los anticoagulantes y los corticoides producen osteoporosis a largo plazo³¹.
- **Quirúrgicos.-** Procedimientos ginecológicos como la ooforectomía produce deficiencia de estrógenos³².

2.2.1.2.2. FACTORES EXTRÍNSECOS

- **Hábitos.-** Se ha comprobado que ciertas costumbres como el abuso del tabaco, el alcohol y la cafeína impiden la remodelación ósea. El alcohol, por la alteración de propiocepción que se produce al estar bajo sus efectos, sumado a la falta de visibilidad y limitación funcional de adulto mayor, aumenta el riesgo padecer una caída y con ello, una fractura. La dieta inadecuada que se da en los adultos mayores conduce a estos pacientes a la desnutrición y a la inmovilización prolongada lo que hace que se disminuya la densidad ósea rápidamente³³.
- **Ambiente.-** Conforme avanza la edad, los adultos requieren cada vez más de ayuda para realizar las necesidades básicas de la vida diaria. Un ambiente no adecuado para ellos (irregularidades en el suelo, falta de soportes, escaleras, mala iluminación) es un potencial factor para sufrir caídas. La zona geográfica también juega un papel importante ya que el sol es necesario para la activación de vitamina D, que es fundamental para una mejor absorción de calcio³⁴.

2.2.1.3. CLASIFICACIÓN

Existen muchas clasificaciones de fractura de cadera. La más utilizada, por ser la más sencilla y práctica, es la subdivisión desde el punto de vista anatómico: intracapsulares y extracapsulares³⁵.

2.2.1.3.1. FRACTURAS DE CADERA INTRACAPSULARES

Son producidas por impactos de baja energía. Su diagnóstico temprano es fundamental para prevenir complicaciones, por dos razones fundamentales. En primer lugar, el contacto directo con el líquido sinovial causa lisis del coágulo, comúnmente el aporte sanguíneo de la cabeza femoral se interrumpe, lo que aumenta el riesgo de una necrosis avascular. Y en segundo lugar, los fragmentos óseos al ser muy frágiles no permiten una consolidación adecuada al colocar el material de osteosíntesis³⁶.

La clasificación más utilizada es la Tipo Garden, que diferencia cuatro tipos de fracturas según su desplazamiento, sin especificar a qué nivel se producen. Estas son³⁷.

- Garden I: Fractura impactada, incompleta. La fractura tiene una orientación horizontal y los fragmentos no encajan entre sí.
- Garden II: Fractura completa sin desplazamiento. Los fragmentos no se encuentran encajados y no existe desplazamiento.
- Garden III: Fractura completa con desplazamiento parcial de los fragmentos (menos del 50%). Puede ser vertical u oblicua.
- Garden IV: Fractura completa con desplazamiento total, inestable. Se caracteriza por su orientación vertical.

2.2.1.3.2. FRACTURAS DE CADERA EXTRACAPSULARES

Este tipo de fracturas, a diferencia de las intracapsulares, se producen en una zona de hueso esponjoso muy vascularizado, de tal forma que los problemas de consolidación son menos frecuentes³⁸.

Las fracturas extracapsulares intertrocantericas pueden ser catalogadas según la clasificación de Tronzo³⁹.

- Tipo I: Fractura trocanterica incompleta. Sólo existe fractura del trocánter mayor, sin desplazamiento.
- Tipo II: Fractura no conminuta de los dos trocánteres. Desplazada levemente.
- Tipo III: Pared posterior conminuta:
 - Tipo III A: Con compromiso del trocánter menor
 - Tipo III B: Trocánter menor íntegro. Espolón del cuello telescopado en la diáfisis.
- Tipo IV: Fractura conminuta no telescopada con desplazamiento del espolón del cuello fuera de la diáfisis y estallido de pared posterior.
- Tipo V: Fractura con oblicuidad inversa con trazo intertrocanterico invertido al trocánter mayor.

2.2.1.4. DIAGNÓSTICO

Para poder establecer un diagnóstico rápido y oportuno, es necesario realizar tres pasos fundamentales: una buena historia clínica, un examen físico exhaustivo y una radiografía de cadera para finalmente confirmar el diagnóstico⁴⁰.

La clínica que presentan los pacientes con este tipo de fractura es muy característica: acortamiento y rotación externa del miembro afecto,

acompañado de dolor severo, e imposibilidad para caminar. Sin embargo existen casos en los que toda esta sintomatología no se manifiesta. Este el caso de las fracturas intracapsulares en donde el dolor de cadera no es tan intenso⁴¹.

La actitud ante un trauma de cadera siempre debe estar orientada a descartar si existe o no fractura, con inmediata radiografía. Es necesaria la proyección anteroposterior bilateral de caderas, y si las condiciones lo permiten, es oportuno realizar también una proyección lateral. Otros estudios imagenológicos como la resonancia magnética y la tomografía computarizada están reservados para los casos en los que haya fuerte sospecha de fractura a pesar de que en la radiografía de caderas no se observen alteraciones⁴².

2.2.1.5. TRATAMIENTO

Primero se deberá realizar una evaluación exhaustiva del paciente con el fin de identificar todas y cada una de las condiciones del mismo, para evaluar la morbimortalidad que pueda perjudicar el plan de tratamiento seleccionado⁴³.

El tratamiento conservador debido a que ofrece pobres resultados y una estadía hospitalaria prolongada al paciente, se encuentra en desuso. En la actualidad existen dos tipos de tratamientos utilizados, a la cabeza los procedimientos quirúrgicos y en segundo lugar los procedimientos ortopédicos⁴⁴.

2.2.2. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN FRACTURAS DE CADERA

Cuando una persona sufre una fractura de cadera, además de estabilizar la fractura de cadera, tenemos que plantearnos unos objetivos básicos:

- Evitar o intentar disminuir la mortalidad.

- Conseguir una recuperación de todas sus funciones, tanto básicas como instrumentales de la vida diaria. Si es posible, que vuelva a su funcionalidad previa, con la mayor brevedad y el menor coste posible. Buscando beneficios a corto y largo plazo. Para ello es primordial: hospitalización del anciano, intervención quirúrgica lo más rápida posible, cuidados previos y posteriores a la intervención y rehabilitación precoz, para alcanzar los objetivos planteados e integrar al anciano en su entorno otra vez.

Hay una serie de características especiales en los pacientes con fractura de cadera: (ancianos, varias patologías, abundante medicación, problemas físicos, psíquicos y sociales). Como consecuencia, ha derivado en la necesidad de una colaboración entre traumatólogos y geriatras, para crear distintos programas para el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes.

Mediante un Plan de Cuidados bien definido, estándar o individualizado y evaluable, quedará reflejado el Proceso de Atención de Enfermería, que es un método sistémico y organizado para garantizar unos buenos cuidados. La metodología de trabajo empleada queda reflejada mediante 5 etapas:

A. Valoración: es la primera etapa del proceso. Consiste en la continua recogida de datos, tanto objetivos, Como subjetivos, por parte del paciente o familia. Consta a su vez de cuatro etapas: recogida de datos (observación, entrevista y el examen físico que se realiza mediante técnicas específicas como son: inspección, palpación, percusión y auscultación), validación, organización y registro de los datos. Basándonos en el paciente con fractura de cadera y realizándola mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson, es importante realizar una buena valoración previa y posterior haciendo especial énfasis en los siguientes puntos:

- Valorar la capacidad funcional previa del paciente, para una vez realizada la intervención quirúrgica con una rehabilitación intentar en la medida de lo posible que el paciente la adquiera de nuevo. Valorar tanto la movilidad como la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.
- Valorar la integridad de la piel, ya que sobre todo en el paciente mayor existe un gran riesgo de úlceras por presión debido a la inmovilidad momentánea tras la intervención quirúrgica.
- Valorar el estado nutricional del paciente. Es muy importante para la cicatrización de la herida quirúrgica y para las úlceras por presión, que el paciente las tenga ya o aparezcan posteriormente.

B. Diagnósticos: es la segunda etapa del proceso. En esta etapa, utilizamos la taxonomía NANDA: “North American Nursing Diagnosis Association”. Para la NANDA, el concepto de diagnóstico de enfermería es: “es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia, o comunidad frente a procesos vitales y problemas de salud reales o potenciales”. En un paciente con fractura de cadera nos encontraremos principalmente diagnósticos reales o de riesgo. En el momento inmediato tras la intervención quirúrgica, la enfermera sufre por completo al paciente, por lo que estamos hablando de problemas de autonomía, que dejarán de serlo cuando el paciente ya pueda colaborar. A continuación, se proponen posibles diagnósticos

- (00148) Temor.
- (00126) Conocimientos deficientes.
- (00046) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- (00108) Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- (00109) Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.

- (00110) Déficit de autocuidado: uso del WC.

C. Planificación: es la tercera etapa, después de una correcta identificación de los diagnósticos. Consta a su vez de varias etapas: fijación de prioridades, formulación de objetivos o resultados, para esto último nos ayudaremos del NOC: “Nursing Outcomes Classification”, posteriormente determinaremos las intervenciones más adecuadas junto con sus correspondientes actividades, a través, del NIC: “Clasificación de Intervenciones de Enfermería” y por último se registra el plan de cuidados.

D. Ejecución: cuarta etapa. En esta fase, se lleva a cabo el plan de cuidados realizado previamente, poniendo en práctica las intervenciones planificadas para intentar conseguir los objetivos fijados.

E. Evaluación: etapa final del proceso enfermero. De manera continua, es imprescindible reevaluar el plan de cuidados para poder mejorar, incluir o modificar cosas y comprobar la correcta ejecución.

Además de los diagnósticos de Enfermería, en los cuales la enfermera es la única responsable, están los problemas de colaboración o problemas interdependientes, igual de importantes y en los cuales la responsabilidad es compartida con otros profesionales de la Salud. En estos últimos, la enfermera debe prevenir y detectar precozmente la aparición de complicaciones⁴⁵.

Esta metodología de trabajo permite planificar mejor los cuidados y conseguir una comunicación fluida entre los diferentes miembros del Equipo, y con el paciente y familia. Además, uno de los objetivos es proporcionar una Educación Sanitaria adecuada para garantizar una óptima calidad de vida en este tipo de pacientes.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.

- a) Fractura de cadera:** La fractura es la discontinuidad ósea del fémur proximal, supone uno de los principales problemas de salud de la población anciana. Comporta un incremento de morbilidad, mortalidad, deterioro funcional, costes y aumenta el grado de dependencia y por ende las complicaciones.
- b) Cuidado de enfermería:** Cuidado significa atención integral al paciente, tener en cuenta al individuo Como persona, proporcionando un completo bienestar físico, social y psicológico encaminado a satisfacer las necesidades humanas.
- c) Cuidador familiar:** Es aquella persona que, unida por vínculos de parentesco directo, asume la responsabilidad acompañamiento y de atender a las necesidades de su familiar hospitalizado. Esto se traduce en una presencia física casi permanente en el entorno hospitalario junto al paciente Familiar cuidador Educación para la salud.
- d) Educación para la salud:** Contribuye la conservación y el mejoramiento de la salud tanto de los educando como de los educadores. Es una parte importante de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, ya que juega un papel fundamental en el logro de mejores condiciones de vida y de más alto nivel de salud y bienestar.
- e) Intervención educativa:** Es el conjunto de acciones y estrategias que se realizaron con el paciente con diálisis peritoneal para beneficio de su salud, autocuidado y bienestar como parte del proyecto en estudio, a fin de lograr su mayor bienestar y cuidado, considerando acciones orientados a mejorar el conocimiento, desarrollo de habilidades de autocuidado y prevención de complicaciones.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Respecto a las características del problema de investigación, a la formulación del problema y los objetivos definidos, el estudio fue de tipo **cuasi experimental**.

De acuerdo a la ocurrencia de los hechos fue de tipo **Prospectivo** ya que fue necesario establecer los puentes de información actuales y de aquí en adelante.

Y, según el período de tiempo el estudio fue de tipo **Longitudinal**, porque se tuvo en cuenta un seguimiento durante la investigación.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación fue de tipo antes y después con un solo grupo, como se muestra a continuación.

DIAGRAMA:

GRUPO	ANTES	INTERVENCION	DESPUES
G ₁	O ₁	X	O ₂

Dónde:

G₁: Grupo de estudio

X: Intervención (Educación del cuidado)

O₁ y O₂: Observación antes y después de la intervención

3.3. POBLACION Y MUESTRA

3.3.1. POBLACION

La población fueron todos los familiares cuidadores de los pacientes del servicio de traumatología, del hospital Edgardo Rebagliati Martins, que son un total fueron 38 familiares.

CRITERIOS DE SELECCION:

Dentro de los criterios de inclusión consideramos:

- Familiares que deseen participar voluntariamente en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron:

- Familiares con discapacidad
- Familiares con bajo nivel cultural.

AMBITO Y TIEMPO DEL ESTUDIO:

El estudio se realizó en el hospital Edgardo Rebagliati Martins en la ciudad de Lima.

El periodo del estudio fue durante el año 2017.

3.3.2. MUESTRA

UNIDAD DE ANALISIS:

Familiares acompañantes.

TAMAÑO DE MUESTRA:

Debido a que la población fue pequeña, se trabajó con una muestra total de 38 familiares del servicio de Traumatología del hospital Edgardo Rebagliati Martins.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.1. INSTRUMENTOS

- **Cuestionario:** Se aplicó un cuestionario estructurado con 25 preguntas, la cual se aplicó antes y después de la aplicación de las sesiones educativas (Anexo 01).

3.4.2. Validez y confiabilidad

En cuanto a la validación de los instrumentos de recolección de los datos se tuvo en cuenta el juicio de 5 expertos relacionados en el tema, para ello emitirán su juicio en el instrumento elaborado (Ver anexo 03).

Luego en la concordancia se utilizó el coeficiente de V de Aiken, como se muestra a continuación:

Cuadro 01. Concordancia de las respuestas de los jueces.

Preguntas	JUECES					TOTAL ACIERTOS	V de Aiken
	1	2	3	4	5		
1	A	A	A	D	A	4	0,80
2	A	A	A	A	A	5	1,00
3	A	A	A	D	A	4	0,80
4	A	A	A	A	A	5	1,00
5	A	A	A	A	A	5	1,00
6	A	A	A	A	A	5	1,00
7	A	A	A	A	A	5	1,00
8	A	A	A	A	A	5	1,00
9	A	A	A	A	A	5	1,00
10	D	A	A	A	A	4	0,80
11	A	A	A	A	A	5	1,00
12	A	A	A	A	A	5	1,00

Fuente. Elaboración propia

Se ha considerado:

1 = Si la respuesta es aprobado.

0 = Si la respuesta es no aprobado.

Se consideró que existe validez del instrumento cuando el valor del coeficiente de V de Aiken fuera igual o mayor de 0,80. En la valoración de los jueces ninguna

pregunta obtuvo un valor inferior a 0,80; por lo cual concluimos que estos ítems presentan validez de contenido.

En la confiabilidad de los instrumentos se utilizó KR-20, donde en el cuestionario se obtuvo un valor de 0,824, siendo este valor confiable.

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Los procedimientos realizados en el desarrollo del trabajo de investigación fueron:

- a) Coordinación con los directivos del Hospital en estudio.
- b) Capacitación a encuestadores para la recolección de datos, antes y después de la intervención.
- c) Ejecución de prueba piloto.
- d) Recolección de datos propiamente dicho en el tiempo programado en un tiempo promedio de 45 minutos, antes y después de la intervención.
- e) Control de calidad de la información.
- f) Proceso de análisis e interpretación de datos.

Dentro del análisis de datos, se tuvieron en cuenta:

a. Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos y también el uso de frecuencias, de acuerdo a la necesidad del estudio.

b. Análisis Inferencial.

Para la contrastación de las hipótesis se utilizó la Prueba McNemar para establecer diferencias entre las dos variables en estudio y con una probabilidad de $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.

4.1.1. CARACTERISTICAS GENERALES:

Tabla 01. Edad en años de los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Edad en años	Frecuencia	%
19 a 25	7	18,4
26 a 30	6	15,8
31 a 40	5	13,2
41 a 50	15	39,5
51 a 60	4	10,5
61 a más	1	2,6
Total	38	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

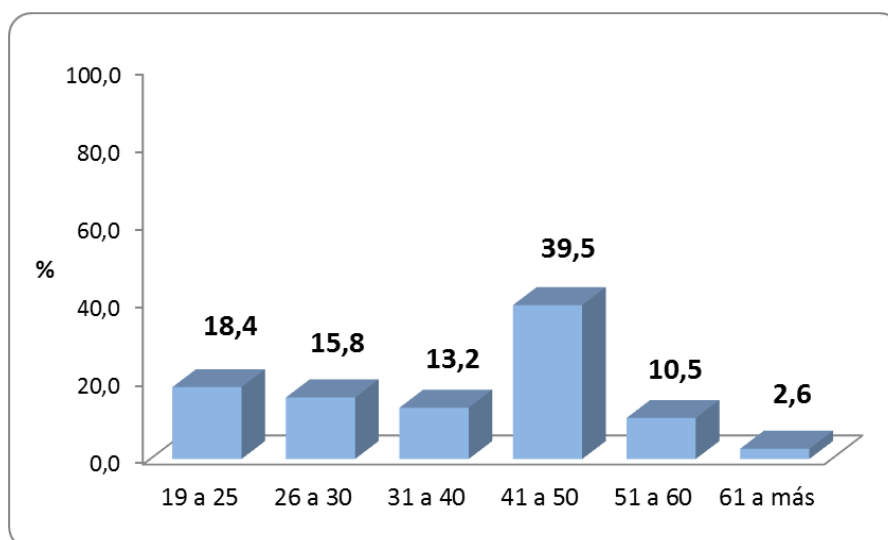


Gráfico 01. Porcentaje de familiares acompañantes según edad en años de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

En el cuadro y gráfico referente a la edad nos indica que de los 38 familiares acompañantes encuestados la mayor concentración estuvo entre los 41 y 50 años de edad lo que representó un 39,5% y la menor concentración con 1 familiar se encontró en el 2,6% de familiares acompañantes con más de 61 años de edad.

Tabla 02. Grado de parentesco de los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Grado de parentesco	Frecuencia	%
Primer grado	25	65,8
Segundo Grado	11	28,9
tercer Grado	2	5,3
Total	38	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

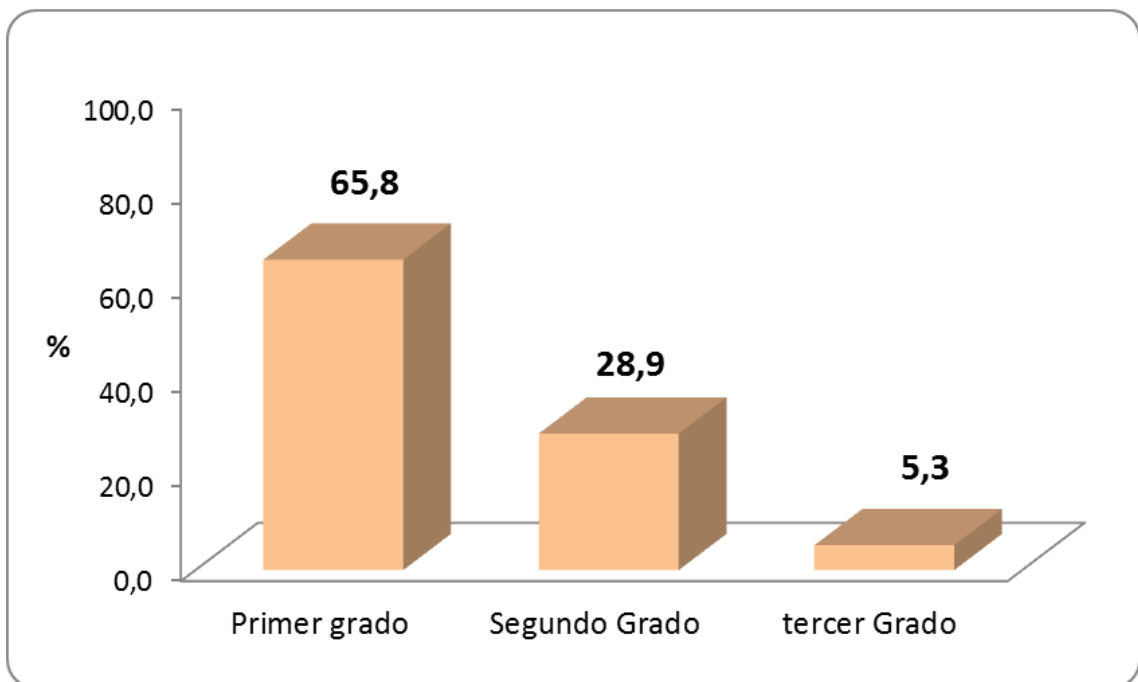


Gráfico 02. Porcentaje de familiares acompañantes según grado de parentesco de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Referente al grado de parentesco, tenemos con un 65,8% a los familiares del primer grado de parentesco que fueron considerados el esposo (a), hijos y hermanos del paciente, seguido por los de segundo grado con un 28,9% que fueron los tíos o sobrinos de acuerdo a afinidad y por ultimo tuvimos al 5,3% como el tercer grado de parentesco.

Tabla 03. Grado de instrucción de los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Primaria	2	5,3
Secundaria	9	23,7
Superior técnico /universitario	27	71,1
Total	38	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

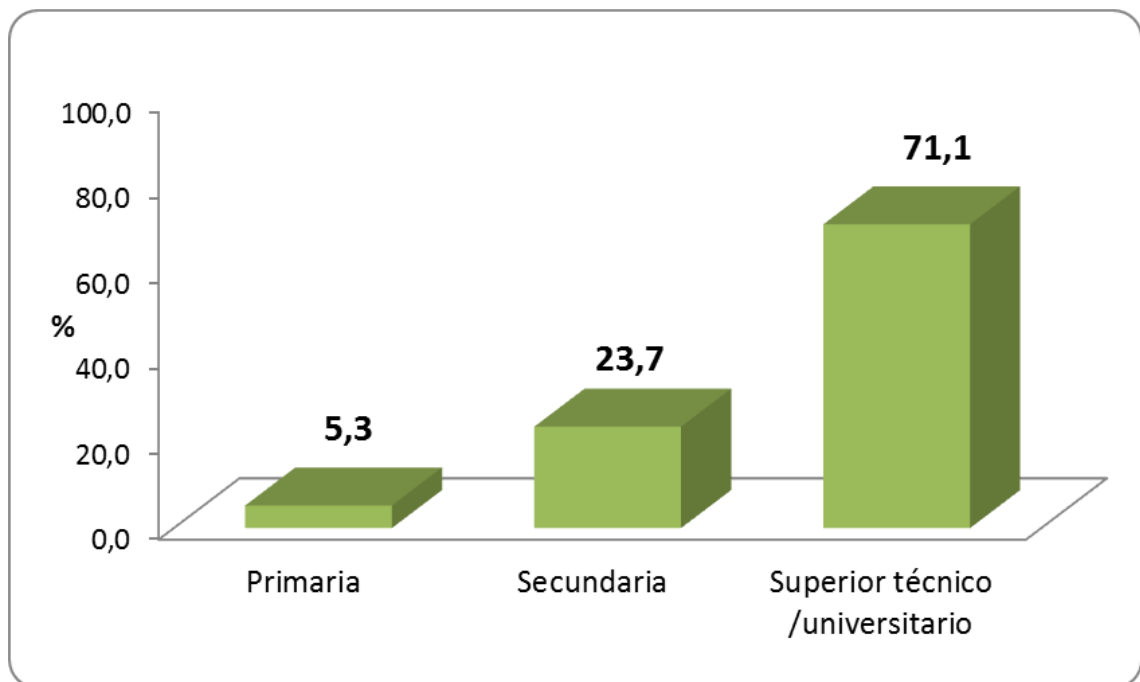


Gráfico 03. Porcentaje de familiares acompañantes según grado de instrucción de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

En relación al grado de instrucción, tuvimos con 71,1% a los familiares con un grado de instrucción superior técnico/universitario, seguido por el grado de instrucción secundaria con un 23,7% y por último los familiares con grado de instrucción primaria fueron de un 5,3%.

4.1.2. CARACTERISTICAS DE CONOCIMIENTO DE CUIDADO A PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA:

Tabla 04. Conocimiento de aspectos generales del Programa Familiar Acompañante en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Aspectos generales del Programa Familiar Acompañante	Pre test		Post test	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conoce	5	13,2	22	57,9
No conoce	33	86,8	16	42,1
Total	38	100,0	38	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

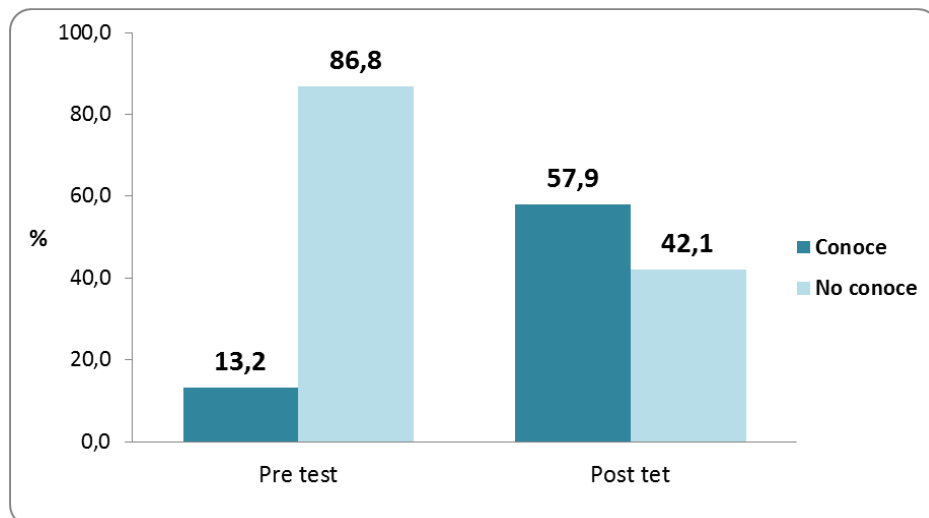


Gráfico 04. Porcentaje de familiares acompañantes según conocimiento de aspectos generales del Programa Familiar Acompañante, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

De los 38 familiares encuestados, el 86,8 %, que representó a 33 familiares acompañantes no conocieron los aspectos generales del programa familiar acompañante: deberes y derechos de asegurado/ familia: actividades del familiar acompañante, horario de visita, traslado de pacientes, DNI, preparación para el alta, tiempo de estancia, informe Médico, medidas de bioseguridad cuidados, higiene de manos y lavado de manos, pases de 12 horas, 24 horas, citas y un 13,2% es decir 5 familiares que si lo conocen antes de aplicar las sesiones educativas. En cambio, posterior a la intervención, 57,9% es decir 22 familiares tuvieron conocimiento y el 42,1% no conocen.

Tabla 05. Conocimiento de educación respecto a la enfermedad en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Educación respecto a la enfermedad	Pre test		Post test	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conoce	9	23,7	22	57,9
No conoce	29	76,3	16	42,1
Total	38	100,0	38	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

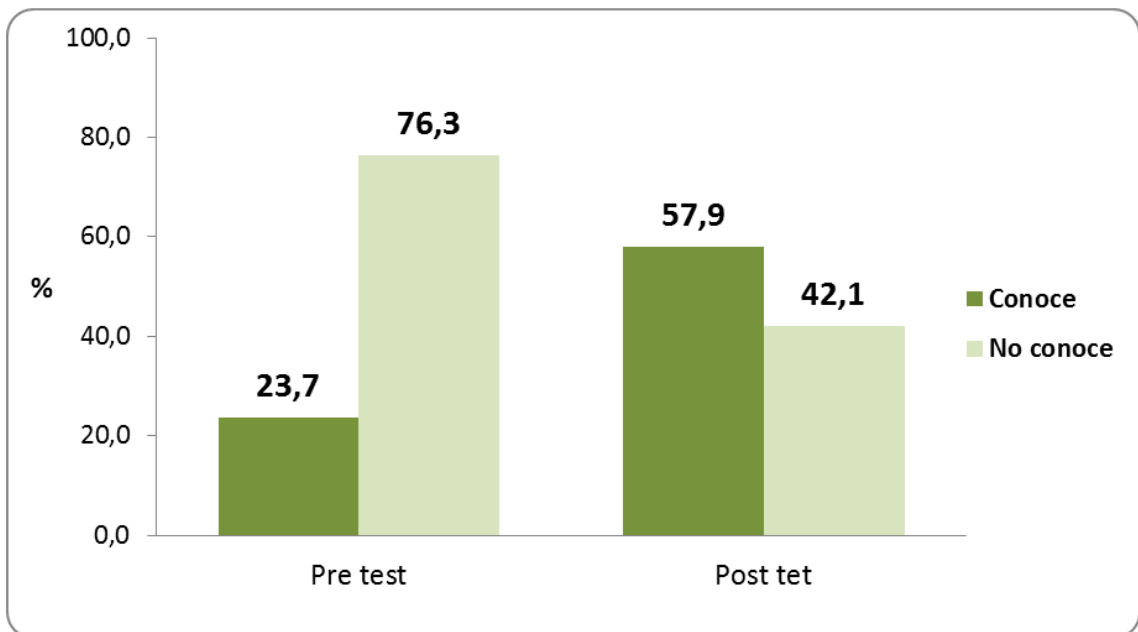


Gráfico 05. Porcentaje de familiares acompañantes según conocimiento de educación respecto a la enfermedad, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

De los 38 familiares acompañantes, 29 no conocen educación respecto a la enfermedad, lo que representa un 76,3% es decir desconocen aspectos relacionados a: Naturaleza de la enfermedad: definición, causas, complicaciones, tratamiento, cuidados a tener en cuenta, después de aplicar la sesión respectiva se evaluó y se obtuvo que solo un 42,1% no conoce las aspectos relacionados a la educación a la enfermedad y un 57,9 % si lo conoce.

Tabla 06. Conocimiento de comodidad y confort en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Comodidad y confort	Pre test		Post test	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conoce	7	18,4	23	60,5
No conoce	31	81,6	15	39,5
Total	38	100,0	38	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

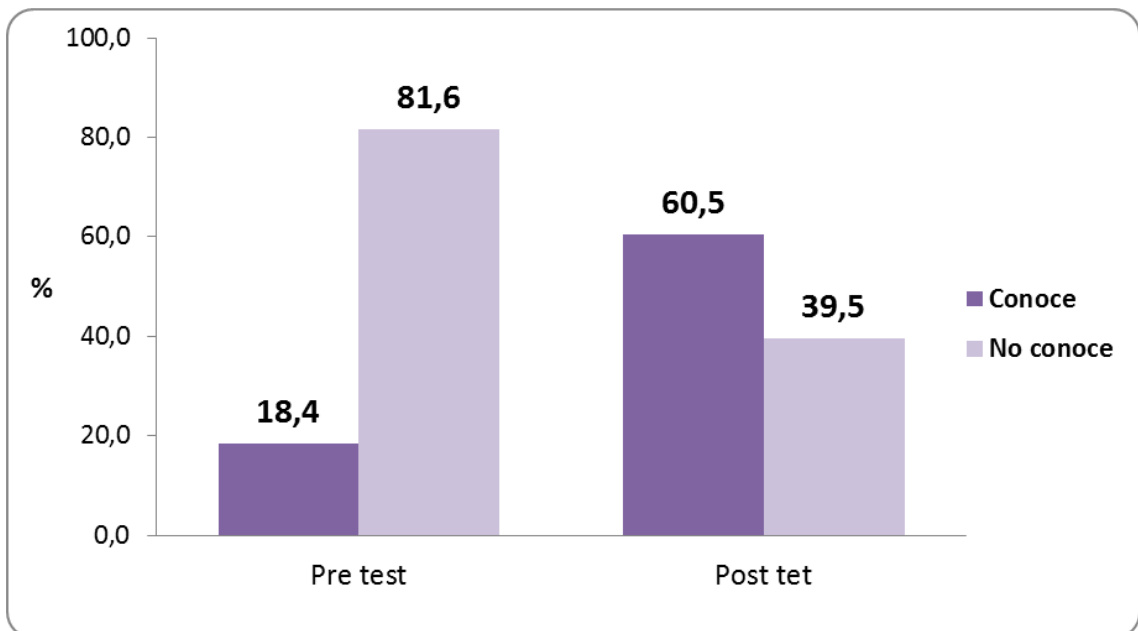


Gráfico 06. Porcentaje de familiares acompañantes según conocimiento de comodidad y confort, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Este cuadro nos indica que en lo referente a comodidad y confort de las 38 familiares encuestados el 81,6%, es decir 31 familiares no conoce aspectos relacionados a: identificación de signos de alarma, higiene de la piel, baño en cama, higiene perineal, hidratación de la piel, cambios posturales, baño de ducha, curación de úlceras por presión, curación de otro tipo de heridas; posterior a la aplicación de la sesión educativa solo un 39,5% que no conocían lo referente a la comodidad y confort donde se ve que hay un incremento muy significativo de 60,5% de familiares que si conocen, aspectos relacionados a la comodidad y confort.

Tabla 07. Conocimiento de cuidados en alimentación saludable en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Cuidados en alimentación saludable	Pre test		Post test	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conoce	11	28,9	25	65,8
No conoce	27	71,1	13	34,2
Total	38	100,0	38	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

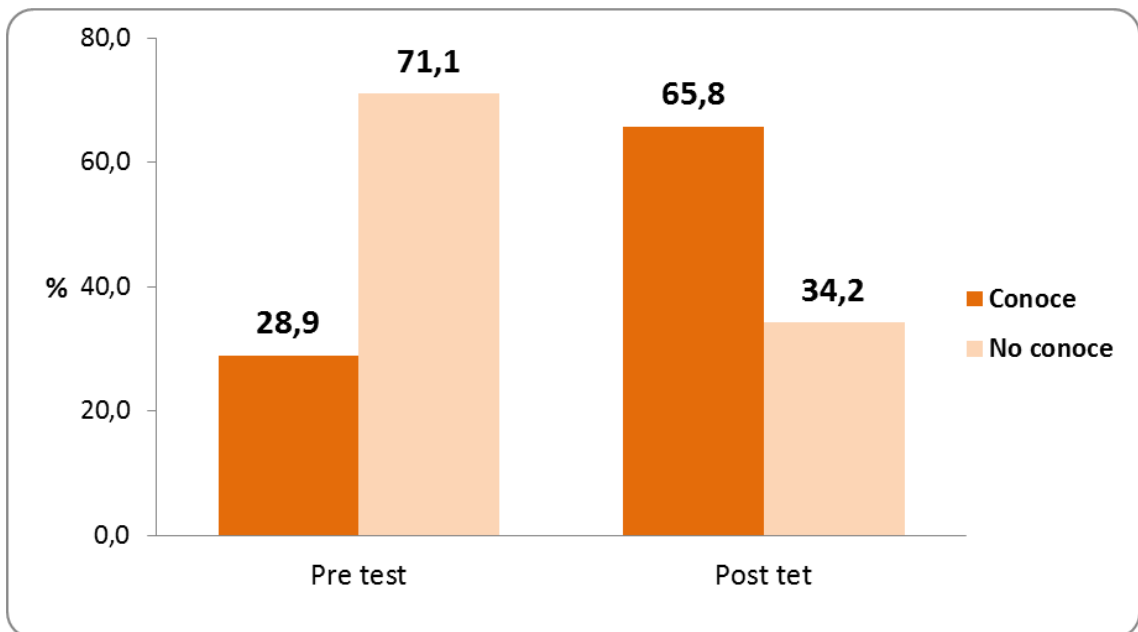


Gráfico 07. Porcentaje de familiares acompañantes según conocimiento de cuidados en alimentación saludable, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Se pudo observar en el cuadro que 71,1%, es decir 27 familiares acompañantes no conocen aspectos relacionados a cuidados en alimentación saludable: alimentación vía oral, alimentación por sonda nasogastrica (SNG), alimentación por sonda nasoyeyunal (NSY) y alimentación por gastrostomía, posterior a la aplicación de la sesión educativa se pasó a un 65,8% de personas que conocen sobre estos aspectos y solo un 28,9% que no logro conocer los aspectos antes mencionados.

Tabla 08. Conocimiento de cuidados de eliminación en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Cuidados de eliminación	Pre test		Post test	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conoce	6	15,8	22	57,9
No conoce	32	84,2	16	42,1
Total	38	100,0	38	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

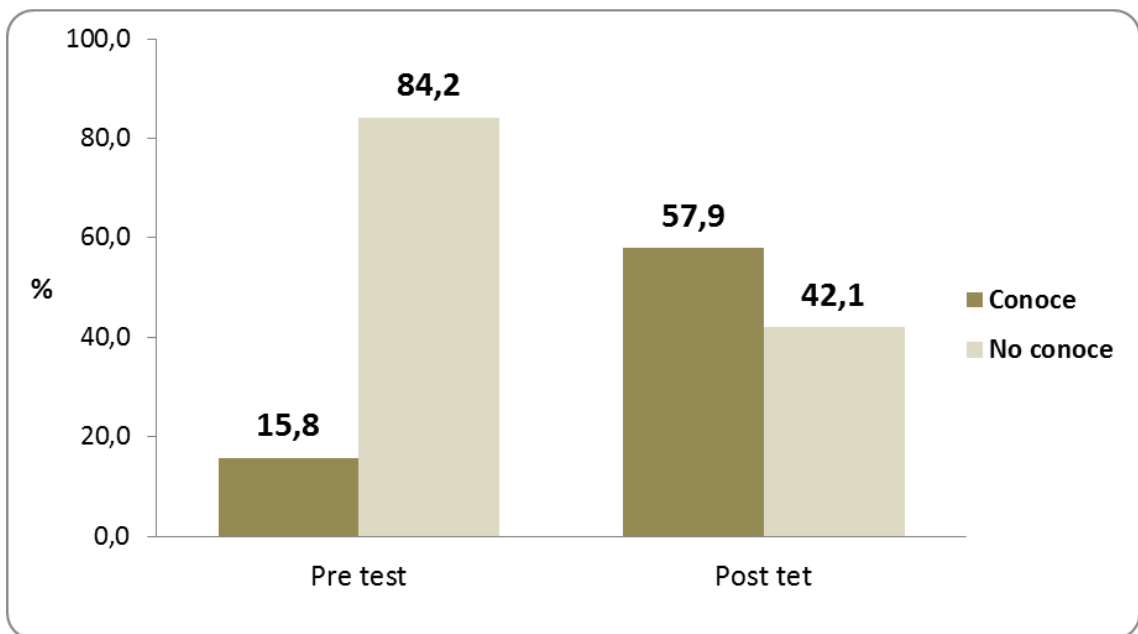


Gráfico 08. Porcentaje de familiares acompañantes según conocimiento de cuidados de eliminación, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Este cuadro nos indica que el 84,2%, es decir 32 familiares encuestados no conocen los cuidados de eliminación: cuidados de sonda vesical, cuidador en el cambio de pañal, prevención del eritema del pañal, cuidados en el cambio de bolsa de colostomía y solo un 15,8% si lo conoce, posterior a la aplicación de la sesión hay una variación importante no conoce el 42,1% y conoce 57,9% de forma efectiva.

Tabla 09. Conocimiento de cuidados al alta del paciente y del cuidador en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Cuidados al alta del paciente y del cuidador	Pre test		Post test	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conoce	12	31,6	28	73,7
No conoce	26	68,4	10	26,3
Total	38	100,0	38	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

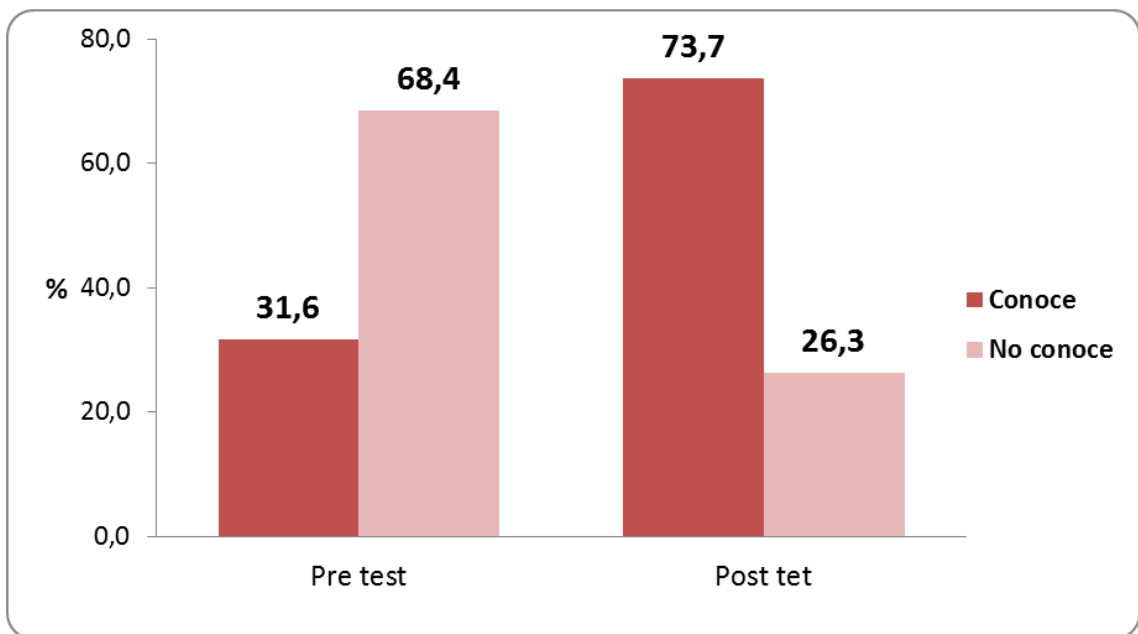


Gráfico 09. Porcentaje de familiares acompañantes según conocimiento de cuidados al alta del paciente y del cuidador, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

El resultado de este cuadro nos indica que de las 38 familiares encuestados el 68,4% es decir 26 familiares desconocen los cuidados al alta del paciente y del cuidador: aplicación del test de Zarit, cuidados del cuidador: prevención de carga del cuidador, educación al momento del alta del paciente: cuidados y medicación, aplicación de la encuesta de satisfacción del usuario, posterior a la enseñanza se cuenta con un 73,7% si conoce lo antes mencionado.

Tabla 10. Conocimiento general de cuidado de pacientes con fractura de cadera en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Cuidado de pacientes con fractura de cadera	Pre test		Post test	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conoce	7	18,4	23	60,5
No conoce	31	81,6	15	39,5
Total	38	100,0	38	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

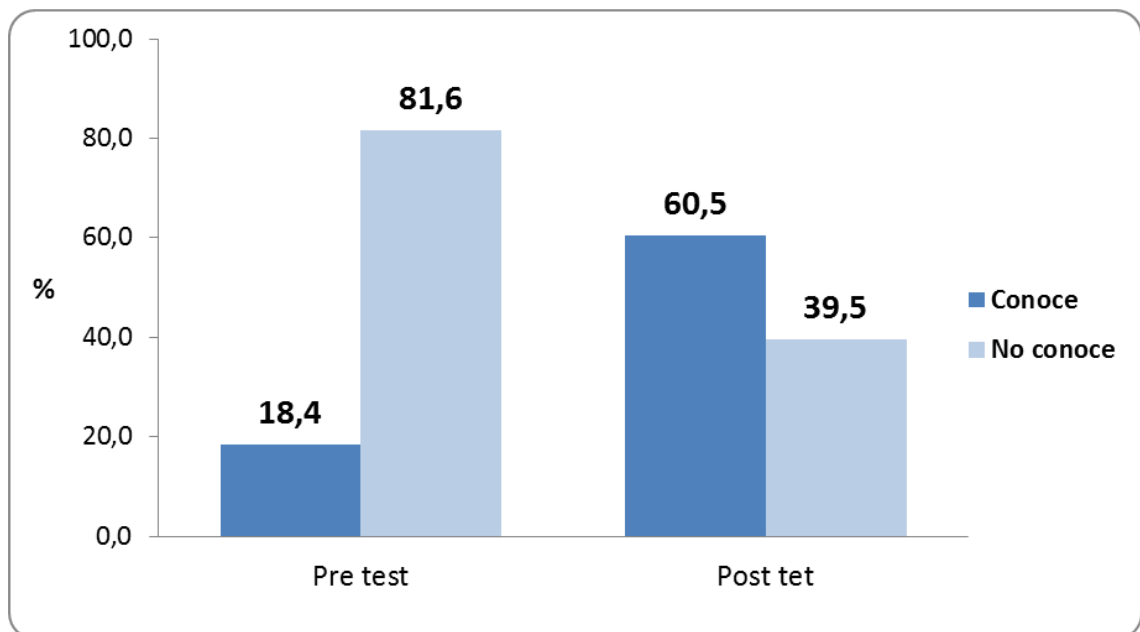


Gráfico 10. Porcentaje de familiares acompañantes según conocimiento general de cuidado de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

En general, respecto al conocimiento de cuidado de pacientes con fractura de cadera en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, se encontró antes de la intervención, que el 81,6% (31 familiares) no conocían y solo el 18,4% si conocían. Por otro lado, posterior a la intervención, el 60,5% (23 familiares) conocían sobre cuidado de pacientes con fractura de cadera y 39,5% no lo conocían.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS.

Tabla 11. Comparación de conocimiento de aspectos generales del Programa Familiar Acompañante en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Pre test	Post test				Total		Prueba McNemar (Significancia)
	Conoce		No conoce				
	N°	%	N°	%	N°	%	
Conoce	5	13,2	0	0,0	5	13,2	0,000
No conoce	17	44,7	16	42,1	33	86,8	
Total	22	57,9	16	42,1	38	100,0	

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

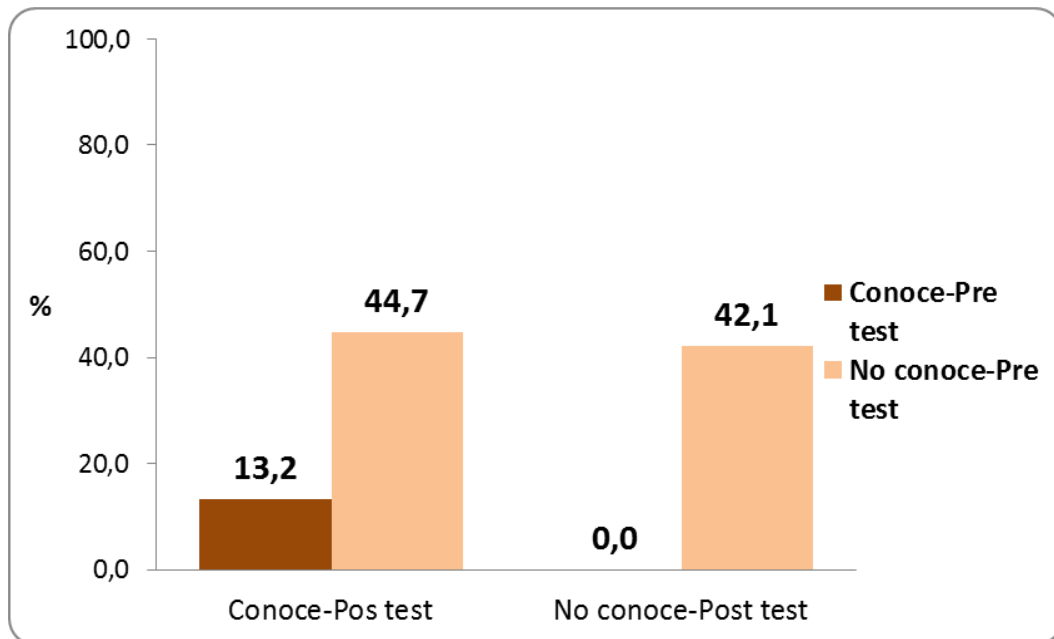


Gráfico 11. Porcentaje de familiares acompañantes con conocimiento de aspectos generales del Programa Familiar Acompañante, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

En cuanto a la comparación de conocimiento de aspectos generales del Programa Familiar Acompañante en los familiares acompañantes en estudio, se encontró que la proporción de familiares acompañantes con conocimiento de aspectos generales del Programa Familiar Acompañante aumentó de 13,2% en la medición antes a 57,9% después de asistir a la intervención educativa, este resultado fue significativo mediante la Prueba McNemar de $p \leq 0,000$.

Tabla 12. Comparación de conocimiento de educación respecto a la enfermedad en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Pre test	Post test				Total		Prueba McNemar (Significancia)
	Conoce		No conoce		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Conoce	9	23,7	0	0,0	9	23,7	0,000
No conoce	13	34,2	16	42,1	29	76,3	
Total	22	57,9	16	42,1	38	100,0	

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

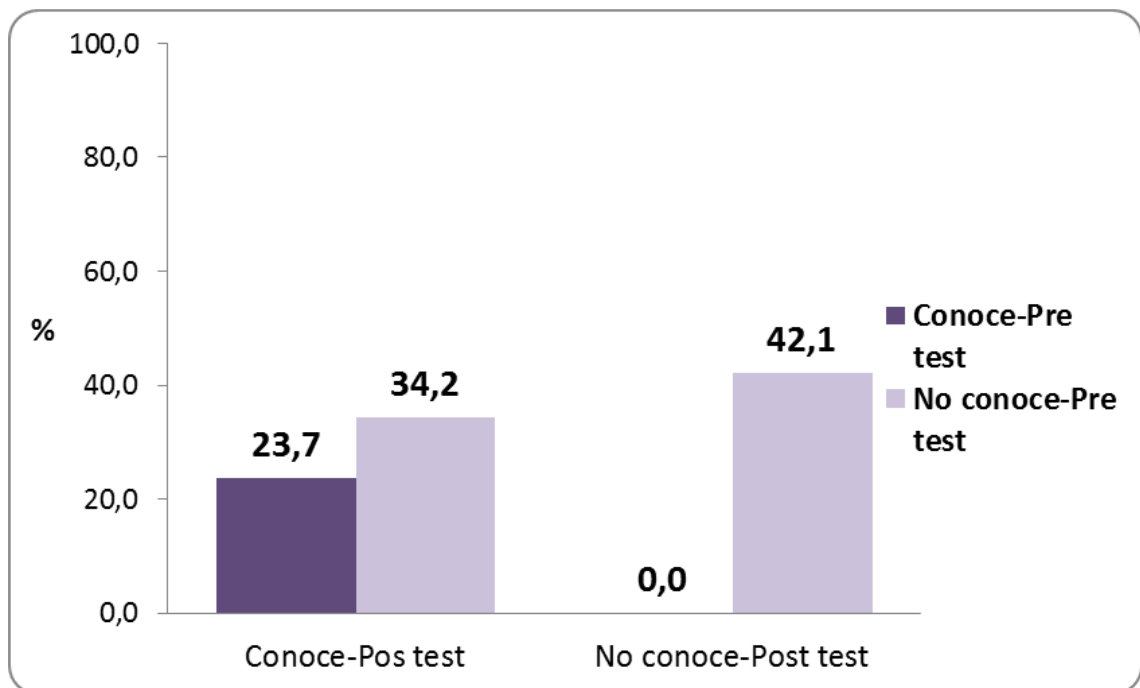


Gráfico 12. Porcentaje de familiares acompañantes con conocimiento de educación respecto a la enfermedad, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Respecto a la comparación de conocimiento de educación respecto a la enfermedad en los familiares acompañantes en estudio, se encontró que la proporción de familiares acompañantes con conocimiento de educación respecto a la enfermedad aumentó de 23,7% en la medición antes a 57,9% después de asistir a la intervención educativa, este resultado fue significativo mediante la Prueba McNemar de $p \leq 0,000$.

Tabla 13. Comparación de conocimiento de comodidad y confort en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Pre test	Post test				Total		Prueba McNemar (Significancia)
	Conoce		No conoce		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Conoce	7	18,4	0	0,0	7	18,4	
No conoce	16	42,1	15	39,5	31	81,6	0,000
Total	23	60,5	15	39,5	38	100,0	

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

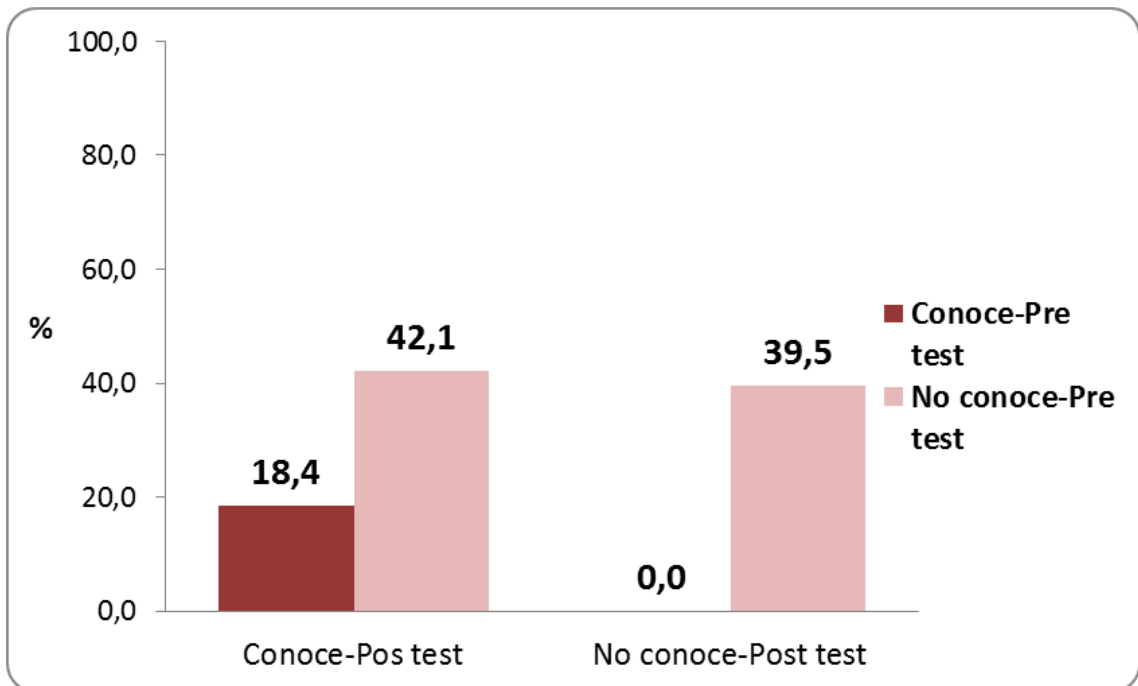


Gráfico 13. Porcentaje de familiares acompañantes con conocimiento de comodidad y confort, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

En razón a la comparación de conocimiento de comodidad y confort en los familiares acompañantes en estudio, se encontró que la proporción de familiares acompañantes con conocimiento de comodidad y confort aumentó de 18,4% en la medición antes a 60,5% después de asistir a la intervención educativa, este resultado fue significativo mediante la Prueba McNemar de $p \leq 0,000$.

Tabla 14. Comparación de conocimiento de cuidados en alimentación saludable en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Pre test	Post test				Total		Prueba McNemar (Significancia)
	Conoce		No conoce		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Conoce	11	28,9	0	0,0	11	28,9	0,000
No conoce	14	36,8	13	34,2	27	71,1	
Total	25	65,8	13	34,2	38	100,0	

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

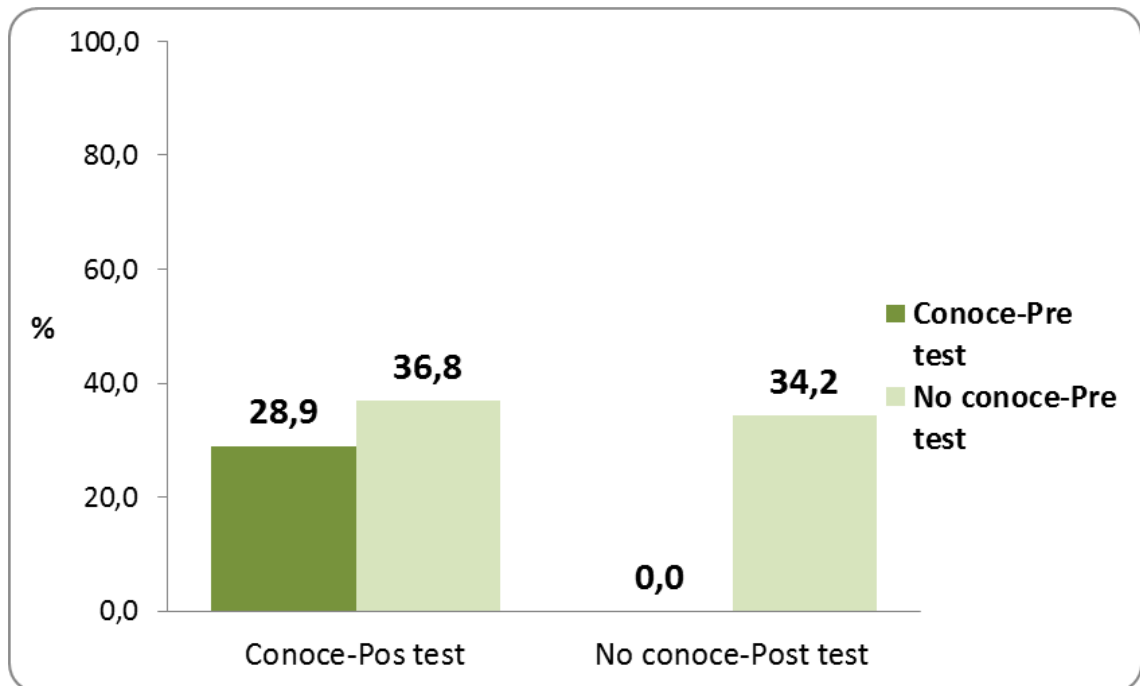


Gráfico 14. Porcentaje de familiares acompañantes con conocimiento de cuidados en alimentación saludable, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Referente a la comparación de conocimiento de cuidados en alimentación saludable en los familiares acompañantes en estudio, se encontró que la proporción de familiares acompañantes con conocimiento de cuidados en alimentación saludable aumentó de 28,9% en la medición antes a 65,8% después de asistir a la intervención educativa, este resultado fue significativo mediante la Prueba McNemar de $p \leq 0,000$.

Tabla 15. Comparación de conocimiento de cuidados de eliminación en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Pre test	Post test				Total		Prueba McNemar (Significancia)
	Conoce		No conoce		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Conoce	6	15,8	0	0,0	6	15,8	0,000
No conoce	16	42,1	16	42,1	32	84,2	
Total	22	57,9	16	42,1	38	100,0	

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

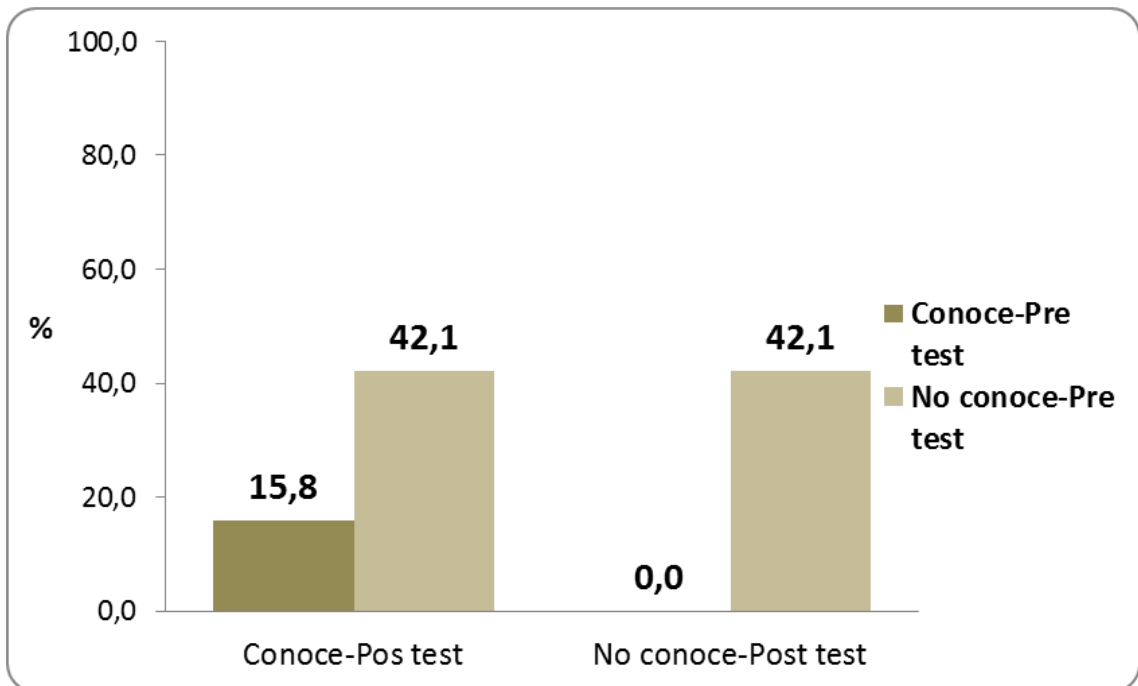


Gráfico 15. Porcentaje de familiares acompañantes con conocimiento de cuidados de eliminación, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Concerniente a la comparación de conocimiento de cuidados de eliminación en los familiares acompañantes en estudio, se encontró que la proporción de familiares acompañantes con conocimiento de cuidados de eliminación aumentó de 15,8% en la medición antes a 57,9% después de asistir a la intervención educativa, este resultado fue significativo mediante la Prueba McNemar de $p \leq 0,000$.

Tabla 16. Comparación de conocimiento de cuidados al alta del paciente y del cuidador en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Pre test	Post test				Total		Prueba McNemar (Significancia)
	Conoce		No conoce		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Conoce	12	31,6	0	0,0	12	31,6	0,000
No conoce	16	42,1	10	26,3	26	68,4	
Total	28	73,7	10	26,3	38	100,0	

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

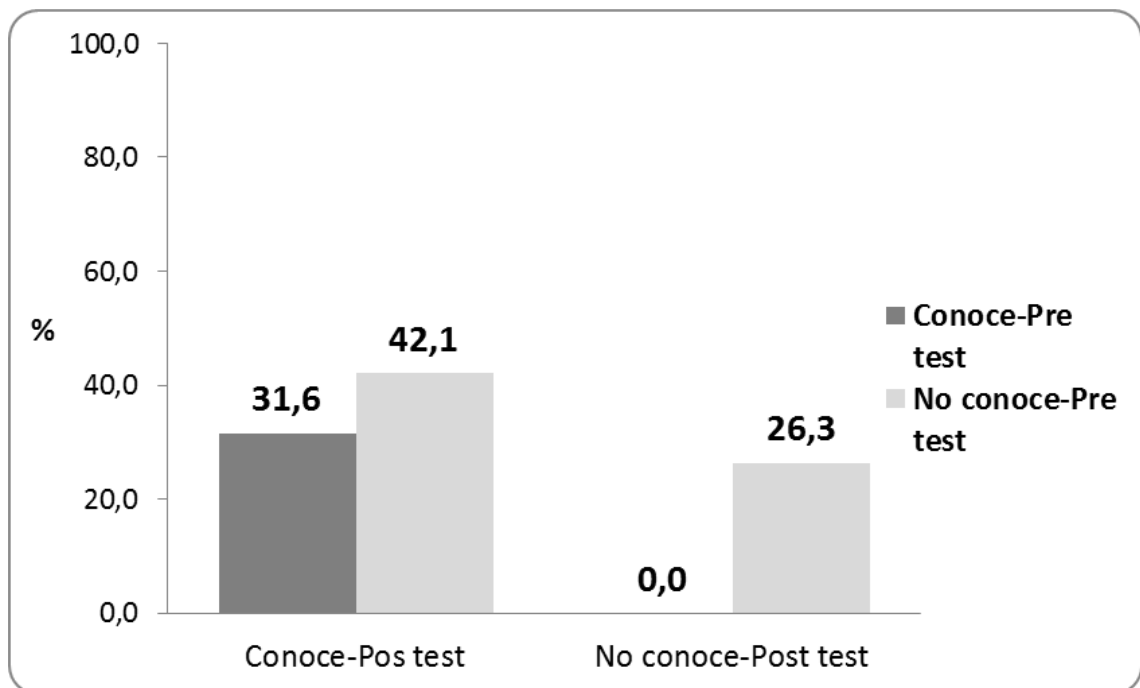


Gráfico 16. Porcentaje de familiares acompañantes con conocimiento de cuidados al alta del paciente y del cuidador, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

En lo que respecta a la comparación de conocimiento de cuidados al alta del paciente y del cuidador en los familiares acompañantes en estudio, se encontró que la proporción de familiares acompañantes con conocimiento de cuidados al alta del paciente y del cuidador aumentó de 31,6% en la medición antes a 73,7% después de asistir a la intervención educativa, este resultado fue significativo mediante la Prueba McNemar de $p \leq 0,000$.

Tabla 17. Comparación de conocimiento general de cuidado de pacientes con fractura de cadera en los familiares acompañantes de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Pre test	Post test				Total		Prueba McNemar (Significancia)
	Conoce		No conoce		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Conoce	7	18,4	0	0,0	7	18,4	0,000
No conoce	16	42,1	15	39,5	31	81,6	
Total	23	60,5	15	39,5	38	100,0	

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

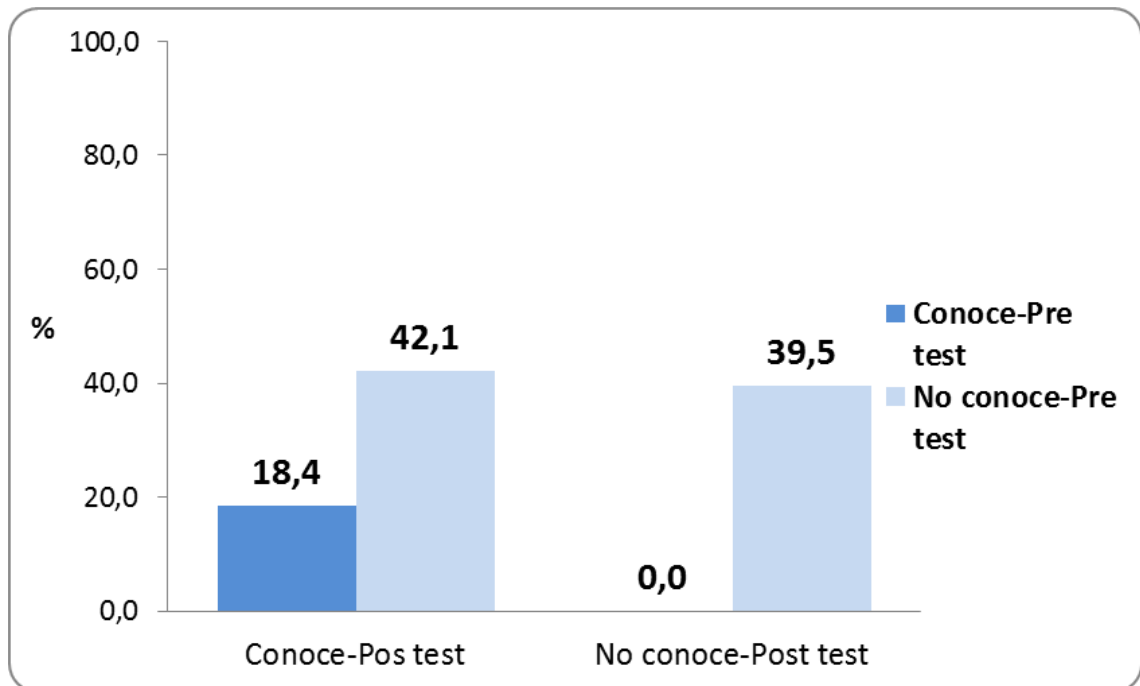


Gráfico 17. Porcentaje de familiares acompañantes con conocimiento general de cuidado de pacientes con fractura de cadera, antes y después de la intervención de servicio de Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – Essalud Lima 2017

Y, en cuanto a la comparación de conocimiento general de cuidado de pacientes con fractura de cadera en los familiares acompañantes en estudio, se encontró que la proporción de familiares acompañantes con conocimiento general de cuidado de pacientes con fractura de cadera aumentó de 18,4% en la medición antes a 60,5% después de asistir a la intervención educativa, este resultado fue significativo mediante la Prueba McNemar de $p \leq 0,000$.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. DISCUSIÓN.

Con respecto a los resultados sobre los aspectos generales del programa familiar acompañante, de los 38 familiares encuestados el 86.8 %, que representa a 33 familiares no conoce los aspectos generales del programa familiar acompañante: deberes y derechos del asegurado/ familia: actividades del familiar acompañante, horario de visita, traslado de pacientes, DNI, preparación para el alta, tiempo de estancia, informe Médico, medidas de bioseguridad cuidados, higiene de manos y lavado de manos, pases de 12 horas, 24 horas, citas, un 13.2% es decir 5 familiares que si lo conocen antes de aplicar las sesiones educativas, posterior a ello de 86.8% pasa a solo un 42.1% donde el porcentaje de diferencia se traslada a la muestra que ya cuenta con el conocimiento con un 57.9% es decir 22 familiares.

Concerniente al conocimiento de educación respecto a la enfermedad causas complicaciones identificación de signos de alarma en el pre test indica que 29 familiares no conoce respecto a la enfermedad el (76.3%) y conoce solo 9 familiares (23.7%) y en post test 16 familiares no conocen (42.1%) y 22 familiares conocen respecto a la enfermedad (57.9) es decir que la educación que brinda la enfermera tiene influencia positiva en el familiar cuidador del paciente con fractura de cadera. La intervención educativa que realiza la enfermera con los familiares tiene como finalidad enseñar a minimizar los riesgos y darles mejor

calidad de vida evitando mayores daños o complicaciones, concordando con Hernández, Judy y Casanovas⁴⁶, afirma en su estudio.

Concluyeron que la implicación del personal de enfermería tanto en la educación continua del paciente y de sus cuidadores es necesaria y fundamental para conseguir unos resultados clínicos adecuados. Son los cuidadores principales, en especial, los que manifiestan sentirse satisfechos y reconfortados con el soporte recibido.

La tabla relacionada a la comodidad y confort refleja que 31 familiares (81.6%) no conoce aspectos: higiene de la piel, baño en cama, higiene perineal, hidratación de la piel, cambios posturales, baños de ducha, curación de úlceras por presión, y si conocen 7 familiares (18.7%), en comparación con el post test se ve que hay una variación significativa los resultados indican que no conocen 15 familiares (39.5%) , y conocen 23 familiares (60.5%) aspectos relacionados a la comodidad y confort lo cual evidencia un cambio en el conocimiento después de recibir las sesiones educativas, el confort y la movilización favorece significativamente en la recuperación del paciente porque disminuye el riesgo de adquirir complicaciones por el estado de postración que ocasiona la fractura de cadera.

Concordando con Collieri que nos indica, cuidar es ante todo un acto de vida, representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y a facilitar las condiciones para facilitar la realización del proceso vital humano – Cuidar significa movilizar las capacidades del ser humano bien sea en estado de salud o enfermedad teniendo en cuenta sus costumbres para lograr su crecimiento y desarrollo desde el nacimiento hasta la muerte.

En la tabla referida a la alimentación saludable que comprende aspectos relacionados a la alimentación vía oral, alimentación por SNG, alimentación por

sonda nasoyeyunal, alimentación por gastrostomía, 27 familiares (71.1%) no conoce los cuidados de alimentación saludable, y solo 11 familiares (28.9%) conocen los cuidados de alimentación saludable después de la sesión educativa vemos el resultado en el post test que no conoce 13 familiares (34.2%), y si conocen 25 familiares (65.8%) es decir que la educación impartida por la enfermera a los familiares refleja un efecto positivo lo que beneficia directamente al paciente en su recuperación. La presencia del familiar en el momento de la alimentación contribuye a preservar el vínculo paciente -familia y la satisfacción es mutua.

Según Derribery, la educación para la salud constituye un proceso de aprendizaje dirigido a modificar de una manera favorable las actitudes y a influir en los hábitos higiénicos de la población, enseñar a los familiares las pautas para dar alimentación por sonda nasogastrica, nasoyeyunal por gastrostomía constituye una responsabilidad para la enfermera porque estas formas de alimentación si bien traen ventajas también traen riesgos y complicaciones como: la bronco aspiración, perforación gástrica , taponamiento de la sonda, incomodidad para el paciente este tipo de alimentación es por prescripción médica para que el paciente reciba el aporte nutricional para mantener las funciones del organismo.

Los resultados obtenidos en el estudio de investigación se encontró que con respecto a los cuidados de eliminación después de las sesiones educativas hay una modificación significativa en el conocimiento sobre: cuidados del paciente con sonda vesical, cuidados de cambio de pañal, prevención de eritema de pañal, cuidados en el cambio de bolsa de colostomía en el pre test 32 familiares no conoce los cuidados (84.2%), y si conoce 6 familiares (15.8%) , el pos test vemos que no conocen los cuidados 16 familiares (42.1%) y conocen 22

familiares (57.9%), el patrón de eliminación rectal y vesical en el adulto mayor postrado por la fractura de cadera se afecta por la inmovilización debido al traumatismo óseo, el peristaltismo intestinal esta disminuido aún más si el paciente tiene antecedentes de estreñimiento crónico, concordando con Estudios como “Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter” de S. Martínez Gorostiaga , T. Urío 2 , L. Garrón 3 , J. Sáinz de Murieta 4 , J. Uriz , B. Bermejo⁴⁷ resaltan que La infección del tracto urinario es la más frecuente de las infecciones nosocomiales (representa entre un 23 y un 30% de las infecciones adquiridas durante el ingreso hospitalario). El cateterismo vesical (CV) es el factor más influyente para desarrollar una infección urinaria. La adopción de medidas específicas de prevención y control podría disminuir en un 30% las complicaciones infecciosas debidas a este instrumento.

Los hallazgos con respecto a los cuidados al alta del paciente y del cuidador: el pre test 26 familiares no conoce (68.4%) si conoce 12 familiares (31,6%) en el post test no conocen 16 familiares (42.1%) y conocen aspectos relacionados al alta 22 familiares (57.9%), la educación para el alta constituye el reforzamiento de toda la enseñanza que ha recibido el familiar cuidador en las sesiones educativas, el alta de paciente es un proceso interdisciplinario, el paciente y familiar recibe las indicaciones médicas de tratamiento a seguir en casa de forma escrita, el rol educador que desempeña la enfermera es preponderante porque aporta beneficios para el paciente y familiar, de esta manera asegura la continuidad del cuidado en el hogar, la enfermera explica al paciente y familiar el horario en que debe medicamentos, ejercicios que debe realizar, fecha de control médico, el día del alta la enfermera entrega el formato de la encuesta de satisfacción al usuario, la encuesta es anónima, el familiar cuidador recibe educación de los cuidados que debe tener en cuenta para evitar la sobrecarga al

realizar el cuidado de su familiar. Es por esto que, la aplicación de La Escala de Sobrecarga del Cuidador Test de Zarit, es esencial para estudiar el rol del cuidador estos resultados difieren de los resultados del estudio realizado por Ara Mercedes Cerquera Cordova⁴⁸, sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia senil tipo Alzheimer donde señala que el nivel de sobrecarga que se encontró en la muestra de cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer corresponde a un porcentaje de 65.496% no presento sobrecarga laboral al igual que el estudio realizado por Ocampo en donde igualmente no se presentó sobrecarga con un 54.296%, lo que se debe a múltiples factores encontrados entre ellos el buen nivel socioeconómico de la muestra el parentesco con el familiar lo cual hacia que el cuidado represente una obligación filial igualmente el género era determinante en la adopción del rol como parte de su condición femenina.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Posterior a la Investigación realizada se concluye que el efecto de la educación a los familiares de los pacientes con fractura de cadera tuvo influencia positiva significativa en el incremento de conocimiento en aspectos generales del Programa Familiar Acompañante, con $p \leq 0,000$.
- También, tras la investigación realizada se concluye que el efecto de la educación a los familiares de los pacientes con fractura de cadera tuvo influencia positiva significativa en el incremento de conocimiento de educación respecto a la enfermedad, con $p \leq 0,000$.
- Tras la investigación realizada se concluye que el efecto de la educación a los familiares de los pacientes con fractura de cadera tuvo influencia positiva significativa en el incremento de conocimiento de comodidad y confort, con $p \leq 0,000$.
- Tras la investigación realizada se concluye que el efecto de la educación a los familiares de los pacientes con fractura de cadera tuvo influencia positiva significativa en el incremento de conocimiento de cuidados en alimentación saludable, con $p \leq 0,000$.
- Tras la investigación realizada se concluye que el efecto de la educación a los familiares de los pacientes con fractura de cadera tuvo influencia positiva significativa en el incremento de conocimiento de cuidados de eliminación, con $p \leq 0,000$.
- Tras la investigación realizada se concluye que el efecto de la educación a los familiares de los pacientes con fractura de cadera tuvo influencia positiva significativa en el incremento de conocimiento de cuidados al alta del paciente y del cuidador, con $p \leq 0,000$.

- Y, tras la investigación realizada se concluye que el efecto de la educación a los familiares de los pacientes con fractura de cadera tuvo influencia positiva significativa en el incremento de conocimiento del cuidado de pacientes con fractura de cadera, con $p \leq 0,000$.

SUGERENCIAS

- Se recomienda que estudios como este sean el punto de partida para generar interés e involucramiento de la familia en los cuidados esenciales del paciente con fractura de cadera
- Continuar desarrollando el programa de familiar acompañante a fin de brindar conocimientos, para que puedan adquirir habilidades y destrezas sobre el cuidado a sus familiares
- Se recomienda continuar con la educación para reforzar el vínculo del cuidador y el paciente para mejorar el estado físico y anímico del mismo.
- Hacer énfasis en la educación relacionada a la prevención de accidentes que conlleven a la fractura de cadera en los grupos de edad adultos y adultos mayores.

BIBLIOGRAFIA

1. Martínez R, Moreno J, Goide E, Fernández D. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con fracturas de cadera. MEDISAN 2012; 16(2): 182-188.
2. Álvarez R. Tratado de Ortopedia y Traumatología. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1985.
3. Nogal L, Ribera JM. Complicaciones y consecuencias de las caídas. El síndrome poscaída. En: Pitto RP. Osteoporosis y caídas en los ancianos. Barcelona. Ed. Fahoemo-Edipharma; 1994.
4. Copeland CE, Mitchell KA, Brumback RJ, Gens DR, Burges AR. Mortalidad en pacientes con fracturas femorales bilaterales. J Orthop.Trauma. 2008;12:315-9.
5. Prats M, Pueyo MJ. Las familias como eje central de la organización. Rev. Rol de Enfermería, 2003, 26(2): 154-158.
6. Organización Médica Colegial de España. El cuidador en España [internet]. [Consultado enero 2018]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-familia-es-la-responsable-del-cuidado-del-paciente-con-alzheimer-en-el-94-de-los-casos>
7. Capilla C. La vida de cuidadora por oficio. El relato de una cuidadora familiar. Index Enferm. 2005 primavera-verano. XIV (48-49):59-62.
8. Zabalegui A, Juando C, Izquierdo M, Gual P, et al. Recursos y consecuencia de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Gerokomos 2004. 15(4).
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento de la osteoporosis. EB11413, 2004. Geneva: WHO; 2004.

10. Palomino L, Ramirez R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. *Acta méd. peruana*. 2016;33(1):15-20.
11. Martínez A. Fracturas de cadera en ancianos, Pronóstico, Epidemiología. Aspectos Generales. Experiencia. *Rev Col de Or Tra* 2005; 19(1):20-28.
12. Carvajal A. *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica* 2007;LXIV (581) 199-202.
13. Avellana J, Ferrández L. Guía de la buena práctica clínica en geriatría: anciano afecto de fractura de cadera. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, Elsevier Doyma; 2007.
14. Ercolano A, Drnovsek L, Gauna A. Fractura de Cadera en los hospitales públicos de la Argentina. *Rev. argent. endocrinol. metab.* 2012;49(1): 3-11.
15. Intervenciones enfermería en la Atención del Adulto Mayor con Fractura de Cadera. México, Mexicano del Seguro Social, 2013 [internet]. [Consultado abril 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/44Gma2>
16. Intervenciones enfermería en la Atención del Adulto Mayor con Fractura de Cadera. México, Mexicano del Seguro Social, 2013 [internet]. [Consultado abril 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/44Gma2>
17. Rodríguez JA, Borzutzky A, Barnett C, Marín PP. Falta de reconocimiento de osteoporosis y omisión de tratamiento en adultos mayores con fractura de cadera en Chile. *Rev. méd. Chile*. 2003;131(7):773-778.
18. Hernández L, Judy R, Casanovas E. Influencia de la educación para el control del fósforo sérico realizada por enfermería a pacientes y a sus cuidadores principales. *Enferm Nefrol* 2014;17(2):92-97.

19. Ramos VM, Rico RM, Martínez PC. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enferm. glob.* 2012; 11(25): 219-232.
20. Luengo CE, Araneda G, López MA. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index Enferm.* 2010;19(1):14-18.
21. Garrido MA. Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en el cuidado del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el sub departamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007. [Tesis de pregrado]. Valdivia – Chile: Universidad Austral De Chile; 2008.
22. Quero A, Briones R, Prieto Á, Pascual N, Navarro A, Guerrero C. Los cuidadores familiares en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación de Granada. *Index Enferm.* 2005;14(48-49):14-17.
23. Ortiz AC, Gaviria DL, Palacio ML, Marín A, García DP, Monotya E, et al. Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. Instituciones de segundo nivel. Área Metropolitana. Medellín 1999 - 2000. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2002;XX(2):12-29.
24. Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopédicos [internet]. [Consultado enero 2017]. Disponible en: <http://www.orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00392>
25. Juste M, Cáceres E, Colomina MJ. Morbimortalidad asociada a la fractura de cadera del paciente anciano. Análisis en nuestro medio. Departamento de Cirugía Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2012.

26. Rodríguez CE. Incidencia de fracturas del tercio proximal de fémur en pacientes de 60 a 80 años de edad en Ecuador [Tesis]. Ecuador: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
27. Instituto Nacional de Salud. Osteoporosis y enfermedades relacionadas con los huesos. Resumen de la osteoporosis [internet]. [Consultado abril 2018]. Disponible en: http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Bone/Osteoporosis/overview.asp#e.
28. Rodríguez CE. Op. Cit. P. 32.
29. Guerra MM, Rodríguez JB, Puga E, Charle MA, Gomes CS, Prejigueiro A. Incidencia de la fractura de cadera osteoporótica en Galicia en relación con la dispensación de medicamentos con indicación en su prevención y tratamiento. *Aten Primaria*. 2011;43(2):82-88.
30. Uribe A, Castaño DA, García AN, Pardo EE. Morbilidad y mortalidad en pacientes mayores de 60 años con fractura de cadera en el Hospital Universitario San Vicente Fundación, de Medellín, Colombia. *Actual. Osteol*. 2011; 7(1): 9-18.
31. Simón L, Thuissard IJ, Gogorcena MA. Atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS. *Estadísticas comentadas*. 2010; 1:2-23.
32. *Ibid*. P. 4.
33. Pérez FT, Ruiz MD, R. Bouzas PR, A. Martin A. Estado nutricional en ancianos con fractura de cadera. *Nutr Hosp*. 2010; 25(4): 676-681.
34. Guerra MM, Rodríguez JB, Puga E, Charle MA, Gomes CS, Prejigueiro A. Op. Cit. P. 82.
35. Juste M, Cáceres E, Colomina MJ. Op. Cit. P. 22.
36. *Ibid*. P. 22.
37. Rodríguez CE. Op. Cit. P. 30.

38. Ibid. P. 34.
39. Ibid. P. 34.
40. Ibid. P. 33.
41. Opazo A. Fractura de cadera en el adulto mayor: manejo y tratamiento. Medwave 2011;11(02): 1-4.
42. Ibid. P. 3.
43. Ibid. P. 1.
44. Domínguez L, Leal E, Prada A. Metodología enfermera: guía de cuidados de enfermería en un paciente con fractura de cadera en urgencias. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Servicio Urgencias Residencia General. 2007.
45. Hernández L, Judy R, Casanovas E. Op. Cit. P. 92.
46. Martínez S, Urío T, Garrón L, Sáinz J, Uriz J, Bermejo B. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. ANALES Sis San Navarra 2000, 23 (Supl. 2): 123-128.
47. Cerquera AM, Francisco AB. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 2012;6(1):35-45

ANEXOS

ANEXO 01

Instrumento de Ejecución de actividades del programa familiar acompañante

ID

SESIONES		PROGRAMA FAMILIAR ACOMPAÑANTE			
		PLANIFICACION	EJECUCION		
		INTERVENCIONES PROGRAMADAS	FECHA	OBS.	FIRMA DEL FAM
SESION 1	ASPECTOS GENERALES DEL PFA	APEERTURA DE FICHA: IMPORTANCIA DEL PROGARAMA FAMILIAR ACOMPAÑANTE			
		DEBERES Y DERECHOS DEL ASEGURADO/ FAMILIA: ACTIVIDADES DE LA CGSIL, HORARIO DE VISITA, TRASLADO DE PACIENTES, DNI, PREPARACION PARA EL ALTA, TIEMPO DE ESTANCIA, INFORME MEDICO, ETC.			
		MEDIDA DE BIOSEGURIDAD CUIDADOS			
		HIGIENE DE MANOS Y LAVADO DE MANOS			
		PASE: 12 HR () 24HR (); CITA:			
SESION 2	EDUCACION RESPECTO A LA ENFERMEDAD	NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD: DEFINICION, CAUSAS, COMPLICACIONES, TRATAMIENTO, CUIDADOS A TENER EN CUENTA			
		IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA			
SESION 3	COMODIDAD Y CONFORT	HIGIENE DE LA PIEL, BAÑO EN CAMA			
		HIGIENE PERINEAL			
		HIDRATACION DE LA PIEL			
		CAMBIOS POSTURALES			

		BAÑO DE DUCHA, CUIDADOS			
		CURACION DE ULCERA POR PRESION			
		CURACION DE OTRO TIPO DE HERIDAS			
SESION 4	CUIDADOS EN ALIMENTACION SALUDABLE	ALIMENTACION VIA ORAL			
		ALIMENTACION POR SONDA NASOGASTRICA (SNG)			
		ALIMENTACION POR SONDA NASOYEYUNAL (SNY)			
		ALIMENTACION POR GASTROSTOMIA			
SESION 5	CUIDADOS DE ELIMINACION	CUIDADOS DE SONDA VESICAL			
		CUIDADOS EN EL CAMBIO DEL PAÑAL: PREVENCION DEL ERITEMA DEL PAÑAL			
		CUIDADOS EN EL CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMIA			
SESION 6	CUIDADOS AL ALTA DEL PACIENTE Y DEL CUIDADOR	APLICACIÓN DEL TEST DE ZARIT			
		CUIDADO DEL CUIDADOR: PREVENCION DE CARGA DEL CUIDADOR			
		EDUCACION AL MOMENTO DEL ALTA DEL PCTE: CUIDADOS Y MEDICACION			
		APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO			

Fuente: Programa familiar acompañante, directiva de gerencia general N°004-gg-essalud-2015

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: INFLUENCIA DE LA EDUCACION DEL CUIDADO AL FAMILIAR CUIDADOR DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN TRAUMATOLOGIA – HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS-ESSALUD.

Yo,, estoy de acuerdo en participar en la presente investigación, cuyo objetivo es determinar la influencia de la educación del cuidado al familiar cuidador de pacientes con fractura de cadera en traumatología – Hospital Edgardo Rebagliati Martins-Essalud 2017.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Firma del participante

Firma investigador

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 03

**TABLA DE VALORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
SEGÚN EXPERTOS**

VARIABLE (ítems)	Respuesta positiva (1 punto)	Respuesta negativa (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación		
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación		
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento		
Los datos complementarios de la investigación son adecuados		
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación		
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares		
El orden de las preguntas es adecuado		
El vocabulario es correcto		
El número de preguntas es suficiente o muy amplio		
Las preguntas tienen carácter de excluyentes		

Sugerencias:.....

.....

.....

.....

Experto

NOTA BIOGRÁFICA**Flor de Maria Cotrina Chávez**

Nació en la Ciudad de Cajamarca. Sus estudios de educación Primaria lo realizó en el Colegio Belén de la ciudad de Cajamarca, los estudios secundarios en el colegio Nacional Santa Teresita del Niño Jesús en Cajamarca.

Licenciada en Enfermería por la Universidad Federico Villarreal. Estudios de Maestría en enfermería por la Universidad San Martín de Porres. Especialista en gestión de servicios de Enfermería por la Universidad Peruano Unión.

Especialista en Ortopedia Y traumatología por la Universidad UNICID de Sao Paulo Brazil. Estudios de doctorado en enfermería en la Universidad los Ángeles de Chimbote.

Labora como enfermera Jefe de servicio asistencial en Traumatología Unidad de reemplazos articulares y tumores óseos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martín Essalud.

Ha recibido reconocimiento institucional por 25 años y 30 años de servicio Institucional.



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Auditorio del 9no piso C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, siendo las **12:30hrs.**, del día domingo **11.MARZO.2018**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Abner FONSECA LIVIAS	Presidente
Mg. Ennis Segundo JARAMILLO FALCÓN	Secretario
Dra. Juvita SOTO HILARIO	Vocal

Asesor de Tesis, Dra. Nancy VERAMENDI VILLAVICENCIOS; (Resolución N° 01615-2017-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doña Flor de María COTRINA CHAVEZ.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **"INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN DEL CUIDADO AL FAMILIAR CUIDADOR DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN TRAUMATOLOGÍA - HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - ESSALUD"**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de..... *Dieciocho* (18)
Equivalente a *Aprobado* por lo que se recomienda
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Lima, siendo las *13:20* horas del 11 de marzo de 2018.

.....
PRESIDENTE
DNI N° *22412106*.....

.....
SECRETARIO
DNI N° *22480882*.....

.....
VOCAL
DNI N° *20415040*.....

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Apellidos y Nombres: **COTRINA CHAVEZ FLOR DE MARIA**

DNI: **48 175616** Correo electrónico:

Teléfono de casa:

Celular:

Oficina:

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

POSGRADO
Maestría: SALUD PUBLICA Y GESTION SANITARIA

Grado Académico obtenido:

MAESTRO

Título de la tesis: **INFLUENCIA DE LA EDUCACION DEL CUIDADO AL FAMILIAR CUIDADOR DE PACIENTES CON FRACTURA DE CABERA EN TRAUMATOLOGIA - HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - ESGALUD.**

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar "X"	Categoría de acceso	Descripción de acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: **25/08/18**


Firma del autor