

00921
250



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

APLICADO A UNA LACTANTE MAYOR CON DISPLASIA
DEL DESARROLLO DE LA CADERA DERECHA TRATADA
DURANTE EL PERIODO PRE Y POST-OPERATORIO EN EL
"HOSPITAL SHRINERS PARA NIÑOS DE MEXICO".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A
ERIKA BAUTISTA AMADOR



N DE CUENTA: 09854170-2

DIRECTOR DEL TRABAJO: de

LIC. LORENA RODRIGUEZ RUIZ

MEXICO,

FEBRERO DEL 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACION DISCONTINUA

AGRADECIMIENTOS

la
el
1.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA: por la oportunidad que me otorgó para llevar a cabo mis estudios profesionales los cuales me proporcionan los conocimientos y habilidades necesarias para poder ejercer la carrera de Enfermería con honor y respeto.

AL HOSPITAL SMITHSONIAN: por brindarme las facilidades para realizar mi Servicio Social y tener el agrado de conocer a compañeras de profesión que desempeñan su labor con orgullo y que compartieron conmigo sus experiencias que adquirieron con el pasar de los años.

A MI NIÑA: por permitirme ser su enfermera, brindarme la oportunidad de conocerla y tener la satisfacción de saber que pude contribuir con un granito de arena para su recuperación.

A LA PROFESORA LORENA: por su apoyo total que me otorgó tanto académica como moralmente para la realización de este trabajo y tener el placer de conocer a la gran persona que es.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES: por todo su amor, cariño, respeto y apoyo incondicional que me han brindado para mi desarrollo personal y profesional, por motivarme para alcanzar mis metas y dar lo mejor de mí en cualquier cosa que realice, pero sobre todo por ser mis padres.

A MIS HERMANOS: Ivonne, Fernando y Oscar por brindarme su apoyo moral para la realización de mi carrera y de este trabajo.

A MIS AMIGOS: Dania, Raquel, Rafael, Rosalba, Efraín, Luz María, Laura y Ofelia por ofrecermé su amistad sincera, ser mis compañeros de estudio durante la carrera y por todos los agradables momentos que hemos pasado y que pasaremos juntos.

GRACIAS

ÍNDICE

	PÁGS.
1. INTRODUCCIÓN.....	iv
2. JUSTIFICACIÓN.....	1
2.1 Objetivos.....	2
2.1.1 General	
2.1.2 Específicos	
2.2 Metodología.....	3
3. MARCO TEÓRICO	
3.1 Proceso de Atención de Enfermería.....	7
3.2 Modelo teórico de Virginia Henderson.....	10
3.3 Anatomía y fisiología de la cadera.....	16
3.4 Displasia del desarrollo de la cadera.....	24
4. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
4.1 Presentación del caso.....	45
4.2 Historia Clínica de Enfermería.....	47
4.3 Plan de cuidados	
4.3.1 Período Pre-operatorio.....	57
4.3.2 Período Post-operatorio.....	62
4.5 Plan de alta.....	97
5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	102
6. ANEXOS (INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA).....	105
7. GLOSARIO.....	113
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122

ÍNDICE DE FIGURAS

PAGS.

FIGURA No. 1 Esquema de la pelvis en su conjunto.....	16
FIGURA No. 2 Vista lateral del hueso coxal.....	17
FIGURA No. 3 Configuración y relación de las estructuras en las deformidades congénitas de la cadera.....	31
FIGURA No. 4 Hallazgos físicos que sugieren displasia de la cadera.....	33
FIGURA No. 5 Prueba de Ortolani.....	35
FIGURA No. 6 Prueba de Barlow.....	37
FIGURA No. 7 Signo del pistón o de telescopado.....	38
FIGURA No. 8 Signo de Trendelenburg.....	40
FIGURA No. 9 División de la cadera en cuadrantes.....	42
FIGURA No. 10 Osteotomía de Salter.....	47
FIGURA No. 11 Osteotomía de Pemberton.....	48
FIGURA No. 12 Osteotomía femoral.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

	PAGS.
TABLA No. 1 Anteversión de la extremidad inferior.....	21
TABLA No. 2 Principales músculos retroversores de la extremidad inferior.....	22
TABLA No. 3 Músculos abductores de la extremidad inferior....	23
TABLA No. 4 Principales músculos aductores de la extremidad inferior.....	25
TABLA No. 5 Músculos rotadores de la extremidad inferior.....	26

1. INTRODUCCIÓN

Existen numerosos defectos congénitos que pueden diagnosticarse en el recién nacido. Con frecuencia, son las enfermeras atentas quienes detectan el defecto y lo refieren al médico para que pueda corregirse, aunque muchas veces se trata de trastornos difíciles de detectar sin una inspección cuidadosa.

La displasia del desarrollo de la cadera es una deformidad ortopédica común en los recién nacidos, que tiene una incidencia de cerca de 1 en 500 a 1000 nacimientos vivos y es 7 veces más común en niñas que en varones.

La historia familiar, el embarazo gemelar, el parto por cesárea por una posición intrauterina anormal (presentación de pies o nalgas) son algunos de los factores de riesgo más frecuentes que se presentan para que los niños nazcan con este trastorno.

Una de las funciones de la enfermera pediátrica más importante es el realizar una inspección y exploración física exhaustiva y cuidadosa del recién nacido, existen dos pruebas como la de Ortolani y Barlow; así como signos que indican la presencia de una cadera luxada o displásica.

Para el tratamiento de este padecimiento congénito influye tanto la edad del niño como la detección oportuna de la displasia, ya que la intervención precoz favorecerá la recuperación de la estructura ósea y la función normal de la cadera; puesto que cuanto más se retrase el

tratamiento, más grave resultará la deformidad, más difícil de tratar y menos favorable el pronóstico del niño.

Por tal razón, adquiere una gran importancia la valoración del recién nacido y principalmente examinar cuidadosamente la presencia de luxación o displasia de una o ambas caderas, ya que de esto dependerá que el infante reciba la atención médica oportuna y a tiempo para evitar que el padecimiento se haga más severo y pueda presentar posibles complicaciones que pongan en riesgo la vida del niño.

2. FUNDAMENTACIÓN

El presente trabajo se realizó con el objeto de investigar los factores de riesgo que ocasionan que los niños entre el año y los dos años de edad presenten Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC), ya que en el Hospital Shriners de México se presenta un gran número de casos de niños que padecen este tipo de patología y que sólo es descubierta en la mayoría de los casos cuando se presenta la marcha claudicante de alguno de los miembros pélvicos.

Por dicho motivo se escogió el caso de una lactante mayor con displasia del desarrollo de la cadera derecha y que presenta una marcha claudicante a expensas de miembro pélvico derecho y que fue sometida a una miotomía de aductores y psoas + reducción abierta + osteotomía tipo Salter de la cadera derecha.

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GENERAL:

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en una lactante mayor con displasia del desarrollo de la cadera derecha tratada con una miotomía de aductores y psoas + reducción abierta + osteotomía tipo Salter de la cadera derecha durante el período pre y post-operatorio en el Hospital Shriners de México.

Específicos

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Realizar investigación bibliográfica acerca de la displasia del desarrollo de la cadera en lactantes mayores.
2. Realizar la historia clínica y la exploración física de la paciente.
3. Realizar la valoración de Enfermería y detección de las necesidades basadas en el modelo de Virginia Henderson.
4. Identificar los diagnósticos de Enfermería basados en las necesidades insatisfechas que se detectaron en la fase de valoración.
5. Planificar los cuidados de Enfermería que satisfagan los diagnósticos de Enfermería identificados.
6. Ejecutar los cuidados de Enfermería planeados.
7. Evaluar los resultados obtenidos conforme a los cuidados realizados con la paciente.

2.2 METODOLOGIA

Para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería se selecciono el caso clínico de una lactante mayor con displasia del desarrollo de la cadera, para lo cual se pidió consentimiento verbal a los padres de la niña, previa aclaración de que toda la información obtenida sería utilizada de forma ética y confidencial.

El estudio del caso clínico se realizó durante el período comprendido del 28 al 31 de agosto del 2002, en el Hospital Shriners para Niños de México.

Se utilizaron las etapas que conforman el Proceso de Atención de Enfermería:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

Valoración:

Las actividades que se llevaron a cabo para conocer las necesidades de la paciente fueron:

- Reunir los datos más relevantes de la paciente a través de la observación, interrogatorio, exploración física e historia clínica para

conocer el estado actual de salud y valorar las necesidades de la paciente basadas en el modelo de Virginia Henderson.

- Revisar un extenso número de bibliografías para conocer la patología de la Displasia del Desarrollo de la Cadera.
- Consultar con los padres para conocer los gustos, intereses y estilo de vida de la paciente.
- Consultar con otros profesionales de la salud como médicos, enfermeras y psicólogas que tienen al cuidado a la paciente.
- Ordenar, verificar y registrar los datos obtenidos.

Diagnóstico:

Las actividades realizadas fueron:

- Analizar y resumir los datos obtenidos.
- Valorar las capacidades, riesgos y problemas de la paciente.
- Formular los diagnósticos de acuerdo a las necesidades detectadas.

Planeación:

Las actividades realizadas fueron:

- Formular los objetivos y las acciones de Enfermería en base a los diagnósticos elaborados.
- Establecer un Plan de cuidados específicos para minimizar o resolver los problemas detectados en la paciente.

Ejecución:

Las actividades que se llevaron a cabo fueron:

- Poner en práctica el Plan de cuidados elaborado.
- Registrar los cuidados realizados y la respuesta de la paciente a los mismos.

Evaluación:

- Analizar el alcance de los objetivos
- Comparar la respuesta de la paciente a las acciones de Enfermería realizadas con los objetivos propuestos.
- Revisar y modificar en caso necesario el Plan de cuidados.

3. Marco Teórico

3.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CONCEPTO: el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de su salud. (ALFARO, 1988: 6)

Su objetivo es identificar el estado de salud de un cliente y los problemas relativos al cuidado de la salud reales o potenciales, para establecer planes que satisfagan las necesidades identificadas y para proporcionar intervenciones de Enfermería específicas para resolver esas necesidades.

El proceso de Enfermería es cíclico; esto es, sus componentes siguen una secuencia lógica, pero más de un componente puede estar involucrado en cualquier momento. Al final del primer ciclo, los cuidados pueden finalizar si se han logrado los objetivos, o el ciclo puede comenzar de nuevo con una nueva valoración. (KOZIER Y COLS. 1999: 94)

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:

1. **Valoración:** es la recopilación de la información (datos)
2. **Diagnóstico:** es el análisis de los datos para identificar los problemas o diagnósticos de Enfermería
3. **Planificación:** es la elaboración de un plan de acción
4. **Ejecución:** es la puesta en práctica del plan

5. Evaluación: es la evaluación de los resultados del plan

Las etapas del proceso de Enfermería están estrechamente relacionadas entre sí. Cada una depende de la precisión de la etapa que la ha precedido. (ALFARO, 1988: 8)

- La valoración consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente. Esos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores.
- El diagnóstico es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería. En esta fase, la enfermera ordena, reúne y analiza los datos.
- La planificación comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el cliente sientan las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en el cliente. Colaborando con éste, la enfermera toma determinadas medidas según cada diagnóstico de enfermería. El resultado final de la fase de planificación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros del equipo.
- La ejecución consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería. Esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas del cliente (la evolución del cliente)

- La evaluación es la valoración de la respuesta del cliente a las intervenciones enfermeras y la comparación anterior de la respuesta con los criterios que rigen los objetivos o resultados, que se redactaron en la fase de planificación. La enfermera señala en qué medida se han alcanzado los fines / resultados de los cuidados. El plan de cuidados se vuelve a valorar en esta fase, y ello puede producir cambios en cualquiera o en todas las fases anteriores del proceso de Enfermería. (KOZIER Y COLS. 1999: 91)

Así el uso del proceso de enfermería y de los planes de cuidados permiten mejorar la continuidad de éstos, ya que el proceso proporciona la base para una valoración y evaluación continuas, por lo que no constituye un método estático de cuidados de enfermería, sino que se trata de un proceso dinámico y cambiante, en la medida en que se modifican las necesidades del paciente o se van resolviendo los problemas. El uso del proceso de enfermería favorece la flexibilidad necesaria para dispensar un cuidado integral al paciente. (ALFARO, 1988: 14)

3.2 MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, en 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C y en 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. (MARRINER Y RAILE, 1999: 99)

En 1955, Virginia Henderson formuló una definición de la función propia de la enfermería. Esta definición fue un punto de partida esencial para que surgiera la enfermería como una disciplina separada de la medicina. (KOZIER Y COLS. 1999: 54)

Su definición de Enfermería es: " La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible" (MARRINER Y RAILE, 1999: 102)

Henderson consideró su definición de enfermería más como una aserción filosófica que como una teoría. (WESLEY, 1997: 25)

LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS:

Virginia Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero. (WESLEY, 1997: 25)

Una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo. (PHANEUF, 1999: 13)

En las 14 necesidades básicas que identifica Henderson existe una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia, y de la 11 a la 14 con la autorrealización. (WESLEY, 1997: 25)

Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson son:

1. Necesidad de Respirar: necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna).
2. Necesidad de beber y comer: necesidad del organismo de absorber líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.
3. Necesidad de eliminar: necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos

por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.

4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada: necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.

5. Necesidad de dormir y descansar: necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

6. Necesidad de vestirse y desnudarse: necesidad de proteger al cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

8. Necesidad de mantenimiento de la higiene corporal y del peinado: necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo).

9. Necesidad de evitar peligros: necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

10. Necesidad de comunicarse con otras personas: necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

11. Necesidad de actuar según las propias creencias y valores: necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convenga o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12. Necesidad de preocuparse de la propia realización: necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

13. Necesidad de distraerse: necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.

14. Necesidad de aprender: necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios para prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.

(PHANEUF, 1999: 32)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON:

PERSONA / CLIENTE: es el individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; y que se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente. Así también consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. (WESLEY, 1997: 25)

ENTORNO: es el conjunto de las condiciones y factores externos que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo. (KOZIER Y COLS. 1999: 51)

SALUD: es la capacidad de un individuo para llevar a cabo los 14 componentes, de los cuidados de enfermería sin ser asistido. La salud es una cualidad vital básica para el funcionamiento humano y exige independencia e interdependencia. Los individuos conseguirán o conservarán la salud si tienen la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. (KOZIER Y COLS. 1999: 51)

ENFERMERÍA: la función específica de la enfermera es ayudar a los clientes, enfermos o sanos, a llevar a cabo las actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación, o a una muerte en paz, actividades que los clientes podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. También han de hacerlo de tal manera que ayuden a los clientes a ser independientes lo más rápidamente posible. (KOZIER Y COLS. 1999: 51)

3.3 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA CADERA

La **pelvis** es la base donde se apoyan el tronco, el raquis y la cabeza, tiene la función fundamental de amortiguar el balanceo que imprime el movimiento de las piernas, es el soporte de numerosos órganos del abdomen inferior y el punto donde se anclan los músculos que forman la pared abdominal anterior. (ESCUREDO Y COLS. 1995: 155)

El cinturón pélvico (**cadera**) consta de dos huesos iliacos o huesos de la cadera. (TORTORA Y COLS. 1993: 226)

El hueso iliaco o coxal, al articularse con su homónimo por delante y con el sacro por atrás, forma una especie de bacín, llamado pelvis, que son de contorno oval, con diámetro mayor transversal y su abertura superior se enfoca hacia adelante y arriba. (Ver figura No. 1) (FUENTES, 1997: 349)

HUESO ILIACO O COXAL:

Es un hueso plano, par y simétrico que junto con el sacro constituyen el esqueleto de la pelvis. Su forma es la de un cuadrilátero irregular que parece haber sufrido una estrangulación y torsión en su parte media, por lo que se le ha comparado con una hélice de dos aspas. (Ver figura No. 2) (FUENTES, 1997: 343)

FIGURA No. 1

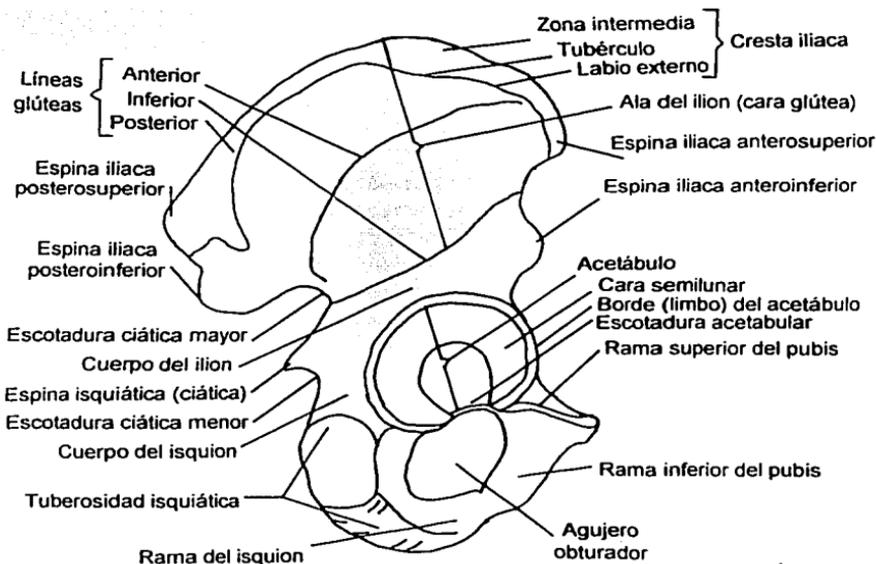
ESQUEMA DE LA PELVIS EN SU CONJUNTO



FUENTE: ESCUREDO, Bibiana y cols. Estructura y función del cuerpo humano. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1995. p. 158.

FIGURA No. 2

VISTA LATERAL DEL HUESO COXAL



FUENTE: NETTER H; Frank. Atlas de anatomía humana. Ed. Masson. 2ª ed. Ottawa, 1999. p. 453.

Cada uno de los dos huesos iliacos (cadera) de un recién nacido consta de tres componentes: un ilion superior, un pubis inferior y anterior, y un isquion inferior y posterior. De manera circunstancial, los tres huesos separados se fusionan en uno solo. El área de fusión es una fosa profunda, lateral llamado acetábulo. (TORTORA Y COLS. 1993: 226)

ILION:

El ilion es el más largo de las tres subdivisiones del hueso iliaco. Su borde superior, la cresta iliaca, termina anteriormente en la espina iliaca supero-anterior. En su parte posterior, la cresta iliaca termina en la espina iliaca supero-posterior. Las espinas sirven como puntos de fijación para los músculos de la pared abdominal. Inferior a la espina iliaca supero-posterior se encuentra la escotadura ciática mayor. La superficie interna del ilion si se observa desde el lado medial es la fosa iliaca, la cual es una concavidad donde se fijan los músculos iliacos. Posterior a esta fosa se encuentra la faceta auricular, que se articula con el sacro. (TORTORA Y COLS. 1993: 226)

ISQUION:

El isquion es la porción posterior e inferior del hueso iliaco. Contiene una espina ciática prominente, una escotadura ciática menor por debajo de la espina, y una tuberosidad isquiática. El resto del isquion, la rama ascendente, se articula con el pubis, y juntos forman el agujero obturador. (TORTORA Y COLS. 1993: 226)

PUBIS:

El pubis es la parte anterior e inferior del hueso iliaco. Consiste de una rama superior, una rama inferior y un cuerpo que contribuye a la formación de la sínfisis del pubis. (TORTORA Y COLS. 1993: 226)

SÍNFISIS DEL PUBIS:

Es una articulación que se forma por la unión de los dos huesos iliacos. Hay un disco inter-púbico formado por un fibrocartilago prismático triangular, colocado verticalmente entre dichas superficies con las que corresponden sus caras laterales, en tanto que su borde o cara anterior se relaciona con el aparato ligamentoso, al igual que sus bases o extremos superior e inferior. (FUENTES, 1997: 347)

ACETÁBULO:

En la parte ventral del tercio central del hueso iliaco se presenta una amplia excavación hemisférica de aproximadamente 5 cm de diámetro por 3 cm de profundidad, denominada acetábulo (cavidad cotiloidea), por la que se articula con la cabeza femoral. (FUENTES, 1997: 343)

En el acetábulo se distinguen dos zonas diferentes: una periférica, lisa y articular, en forma de media luna, llamada cara semilunar articular, que limita por su borde central con la otra, que es rugosa para la inserción de ligamentos, llamada fosa del acetábulo, que no ocupa el centro geométrico, sino que es un poco ventral, cuadrilátera y se prolonga por la incisura del acetábulo (escotadura isquio-pubiana), que

está limitada por los cuernos de la cara semilunar articular. (FUENTES, 1997: 343)

MÚSCULOS Y MOVIMIENTOS DE LA CADERA:

Los movimientos de la extremidad inferior que se basan en la articulación de la cadera son los de una enartrosis (diartrosis).

En la anteversión de la extremidad inferior interviene todos los músculos que se originan en un punto situado por encima de la articulación coxo-femoral, tienen su inserción distal en un punto situado por debajo de la articulación y superan a ésta por el plano anterior. (Ver tabla No. 1)

La retroversión o desplazamiento posterior del muslo y de la extremidad inferior, se basa en la contracción de los músculos que "saltan" la articulación coxo-femoral por un plano posterior a ella. (Ver tabla No. 2) (ESCUREDO Y COLS. 1995: 159)

La abducción del muslo, o separación de la extremidad inferior respecto de la línea media, se produce por la contracción de los músculos que superan la articulación coxo-femoral por la cara lateral. (Ver tabla No. 3)

La aducción de la extremidad inferior es el movimiento por el cual se acerca el muslo hacia la línea media. Debido a la disposición de las

TABLA No. 1

ANTEVERSIÓN DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Nombre del músculo	Origen	Inserción
Recto anterior	Borde antero-inferior de la espina iliaca	Por el tendón del cuadriceps a la tuberosidad tibial
Psoas iliaco	Apófisis transversa de L1-L4, cresta iliaca	Trocánter menor del fémur
Aductor menor	Rama descendente del pubis	Cara postero-interna del fémur
Aductor mediano	Cara anterior del pubis	Cara postero-interna del fémur
Pectíneo	Rama horizontal del pubis	Cara interna del fémur
Sartorio	Espina iliaca antero-superior	Cara interna de la tibia

FUENTE: ESCUREDO, Bibiana y cols. Estructura y función del cuerpo humano. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1995. p. 159.

TABLA No. 2

**PRINCIPALES MÚSCULOS RETROVERSORES DE LA
EXTREMIDAD INFERIOR**

Nombre del músculo	Origen	Inserción
Semimembranoso	Tuberosidad isquiática	Cara posterior de los cóndilos femorales y la tibia
Semitendinoso	Tuberosidad isquiática	Cara posterior de la tibia
Glúteo mayor	Parte posterior de la cresta iliaca	Tuberosidad glútea del fémur
Piramidal	Cara anterior del sacro	Vértice del trocánter mayor del fémur
Aductor mayor	Rama isquípública (región posterior)	Cara posterior del fémur
Cuadrado crural	Tuberosidad isquiática	Cresta intertrocatérea posterior
Bíceps femoral	Tuberosidad isquiática	Cabeza del peroné

FUENTE: Misma de la tabla No. 1. p. 160.

TABLA No. 3

MÚSCULOS ABDUCTORES DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Nombre del músculo	Origen	Inserción
Glúteo mayor	Parte posterior de la cresta iliaca	Región posterior del fémur
Glúteo mediano	Cara externa del ilion	Cara externa del trocánter mayor
Glúteo menor	Cara externa del ilion	Cara anterior del trocánter mayor
Tensor de la fascia lata	Espina iliaca antero-superior	Por la fascia lata a la cara lateral de la rodilla
Piramidal	Cara anterior del sacro	Trocánter mayor
Obturador interno	Reborde interno del orificio obturador	Trocánter mayor

FUENTE: Misma de la tabla No. 1. p 161.

extremidades inferiores, la línea media sólo se puede superar si existe también anteversión. (Ver tabla No. 4)

La rotación de la extremidad inferior es limitada y depende casi exclusivamente de la articulación coxo-femoral. Producen rotación interna los glúteos mediano y menor y el aductor mayor, mientras que el grupo de músculos que producen rotación externa es mucho mayor e incluye a los glúteos mayor, mediano y menor y a todos aquellos que desde la cara posterior del coxal se insertan en el fémur saltando la articulación coxo-femoral por debajo y además a los músculos obturadores, el psoas y el sartorio. (Ver tabla No. 5) (ESCUREDO Y COLS. 1995: 160)

TABLA No. 4

**PRINCIPALES MÚSCULOS ADUCTORES DE LA EXTREMIDAD
INFERIOR**

Nombre del músculo	Origen	Inserción
Aductor mayor	Rama isquipubiana y tuberosidad isquiática	Cara postero-interna del fémur
Aductor mediano	Cara anterior del pubis	Cara interna del fémur
Aductor menor	Rama horizontal del pubis	Cara interna del fémur
Aductor mínimo	Rama horizontal del pubis	Cara interna (superior) del fémur
Pectíneo	Cresta pectínea del pubis	Cara interna (superior) del fémur
Recto interno	Rama descendente del pubis	Cara interna de la tibia
Semitendinoso	Tuberosidad isquiática del coxal	Cara interna de la tibia
Semimembranoso	Tuberosidad isquiática del coxal	Cóndilo femoral interno y tibia

FUENTE: Misma de la tabla No. 1. p. 162.

TABLA No. 5

MÚSCULOS ROTADORES DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

Nombre del músculo	Origen	Inserción	Acción principal
Aductor mayor	Rama isquípübiana del coxal	Cara infero-interna del fémur	Rotación interna
Glúteo mediano (anterior)	Cresta iliaca del coxal	Trocánter mayor	Rotación interna
Glúteo menor (anterior)	Cara externa del ilion	Trocánter mayor	Rotación interna
Glúteo mayor	Cresta iliaca posterior	Trocánter mayor (posterior)	Rotación externa
Glúteo mediano (posterior)	Cresta iliaca del coxal	Trocánter mayor	Rotación externa
Glúteo menor	Cara externa del ilion	Trocánter mayor	Rotación externa
Piramidal	Cara anterior del sacro	Trocánter mayor	Rotación externa

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

27

Obturador interno	Orificio obturador	Fosita trocantérea	Rotación externa
Cuadrado crural	Tuberosidad isquiática	Cresta intertrocantérea	Rotación externa
Sartorio	Espina iliaca antero-superior	Cara interna de la tibia	Rotación externa
Psoas iliaco	Vértabras lumbares, cresta ilica	Trocánter menor	Rotación externa

FUENTE: Misma de la tabla No. 1. p. 163.

3.4 DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA

CONCEPTO:

El término general **displasia del desarrollo de la cadera (DDC)** describe el desarrollo imperfecto de la cadera, que puede afectar a la cabeza femoral, al acetábulo o a ambos. Este es un trastorno que aparece en el recién nacido y presenta varios niveles de deformidad. (WONG, 1995: 1025)

La displasia implica una deformación progresiva en el desarrollo de la cadera, en la que el fémur proximal, el acetábulo y la cápsula son defectuosos. (TACHDJIAN, 1999: 166)

INCIDENCIA:

La DDC es uno de los defectos congénitos más frecuentes, con una incidencia aproximada de 1 cada 500 a 1000 nacidos.

Esta lesión se presenta con mayor frecuencia en las niñas que en los varones con una relación de 7:1. (WONG, 1995: 1025)

Estadísticamente en el 60% de los casos está comprometida la cadera izquierda, en el 20% la cadera derecha y en el 20% es bilateral. (CORREA Y COLS. 1999: 2346)

La displasia es más frecuente en la raza blanca que en la negra. El 20% de la displasia del desarrollo de la cadera ocurre en niños que tuvieron partos por cesárea por una presentación uterina anormal. Así

también es frecuente que se asocie con metatarsus aductus y espina bífida. (CORREA Y COLS. 1999: 2346)

FACTORES DE RIESGO:

- Historia familiar
- Embarazo gemelar
- Parto por cesárea
- Tortícolis congénita
- Metatarsus aductus (CORREA Y COLS. 1999: 2346)

ETIOLOGÍA:

1. Factores Hormonales: la mayor incidencia en mujeres parece ser debida al influjo de los estrógenos maternos que inducen la relajación de la pelvis antes del parto.
2. Factores mecánicos: la restricción del espacio intrauterino por oligohidramnios o en primogénitos favorecería su presentación (60% de los niños con DDC son primogénitos) porque la motilidad del niño en la cavidad uterina está limitada para los movimientos y cambios de posición, impidiéndose la flexión normal de la cadera y el estímulo para que el acetábulo se desarrolle mejor.
3. Factores ambientales: la costumbre de envolver a los niños con pañales o fajas que aducen las caderas e incrementa la luxación de la cadera 10 veces más en el niño predispuesto. De ahí la importancia de que el médico siempre realice el examen de caderas como rutina en todas las consultas. (CORREA Y COLS. 1999: 2347)

FISIOPATOLOGÍA:

Pueden identificarse tres grados de displasia del desarrollo de la cadera:

Displasia acetabular (o preluxación): la forma más leve, en la que no existe sub-luxación ni luxación. La displasia refleja un retraso aparente en el desarrollo acetabular, que se manifiesta por hipoplasia ósea del techo acetabular que es oblicuo y poco profundo a pesar de que el techo cartilaginoso aparece comparativamente intacto. La cabeza femoral permanece en el acetábulo. (Ver figura No. 3)

Sub-luxación: representa el mayor porcentaje de displasias congénitas de la cadera. La sub-luxación es una luxación incompleta y se considera, en ocasiones, un estado intermedio en la transición desde la displasia primaria a la luxación completa. La cabeza femoral permanece en contacto con el acetábulo, si bien la existencia de una cápsula y ligamento redondo laxos producen un desplazamiento parcial de la cabeza femoral. La presión sobre el techo cartilaginoso inhibe la osificación y produce un aplanamiento de la cavidad. (Ver figura No. 3)

Luxación: la cabeza femoral pierde contacto con el acetábulo y se desplaza en dirección posterior y superior, por encima del anillo fibrocartilaginoso. El ligamento redondo aparece alargado y deshilachado. (Ver figura No. 3) (WONG, 1995: 1025)

FIGURA No. 3

CONFIGURACIÓN Y RELACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS EN LAS
DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LA CADERA



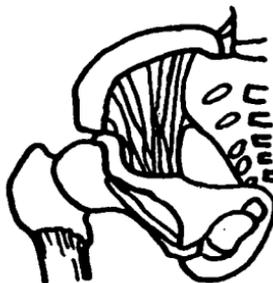
NORMAL



DISPLASIA



SUBLUXACIÓN



LUXACIÓN

HALLAZGOS CLÍNICOS:

Del nacimiento a los dos meses de edad: en el recién nacido el diagnóstico de la cadera luxada se hace por la maniobra de Ortolani y de cadera luxable por la maniobra de Barlow.

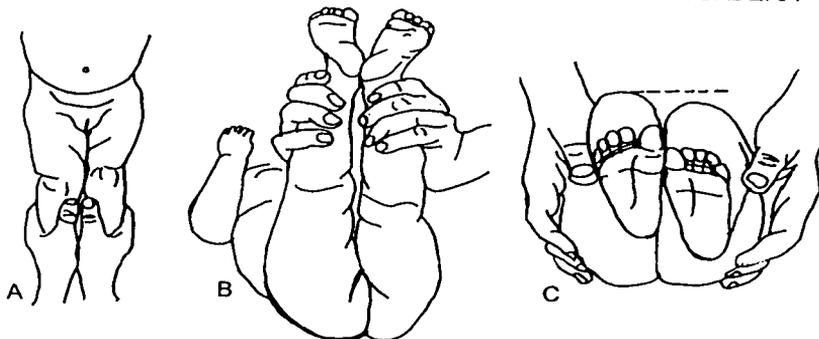
Posteriormente, examinar la cadera y los miembros inferiores para los siguientes hallazgos clínicos:

- Los pliegues del muslo y poplíteos se presenta asimétricos en el recién nacido; esto se debe a la oblicuidad pelviana con contractura en abducción de una cadera y a veces contractura en aducción de la opuesta. (Ver figura No. 4 A y B)
- El aparente acortamiento del fémur (signo de Galeazzi positivo) por lo común no se encuentra en el recién nacido, a menos que la luxación se haya producido en el útero. (Ver figura No. 4 C)
- Asimetría de los pliegues inguinales: en condiciones normales los pliegues inguinales son simétricos y terminan por detrás cerca del ano. Cuando la cabeza femoral está luxada hacia posterior y desplazada hacia superior, los pliegues inguinales son asimétricos. En el lado involucrado el pliegue inguinal se extiende posterior y lateralmente más allá del ano. Cuando ambas caderas están luxadas, los pliegues inguinales pueden ser simétricos, pero se extienden por detrás más allá del ano. (Ver figura No. 4 D y E) (TACHDJIAN, 1999: 166)

PRUEBA DE ORTOLANI: colocar al niño sobre un plano firme o mesa de examen, el niño debe estar relajado, y no llorar ni resistirse al examinador. Analizar una cadera a la vez. Con una mano, estabilizar la

FIGURA No. 4

HALLAZGOS FISICOS QUE SUGIEREN DISPLASIA DE LA CADERA



A, B Pliegues del muslo y poplíteos asimétricos C Signo de Galeazzi positivo

Asimétrico



Derecha negativo Izquierda positivo



Derecha positivo Izquierda negativo

D, E Pliegues inguinales asimétricos

FUENTE: TACHDJIAN O; Mihran. Ortopedia clínica pediátrica. Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1999. p. 169.

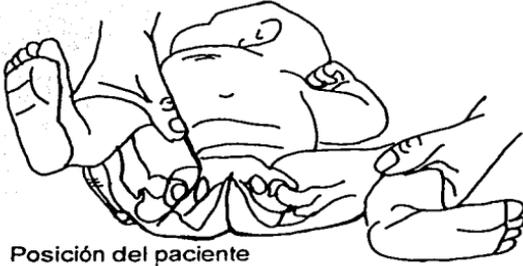
pelvis y el muslo con la cadera abducida y la pelvis plana sobre la mesa; con la otra mano, colocar los dedos medio e índice sobre el trocánter mayor y el pulgar, cruzando la rodilla. (Ver figura No. 5)

Abducir la cadera flexionada en 90° y levantar la cabeza femoral hasta el acetábulo con su dedo índice, oírá un chasquido al reducirse la cadera, se trata del "chasquido de entrada"; luego aducir la cadera, la cabeza femoral se desplaza fuera del acetábulo, con un chasquido, denominado "chasquido de salida". Un "clic" no debe ser confundido con un chasquido. El clic es un sonido corto, de tono alto o un crujido seco, este es causado por un "pum" ligamentario o miofascial de la banda iliotibial o de los tendones glúteos o por un fenómeno de vacío en la cadera. (Ver figura No. 5) (TACHDJIAN, 1999: 168)

PRUEBA DE BARLOW: esta maniobra se realiza para determinar si una cadera es luxable. La postura del niño debe ser en posición supina sobre un plano firme. La extensión de las caderas aumenta su inestabilidad, mientras que la hiperflexión lo hace más estable. La cadera que se examina se sostiene en 45° de flexión y 5 a 10° de aducción, una posición inestable. Con los dedos medio e índice sobre el trocánter mayor en la parte proximal del muslo, y el pulgar sobre la cara medial de su parte inferior por encima de la rodilla, empujar la cabeza femoral postero-lateralmente en un intento de luxarla, cuando la cadera es luxable la cabeza femoral se desliza fuera del acetábulo con un chasquido, el "chasquido de salida". (Ver figura No. 6)

FIGURA No. 5

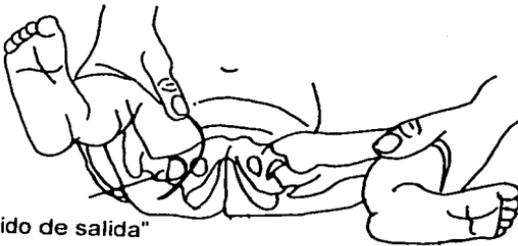
PRUEBA DE ORTOLANI



"Chasquido de entrada"



"Chasquido de salida"



FUENTE: Misma de la figura No. 4. p. 172.

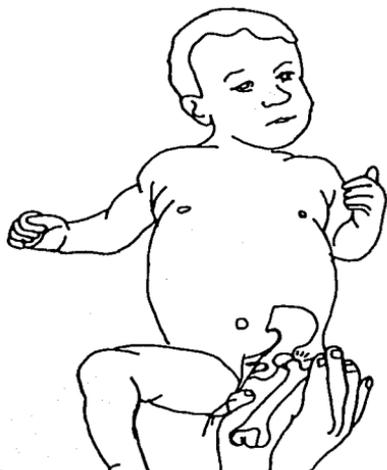
Posteriormente soltar la fuerza postero-lateral y flexionar y abducir la cadera con suavidad, la cabeza femoral se reduce en el acetábulo, con un chasquido, el "chasquido de entrada". En casos dudosos realizar la maniobra con mayor extensión y abducción, una posición de mayor inestabilidad de la cadera. (Ver figura No. 6) (TACHDJIAN, 1999: 168)

De tres a doce meses de edad: con el desplazamiento de la cabeza femoral superior y postero-lateral se producen los siguientes signos clínicos:

- Contractura en aducción de la cadera: la amplitud de la abducción pasiva de la cadera luxada a los 90° de flexión se limita en forma progresiva.
- Aparente acortamiento del muslo (signo de Galeazzi positivo). Con el lactante en posición plana sobre una mesa de examen, y las caderas y rodillas flexionadas a 90°, la rodilla del lado luxado queda en un nivel inferior.
- La asimetría del muslo y de los pliegues inguinales y poplíteos están presentes.
- Signo de telescopado positivo o movilidad en pistón: para probarlo, asir la parte inferior del muslo y la rodilla con una mano y sostener el trocánter mayor con la otra. Con la cadera en poca aducción, mover el fémur hacia arriba y hacia abajo a la manera de un pistón y notar el movimiento anormal excesivo del trocánter mayor. (Ver figura No. 7)

FIGURA No. 6

PRUEBA DE BARLOW



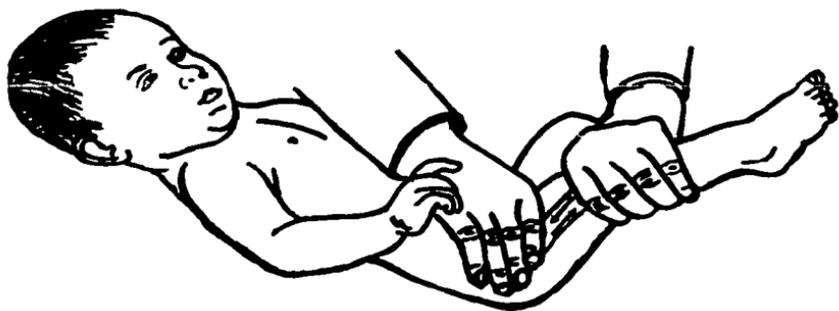
"Chasquido de salida"



"Chasquido de entrada"

FIGURA No. 7

SIGNO DEL PISTÓN O DE TELESCOPADO



FUENTE: Misma de la figura No. 4. p. 174.

Después de la edad de la marcha: además de los signos previos, el niño camina con renquera de glúteo medio, en forma divergente, y tiene una pierna corta con una renquera dedo-talón, el signo de Trendelemburg es positivo. (TACHDJIAN, 1999: 171)

SIGNO DE TRENDELEMBURG: se observa cojera al caminar debido al acortamiento de la extremidad. Cuando el niño levanta el pie de la cadera normal al caminar, los músculos abductores (glúteos medios) del lado displásico son insuficientes para mantener elevada la cadera del lado normal produciéndose una marcha claudicante (marcha de Trendelemburg). (Ver figura No. 8) (CORREA Y COLS. 1999: 2349)

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS:

Los estudios radiográficos en el recién nacido generalmente no son confiables debido a que muchos de los cambios patológicos todavía no se han desarrollado, porque las estructuras óseas se encuentran en estado cartilaginosas, siendo radio-lúcidas e imperceptibles en la radiografía. En niños mayores de 6 semanas ya las estructuras pueden estar mejor definidas y se observan en la radiografía los siguientes cambios:

1. Migración proximal y lateral de cabeza y cuello femoral
2. Acetábulo poco excavado (displásico)
3. Desarrollo de un falso acetábulo

FIGURA No. 8

SIGNO DE TRENDELEMBURG



Positivo

FUENTE: Misma de la figura No. 4. p. 175.

4. Osificación retardada del núcleo de crecimiento de la cabeza femoral

Se han descrito varios signos radiológicos para el estudio de los niños con DDC, el más utilizado es:

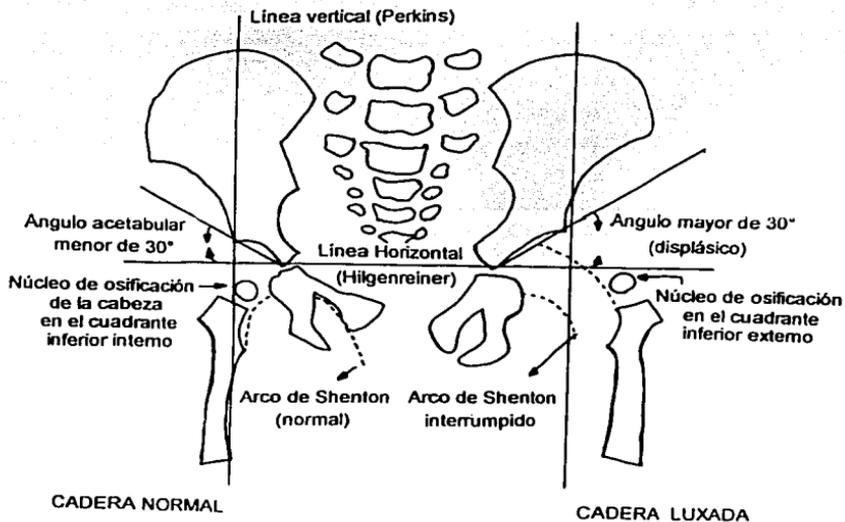
División de la cadera en 4 cuadrantes: trazando una línea horizontal (línea de Hilgenreiner) y otra vertical a ésta (línea de Perkins). Normalmente la cabeza del fémur se encuentra en el cuadrante inferior e interno. Cuando la cabeza del fémur se encuentra por fuera de este cuadrante, se habla de una luxación o sub-luxación. La línea horizontal se obtiene uniendo dos puntos marcados en el cartílago trirradiado (unión entre el ilion, el isquion y el pubis) en ambas caderas y la línea vertical se traza a partir de un punto marcado en el borde externo más osificado del acetábulo. (Ver figura No. 9) (CORREA Y COLS. 1999: 2349)

TRATAMIENTO:

El manejo de la displasia del desarrollo de la cadera varía de acuerdo con el grado de desplazamiento de la cabeza femoral: sub-luxable, luxable o luxada y con la edad del niño. El tratamiento depende de la edad en que se presenta y del grado del desplazamiento. (TACHDJIAN, 1999: 180)

FIGURA No. 9

DIVISIÓN DE LA CADERA EN CUADRANTES



FUENTE: CORREA, José Alberto y cols. Fundamentos de Pediatría.
Volumen V. Ed. Corporación para la investigación biológica. 2ª ed.
Bogotá, 1999. p. 2350.

Del nacimiento a los tres meses de edad: el método ideal de tratamiento en este grupo de edades en arnés de Pavlik por tratarse de un método dinámico de tratamiento en el que la cadera queda en flexión y abducción mientras el niño puede movilizar sus caderas. (CORREA Y COLS. 1999: 2351)

El arnés de Pavlik es una férula dinámica que permite la flexión y la abducción activas de la cadera, provee estabilidad y promueve el desarrollo normal del acetábulo.

La utilización del arnés de Pavlik está contraindicada cuando:

1. El niño tiene 6 meses o más
2. Las caderas y las rodillas están rígidas
3. La luxación es prenatal
4. La ecografía de la articulación de la cadera muestra luxación completa

Es crucial el monitoreo frecuente al principio dos veces a la semana y luego una vez por semana, seguir al paciente para descartar posible desarrollo de complicaciones. (TACHDJIAN, 1999: 181)

En pacientes con bajo nivel socioeconómico se suele utilizar métodos más simples como la almohada de Frejka, está es un cojín voluminoso que mantiene las caderas en flexión y en abducción. Uno de los inconvenientes de este tipo de métodos es que al retirarla

diariamente para el aseo perineal se corre el riesgo de que la cadera se luxa continuamente. (CORREA Y COLS. 1999: 2351)

El niño debe llevar el arnés todo el tiempo hasta que la cadera resulte clínica y radiológicamente estable, por lo general después de 3 a 6 meses. (WONG, 1995: 1027)

De tres a 18 meses de edad: en este grupo de edad se requiere en general de un tratamiento más estricto y rígido. Se hospitaliza al niño y se le coloca una tracción cutánea en ambos miembros inferiores, con los pies mirando hacia el techo y en una flexión y abducción de 45° (tracción de Bryant). Así se deja durante un período de 2 a 3 semanas, se lleva a cirugía y bajo anestesia general se trata de reducir la cadera luxada. Si los músculos abductores están muy tensos, se practica tenotomía y luego se coloca un yeso pelvi-pédico con una flexión de 100° y abducción de 60°. Después de la reducción se hace control radiográfico, se deja con el yeso un promedio de 6 semanas al cabo de las cuales se cambia éste por uno más dinámico (yeso Batchelor), el cual sólo inmoviliza los miembros inferiores permitiéndole movimientos de flexión libre al niño, disminuyendo en esta forma las contracturas y la necrosis avascular.

Si la cadera continúa muy inestable o luxada a pesar de este tratamiento, puede requerir reducción quirúrgica abierta (RA). (CORREA Y COLS. 1999: 2353)

Después de iniciada la marcha: en este grupo de edad, los obstáculos intra-articulares y extra-articulares se hacen mayores. La constricción capsular del psoas-iliaco es más rígida y severa. La cabeza femoral está desplazada de manera más superior y la cápsula está más adherida a la pared lateral del iliaco. Con el objeto de lograr la reducción concéntrica, estos obstáculos deben ser superados. Es importante individualizar cada caso y no tomar decisiones basadas sólo en la edad del paciente. (TACHDJIAN, 1999: 184)

En los casos en la que la displasia de la cadera continua luxada y los tratamientos mencionados anteriormente no han sido efectivas, el tratamiento quirúrgico es el más recomendable.

La corrección quirúrgica de la displasia genera un ambiente mecánico estable que permite remodelar la articulación a una morfología más normal durante el crecimiento. Este procedimiento constituye en intervención en los huesos sobre el lado acetabular o femoral de la articulación, por separado o en conjunto. Los procedimientos acetabulares como las osteotomías de Salter o Pemberton reducen el índice acetabular e incrementan la estabilidad mecánica de la articulación. (SKINNER, 1998: 620)

OSTEOTOMÍA DE SALTER: es un procedimiento quirúrgico para reorientar el acetábulo en la DDC. Este procedimiento corrige la malrotación acetabular y deficiencia de la ceja acetabular antero-lateral, al girar la región acetabular hacia adelante y lateralmente.

Dicho procedimiento esta indicado en niños de 18 meses a 10 años de edad con el fin de lograr la reducción concéntrica de la cadera; se

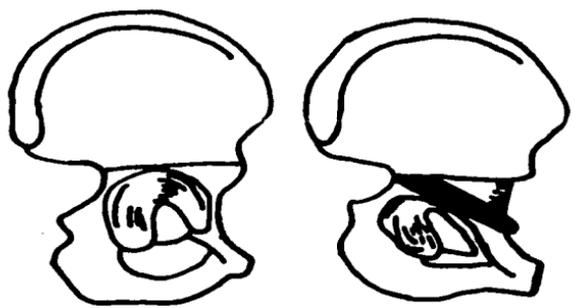
emplea para corregir la displasia acetabular moderada, ya que puede mejorar hasta 15° el índice acetabular. (Ver figura No. 10)

OSTEOTOMÍA DE PEMBERTON: las indicaciones de este tipo de cirugía son similares a las de la osteotomía de Salter y con frecuencia el cirujano selecciona una de las dos según su experiencia o preferencias. Este tipo de procedimiento es en particular adecuado para corregir el acetábulo displásico alargado, "estirado", ya que reduce la capacidad de un acetábulo demasiado espacioso. (Ver figura No. 11) (SKINNER, 1998: 621)

OSTEOTOMÍA FEMORAL: este procedimiento se puede usar para corregir un aumento grave de la anteversión femoral o coxa valgus (ángulo demasiado amplio del cuello con la diáfisis femoral); dicha situación a veces se observa en la displasia residual del desarrollo de la cadera. Este procedimiento está indicado sobre todo cuando las radiografías efectuadas con la cadera en abducción y rotación externa muestran una mejor congruencia total de la cadera. Además en niños menores de 4 años de edad, la reorientación del fémur proximal en anteversión con angulación valgo estimula la mejoría espontánea del acetábulo displásico. Por lo general, esta es la edad límite para el procedimiento cuando existe displasia acetabular. (Ver figura No. 12) (SKINNER, 1998: 622)

FIGURA No. 10

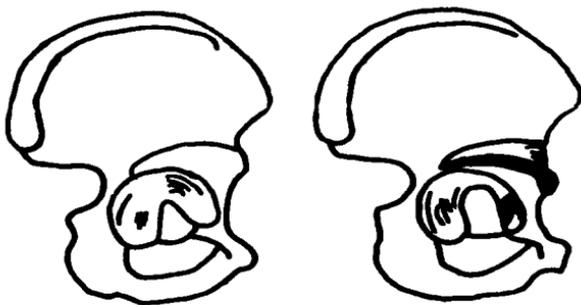
OSTEOTOMIA DE SALTER



FUENTE: SKINNER B.; Harry. Diagnóstico y tratamiento en ortopedia.
Ed. Manual Moderno. 2ª ed. México, 1998. p. 621.

FIGURA No. 11

OSTEOTOMIA DE PEMBERTON



FUENTE: Misma de la figura No. 10. p. 622.

FIGURA No. 12

OSTEOTOMIA FEMORAL



FUENTE: Misma de la figura No. 11

PROBLEMAS Y COMPLICACIONES:

- **Inestabilidad persistente de cadera:** cuando el lactante se para apoyándose sobre la cadera reducida y comienza a caminar, la cabeza femoral se desplaza hacia postero-lateral y superior en forma progresiva, durante la posición de apoyo corporal.
- **Necrosis isquémica de la cabeza femoral:** es una complicación iatrogénica causada por la abducción y rotación de la cadera excesivas por la aplicación de yesos o férulas, por manipulación forzada y por sección inadvertida de los vasos retinaculares o circunflejos durante la cirugía. La abducción marcada de la cadera comprime la arteria circunfleja medial entre el tendón del psoas-iliaco y los aductores de la cadera o las ramas del pubis. La rotación medial extrema de la cadera estira y ocluye los vasos circunflejos mediales. Las deformidades producidas por isquemia dependen de la edad del paciente, del sitio anatómico de la oclusión arterial. (TACHDJIAN, 1999: 184)

En conclusión, el diagnóstico de la DDC debe hacerse tempranamente para poder establecer un tratamiento adecuado a tiempo y evitar las graves complicaciones ya mencionadas.

Como elementos prácticos para lograr un adecuado manejo de este problema, se recomienda:

1. Examinar cuidadosamente todas las caderas de los niños que consulten atención médica, aunque sea por otro tipo de patología.

2. Enseñarles a los padres de familia el uso de pañales en forma cuadrada y evitar envolver a los niños como "tamal".
3. Citar periódicamente para examen de caderas a todos los niños con riesgo o sospecha de displasia del desarrollo de la cadera.
4. Todo niño con cojera al iniciar la marcha requiere de estudio radiológico porque puede tener una DDC u otra patología de cadera.
5. Prestar especial interés a las mujeres primigestas y niños nacidos en partos por cesárea.
6. Todo niño con limitación para la abducción de una o ambas caderas amerita estudio y seguimiento cuidadoso. (CORREA Y COLS. 1999: 2354)

4. Plan de Atención de Enfermería

4.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción Genérica:

La niña C. F. A. E de 1 y 11 meses de edad, con un peso de 12.5 kg y una talla de 87 cm, originaria del Distrito Federal habita con sus padres en vivienda propia, la cual cuenta con todos los servicios intra y extra-domiciliarios.

Problemática Psicosocial Fundamental:

Vive en compañía de sus tres hermanas de 8, 6 y 4 años respectivamente, con las cuales lleva una buena relación entre si, aunque en ocasiones pelea con sus hermanas por los juguetes, y cuando convive con otros niños de su misma edad es muy sociable.

Problemática Física:

Realiza una marcha claudicante a expensas del miembro pélvico derecho debido a que tiene el diagnóstico de Displasia del desarrollo de la cadera derecha por lo que fue sometida a tratamiento quirúrgico y colocación de yeso en espica para cadera.

Problemática Espiritual:

Debido al tratamiento al que fue sometida y a la colocación del yeso, se altero la condición emocional de la paciente, puesto que se tiene que adaptar a su nueva situación, sus relaciones sociales con sus hermanas y otros niños se vieron disminuidas debido a la inmovilidad, así como el realizar las actividades recreativas que ella acostumbra.

Por todo lo anterior es conveniente estudiar el caso clínico de la niña A. E basándose en el modelo teórico de Virginia Henderson, implementando un Plan de Atención de Enfermería identificando los problemas de salud reales y potenciales de la paciente para llevar a cabo un plan de cuidados de Enfermería que pueda satisfacer todas las necesidades afectadas de la paciente.

4.2 HISTORIA CLÍNICA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: C.F.A.E Edad: 1 año 11 meses Sexo: femenino
Peso: 12.5 kg Talla: 87 cm Grupo y Rh: "O" positivo
Fecha de nacimiento: 20 de septiembre del 2000
Religión de los padres: Católica
Persona responsable: Flores Medina María Lourdes (madre)
Servicio: Área "A" Niñas
Fecha de elaboración: 28 de agosto del 2002 Hora: 17:00

II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

PADRE:

Nombre: Correa Quintero Víctor Manuel Edad: 28 años
Escolaridad: Preparatoria Ocupación: Comerciante
Sueldo: 4000 mensuales Tabaquismo: positivo 2 a 3 cigarros al día
Alcoholismo: ocasionalmente en festividades Medicamentos: No
Toxicomanías: negadas

MADRE:

Nombre: Flores Medina María Lourdes Edad: 25 años
Escolaridad: Secundaria Ocupación: Hogar Sueldo: Ninguno
Tabaquismo: negado Medicamentos: No Toxicomanías: negadas
Antecedentes Gineco-Obstétricos de la madre:
Menarca: 12 años Inicio de vida sexual activa: 17 años

Número de parejas sexuales: 2 Tratamiento con anticonceptivos: No
Para: 1 Cesáreas: 3 Abortos: No Método de Planificación
Familiar actual: Condón

HERMANOS:

Cuenta con tres hermanas de 8, 6 y 4 años respectivamente, las cuales se encuentran aparentemente sanas y quienes solamente han padecido de enfermedades propias de la infancia.

OTROS ANTECEDENTES:

Abuela paterna padece Diabetes Mellitus tipo II, ya con tratamiento.

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Originaria del Distrito Federal, producto de la gesta 4, obtenida por cesárea, lloró y respiró al nacer con un peso de 3.1 kg y una talla de 50 cm. Habita con sus padres en vivienda propia, la cual cuenta con todos los servicios intra y extra-domiciliarios, tres habitaciones, baño, cocina, pasillo, sala y comedor, así como una buena ventilación e iluminación.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

RESPIRACIÓN:

La madre refiere que constantemente padece de las vías respiratorias y que incluso cuando tenía un año padeció de bronquitis por lo que fue internada en el Hospital del INER, en cual estuvo durante 8 días bajo tratamiento con antibióticos y que actualmente ya se encuentra

bien, es por eso que ella la cuida mucho para que no vuelva a recaer. Su frecuencia respiratoria es de 26 por minuto, movimientos torácicos simétricos con buena expansión del tórax, no se observa la presencia de aleteo nasal, salida de secreciones, tiros intercostales, estertores o sibilancias.

ALIMENTACIÓN:

Fue alimentada al seno materno hasta los 11 meses de edad, ablactación a los 6 meses con papillas de frutas y verduras. Actualmente es alimentada con dieta normal incluyendo verduras, frutas, carne, huevo, pollo, cereales y leche, come con ayuda de terceras personas ya que aún no sujeta correctamente los cubiertos y es un poco distraída para comer, bebe en vaso pero por las noches toma leche en biberón.

ELIMINACIÓN:

Su eliminación es normal, evacua de 2 a 3 veces al día, sus heces son formadas y sin presencia de sangre y moco, su micción es de 4 a 5 veces al día, su orina es de características micro y macroscópicamente normales, aún utiliza pañal ya que por la edad todavía no avisa para ir al baño, no tiene problemas de rozaduras en la piel por el pañal.

MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA:

Sostiene la cabeza desde los 3 meses de edad, tronco a los 6 meses e inicio la marcha al año de edad, actualmente realiza marcha independiente bipodálica claudicante a expensas de miembro pélvico derecho.

DORMIR Y DESCANSAR:

Para dormir acostumbra hacerlo en compañía de un oso de peluche, así como tomar un biberón de leche antes de dormir, regularmente duerme de 6 a 7 horas por la noche y por las tardes suele dormir una siesta. Ocasionalmente despierta llorando y se tranquiliza al abrazarla.

VESTIRSE Y DESVESTIRSE:

En cuanto a vestirse aún no es capaz de realizarlo por la edad, para desvestirse en ocasiones suele quitarse los calcetines o el suéter.

MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL:

La madre refiere que regularmente padece de las vías respiratorias por lo que acostumbra a vestirla con ropas gruesas para evitar que se enferme.

MANTENER LA HIGIENE CORPORAL:

En cuanto a su higiene corporal la madre refiere que el baño es diario por las noches, así como el cambio de ropa en general, el lavado de dientes lo realiza una vez al día ya que le es desagradable el picor de la pasta dental, el lavado de manos lo realiza antes de comer, después de cada cambio de pañal y las veces que sean necesarias.

EVITAR PELIGROS:

Por su edad tiene un alto potencial de accidentes por lo que aún duerme en cuna con barandales, sus familiares tratan de no dejar objetos peligrosos a su alcance y evitan dejarla sola.

COMUNICACIÓN:

Para comunicarse con los demás enuncia nombres de personas y objetos, papá, mamá y repite palabras que oye, ya que por su edad aún no logra enunciar frases completas.

CREENCIAS:

En lo referente a vivir de acuerdo con sus creencias por la edad aún no está en condición moral y espiritual de decidir la religión que va a profesar, pero la familia en conjunto profesan la religión católica.

JUGAR Y DISTRAERSE:

Suele jugar principalmente con un oso de peluche, y otros juguetes como son muñecas, muñecos de peluche, juegos de té, junto con sus hermanas, y regularmente los fines de semana acostumbran ir en familia a algún parque o a visitar a sus familiares.

APRENDER:

La paciente ya es capaz de aprender la secuencia del tiempo, sabe que ciertas actividades atraen afecto y aprobación, imita acciones o repite palabras que ve u oye, manifiesta curiosidad, acepta separarse de

su madre por cortos períodos de tiempo, empieza a jugar y comunicarse con otros niños.

El desarrollo psicológico y emocional de la paciente aparentemente son normales.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

A la edad de 1 año padeció de bronquitis por lo que fue internada en el Hospital del INER en donde estuvo bajo tratamiento con antibióticos durante 8 días, actualmente se encuentra sin secuelas.

Así también padece frecuentemente de las vías respiratorias motivo por el cual ha sido suspendida en 3 ocasiones la cirugía y una última por padecer varicela.

Cirugías, alergias, traumatismos y transfusión sanguínea negadas.

V. PADECIMIENTO ACTUAL

Se inicia al nacimiento cuando es detectada la presencia de displasia del desarrollo de la cadera (DDC) derecha, la cual fue manejada inicialmente con cojín de Frejka durante los 3 primeros meses de edad, posteriormente acuden a los 7 meses de edad al Hospital Shriners en donde es corroborado el diagnóstico y se propone tratamiento quirúrgico, el cual ha sido suspendido en cuatro ocasiones por presentar problemas de las vías respiratorias así como varicela.

Actualmente con 1 año 11 meses de edad, asintomática y manteniendo el mismo diagnóstico de DDC derecha es programada para cirugía de miotomía de aductores y psoas + reducción abierta + osteotomía tipo Salter de cadera derecha.

VI. MOTIVO DE CONSULTA

Claudicación a expensas de miembro pélvico derecho.

VII. DIAGNÓSTICO

Displasia del Desarrollo de la Cadera derecha.

VIII. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Miotomía de aductores y psoas (MAP) + reducción abierta + Osteotomía tipo Salter de cadera derecha.

IX. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE**BIOMETRÍA HEMÁTICA:**

<u>PACIENTE</u>		<u>VALORES NORMALES</u>
Eritrocitos	5.2 $10 \times 6 / UL$	4.2 – 5.7 $10 \times 6 / UL$
Hb	13.6 g / dl	12 – 18 g / dl
Hematocrito	43 %	42 – 48 %
Plaquetas	308 $10 \times 3 / UL$	400 $10 \times 3 / UL$
Leucocitos	11.9 $10 \times 3 / UL$	10.0 $10 \times 3 / UL$

COAGULOGRAMA:**PACIENTE**

Tiempo de tromboplastina: 27.8 segundos hasta 40 segundos

Tiempo de protombina: 10.5 a 13 segundos

VALORES NORMALES

Tiempo de tromboplastina: hasta 40 segundos

Tiempo de protombina: 10.5 - 13 segundos

EXÁMEN GENERAL DE ORINA (EGO):**PACIENTE**

Color: amarillo

Aspecto: transparente

Densidad: 1.010

PH: 5

Hemoglobina (Hb): negativo

Glucosa: negativo

VALORES NORMALES

Paja o ámbar

Transparente

1.010 a 1.025

4.5 a 7.5

Negativo

Negativo

Los laboratorios de la paciente se encuentran normales excepto por las plaquetas que se encuentran bajo el límite normal.

RADIOGRAFÍA ANTERO – POSTERIOR (AP) DE PELVIS:

En la radiografía de pelvis, ambas caderas con presencia de acetábulo displásico con 40° de cobertura desalojada con núcleo de crecimiento hipoplásico.

Línea de Perkins positiva. Resto normal

X. EXPLORACIÓN FÍSICA.

Signos vitales:

Temperatura: 36 °C Tensión arterial: 85/60 FC: 122 x minuto
FR: 26 x minuto

Somatometría:

Peso: 12.5 kg Talla: 87 cm

INSPECCIÓN GENERAL: lactante mayor de sexo femenino, con edad aparente a la cronológica de 1 año 11 meses, con buen desarrollo físico y nutricional. Consciente, activa, reactiva y cooperadora.

PIEL: tono de piel clara uniforme, bien hidratada sin cicatrices o lesiones dérmicas.

CABELLO: de color rubio, delgado y ondulado, con buena implantación y limpio.

UÑAS: cortas, redondeadas sin grietas, lechos ungueales de tono rosado, llenado capilar rápido.

CABEZA: normo cefálica, sin lesiones aparentes, cara simétrica.

OJOS: conjuntivas húmedas, pupilas isocóricas de color azul y reactivas a la luz.

OIDOS: orejas simétricas con buena implantación de pabellones auriculares, conductos recubiertos con cerumen suave.

NARÍZ: simétrica con narinas permeables sin aleteo nasal, ni lesiones aparentes, así como secreciones anormales, mucosa rosada y húmeda.

BOCA: labios simétricos de tono rosado, lisos, húmedos y sin lesiones, cavidad oral bien hidratada de tono rosa y lisa.

CUELLO: simétrico sin masas palpables, pulso carotídeo presente.

TÓRAX: simétrico, con respiración tranquila y sin dificultad, con buena entrada y salida de aire, a la auscultación sin presencia de secreciones, sibilancias o ruidos agregados.

CORAZÓN: a la auscultación con buen ritmo cardiaco sin presencia de soplos o ruidos extraños.

ABDOMEN: simétrico, plano, depresible, no doloroso a la palpación, a la auscultación peristaltismo presente.

SISTEMA CIRCULATORIO: pulsos radiales, humerales, inguinales, poplíteos y pedios presentes, rítmicos con buen llenado capilar en dedos y orfejos.

EXTREMIDADES: superiores e inferiores simétricas, con buen tono muscular, pulsos presentes y rítmicos, sin presencia de edema, extremidad inferior derecha con limitación para la abducción.

GENITALES: normales de acuerdo a la edad y sexo, sin presencia de secreciones anormales.

ANO Y RECTO: ano permeable y sin presencia de hemorroides, exploración del recto omitido.

COLUMNA: aparentemente alineada y sin presencia de deformidades.

LOCOMOTOR: marcha bipodálica plantígrada independiente y claudicante a expensas de miembro pélvico derecho.

CADERA: cadera derecha con flexión de 110°, extensión 180°, abducción 30°, signo de Galeazzi positivo, presenta asimetría de pliegues inguinales.

4.3 PLAN DE CUIDADOS

4.3.1 PERÍODO PRE-OPERATORIO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: C.F.A.E Edad: 1 año 11 meses Sexo: femenino
Peso: 12.5 kg Talla: 87 cm Servicio: Área "A" Niñas
Persona Responsable: Flores Ma. Lourdes (mamá)
Diagnóstico médico: DDC derecha

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

DORMIR Y DESCANSAR

- Riesgo potencial del patrón del sueño relacionado con la hospitalización.

EVITAR PELIGROS

- Potencial de accidente relacionado con edad y marcha claudicante.
- Temor relacionado con hospitalización y ausencia de sus familiares manifestado por inquietud y crisis de llanto.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

66

DIAGNÓSTICO: Riesgo potencial del patrón del sueño relacionado con la hospitalización.

OBJETIVO: Reducir o prevenir las incomodidades que puedan interferir con el sueño y patrones de descanso normales.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
<p>28-08-02</p> <p>Dormir y descansar.</p>	<p>1. Valorar el patrón de sueño de la paciente.</p> <p>2. Propiciar un ambiente cómodo y adecuado para inducir el sueño.</p> <p>3. Llevar a cabo las prácticas ordinarias que utiliza la paciente para dormir como es</p>	<p>□ La evaluación del paciente en cuanto a la cantidad, calidad y manifestaciones entorno al sueño, permite identificar y resolver problemas.</p> <p>□ El tiempo requerido para dormir en los niños es de 10 a 14 horas.</p> <p>□ Un ambiente tranquilo ayuda a dormir durante un mayor periodo de tiempo.</p> <p>□ Son prácticas que inducen el sueño; los baños tibios, ingestión de leche</p>	<p>29-08-02</p> <p>Mala, ya que la paciente solo logro dormir por periodos cortos y se despertaba buscando a sus padres, por lo que se trato de tranquilizar a la paciente indicándole que pronto iban a llegar sus papas, arrullándola y permaneciendo junto a ella hasta que se lograra dormir.</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	<p>tomar su biberón con leche y colocar su muñeco de peluche con el que acostumbra dormir.</p> <p>4. Fomentar el mantener un horario específico para dormir y despertar y favorecer las siestas durante el día.</p>	<p>tibia, lecturas y música suave.</p> <p>u Es necesario esforzarse por conservar los periodos normales de sueño del paciente, aunque no siempre es posible, en especial cuando se le ha hospitalizado.</p> <p>o La enfermera puede participar en la planeación de los periodos de siesta del paciente que mejor se ajusten a sus necesidades individuales e interfieran menos en el sueño nocturno.</p>	
--	---	--	--

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

68

DIAGNÓSTICO: Potencial de accidente relacionado con edad y marcha claudicante.

OBJETIVO: Prevenir que se presente algún tipo de accidente durante su estancia intra-hospitalaria.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
<p>28-08-02</p> <p>Evitar peligros.</p>	<p>1. Mantener a la paciente bajo vigilancia estrecha.</p> <p>2. Colocar a la paciente en cuna con barandales, los cuales se deberán mantener elevados.</p> <p>3. Colocar el chaleco sujetador en caso necesario.</p> <p>4. Evitar dejar al alcance de la paciente juguetes de piezas pequeñas que pueda introducir a su boca.</p>	<p>□ Los accidentes se producen más frecuentemente durante el periodo inicial de hospitalización.</p> <p>□ En cada etapa del desarrollo los niños son propensos a un tipo específico de accidente.</p> <p>□ Los accidentes son la causa principal de muerte y lesión en niños.</p> <p>□ La asfixia mecánica es el accidente más frecuente en niños menores de 2 años.</p>	<p>31-08-02</p> <p>Buena, durante el periodo de estancia intra-hospitalaria, la paciente no presentó ningún tipo de accidente.</p>

DIAGNÓSTICO: Temor relacionado con hospitalización y ausencia de sus familiares manifestado por inquietud y crisis de llanto.

OBJETIVO: Reducir el temor logrando que la paciente se adapte al ambiente hospitalario.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
28-08-02 Evitar peligros	<p>1. Explicar a la paciente de forma clara y de acuerdo a su edad los motivos por los cuales debe quedarse en el hospital y porque tienen que irse sus padres al término de la visita familiar.</p> <p>2. Presentar a la paciente con sus compañeros de habitación para establecer relaciones amistosas entre los pacientes y reducir el temor.</p> <p>3. Mostrar a la paciente y familiares el área física del</p>	<p>□ La separación prolongada del niño lejos de sus padres y de su hogar (como en la hospitalización) produce diferentes efectos en cada niño, de acuerdo con su edad.</p> <p>□ La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico.</p> <p>□ Familiarizar al niño y a la familia con la sala disminuye</p>	<p>29-08-02</p> <p>Buena, ya que se logro reducir el temor y la paciente se adapto favorablemente al ambiente hospitalario realizando actividades recreativas como jugar con la pelota, con los cubos, rompecabezas y actividades manuales.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

70

	<p>Hospital e informar a los familiares que el horario de visita es de 8 a 17 horas y fomentar su participación en el cuidado de la paciente.</p> <p>4. Canalizar a la paciente al Servicio de Recreación.</p>	<p>el temor y aumenta los sentimientos de valor propio y autocontrol.</p> <p>□ El juego es una parte natural en la vida del niño.</p>	
--	--	---	--

4.3.2 PERÍODO POST-OPERATORIO

PSOAP

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: C.F.A.E Edad: 1 año 11 meses Sexo: femenino
Grupo y Rh: "O" positivo Servicio: Área "A" Niñas
Fecha de elaboración: 29 agosto 2002 Hora: 16:30

P:

Lactante mayor post-operada de miotomía de aductores y psoas + reducción abierta + osteotomía tipo Salter de cadera derecha, por lo que porta un yeso de fibra de vidrio tipo espica para cadera y dos heridas quirúrgicas la primera en ingle derecha y la segunda en cresta iliaca derecha cubierta por el yeso.

S:

Paciente cursando sus primeras horas de post-operada, portando venoclisis en miembro superior izquierdo y yeso en espica para cadera. Presenta una herida quirúrgica en región inguinal derecha cubierta con apósito el cual se encuentra con mancha hemática no activa en moderada cantidad, así como con edema y equimosis en la periferia.

Acepta y tolera líquidos claros (jugo de manzana y gelatina). Presenta micción espontánea de características normales y en regular cantidad. La paciente se observa con facies de dolor, inquieta, irritable y con crisis de llanto.

O:

Signos vitales:

Temperatura: 36.7 °C Tensión arterial: 90/60 FC: 128 x minuto

FR: 30 x minuto

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Lactante mayor de sexo femenino, con edad aparente a la cronológica de 1 año 11 meses. Consciente, reactiva e inquieta, facciones faciales de dolor, narinas permeables y sin salida de secreciones, mucosa oral hidratada. Tórax con movimientos respiratorios sin presencia de tiros intercostales, simétricos y rítmicos, a la auscultación campos pulmonares bien ventilados sin presencia de quejido respiratorio y estertores, latido cardiaco presente con buen ritmo y frecuencia. Miembros superiores con pulso humeral y radial presentes, miembro izquierdo con presencia de venoclisis con jelco No. 24 permeabilizado con solución Hartman de 500 ml para mantener vena permeable.

Abdomen no visible ni palpable por la presencia del yeso tipo espica para cadera. Genitales sin salida de secreciones, región inguinal derecha con presencia de edema moderado y equimosis así como herida quirúrgica cubierta con gasa la cuál se encuentra con mancha hemática no activa en modera cantidad. Miembros inferiores no visibles ni palpables por la presencia del yeso. Ortejos con llenado capilar de 4 segundos, movilidad y sensibilidad presentes.

A:

Diagnóstico médico: DDC derecha.

Cirugía realizada: MAP + RA + Osteotomía tipo Salter de cadera derecha.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA:**ELIMINACIÓN:**

- **Alteración del patrón de eliminación intestinal relacionado con la inmovilidad manifestado por ausencia de evacuaciones durante dos días.**

MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA:

- **Alteración de la movilidad física relacionado con la presencia del yeso en espica de cadera manifestado por ausencia de movilidad física en parte del tronco y los miembros inferiores.**

DORMIR Y DESCANSAR:

- **Alteración del bienestar físico relacionado con dolor post-operatorio manifestado por irritabilidad, crisis de llanto y facies de dolor.**

MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE CORPORAL Y PROTECCIÓN DE LOS TEGUMENTOS:

- **Afección de la integridad cutánea relacionado con herida quirúrgica en región inguinal derecha manifestado por edema y equimosis.**
- **Probable riesgo de infección relacionado con la presencia de dos heridas quirúrgicas, la primera en región inguinal derecha y la**

segunda en cresta iliaca derecha la cual se encuentra cubierta por el yeso.

- Probable alteración de la perfusión tisular periférica relacionado con el yeso en espica de cadera.
- Probable alteración de la integridad cutánea relacionado con la presencia del yeso en espica de cadera.

EVITAR PELIGROS:

- Angustia relacionado con la presencia del yeso, inmovilidad y la venoclisis manifestado por inquietud e irritabilidad.

DISTRAERSE Y COMUNICARSE CON LOS DEMÁS:

- Déficit de la actividad recreativa relacionado con inmovilidad y el reposo en cama manifestado por apatía.

APRENDIZAJE:

- Déficit de conocimiento relacionado con el cuidado del yeso y la herida quirúrgica manifestado por dudas y preocupación de los padres.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

75

DIAGNÓSTICO: Alteración del patrón de eliminación intestinal relacionado con la inmovilidad manifestado por ausencia de evacuaciones durante dos días.

OBJETIVO: Fomentar una dieta apropiada y buenos hábitos para facilitar una función intestinal adecuada y regular.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACION
29-08-02 Eliminación.	1. Valorar el patrón de eliminación de la paciente (2 a 3 veces al día). 2. Fomentar la ingesta de abundantes líquidos (1200 ml por día).	<p>□ La actitud del personal de Enfermería, en la atención al paciente con alteraciones en la eliminación intestinal es de suma importancia.</p> <p>□ La ingestión adecuada de líquidos ayuda a reblandecer las heces y facilita su excreción.</p> <p>□ La ingesta de agua para los niños de 1 a 3 años de edad debe ser de 100 ml / kg.</p>	31-08-02 Buena, ya que la paciente presentó una evacuación de características normales al segundo día de no evacuar y posteriormente se normalizo su patrón de eliminación ya que consumió una dieta a base de frutas, verduras, cereales e incremento su ingesta de líquidos claros.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	<p>3. Ofrecer una dieta rica en fibra como frutas, verduras o cereales para favorecer el peristaltismo.</p>	<p>□ Los alimentos ricos en fibra aumentan la cantidad y el volumen de las heces.</p>	
	<p>4. Realizar cambios de posición frecuentes.</p>	<p>□ El reposo en cama disminuye el peristaltismo y como consecuencia se altera el patrón de eliminación normal.</p>	
	<p>5. Realizar estímulo anal en caso necesario para favorecer la salida de las heces.</p>	<p>□ El peristaltismo y la estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas en el recto, son factores que motivan el reflejo de la defecación.</p>	
	<p>6. Valorar las características de las heces como consistencia, cantidad y color.</p>	<p>□ Unas heces duras formadas por trozos pequeños o en escasa cantidad pueden indicar estreñimiento.</p>	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	<p>7. Realizar el lavado de manos de la paciente después de cada cambio de pañal.</p>	<p>□ El aseo de las manos después de evacuar evita la transmisión de microorganismos causantes de enfermedades gastro-intestinales que pueden provocar la muerte.</p>	
--	---	---	--

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

78

DIAGNÓSTICO: Alteración de la movilidad física relacionado con la presencia del yeso en espica de cadera manifestado por ausencia de la movilidad física en parte del tronco y los miembros inferiores.

OBJETIVO: Prevenir las complicaciones de la movilidad disminuida.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
<p>29-08-02</p> <p>Moveirse y mantener una postura adecuada.</p>	<p>1. Realizar cambios de posición cada 30 minutos para evitar puntos de presión.</p> <p>2. Mantener en alineación correcta las partes corporales que no están comprometidas por el yeso, con la ayuda de almohadas.</p> <p>3. Realizar masaje en espalda, brazos y cuello en cada</p>	<p>□ Los objetivos del cambio de posición son evitar complicaciones relacionadas a la permanencia prolongada en cama y propiciar la mayor comodidad para el paciente.</p> <p>□ La fuerza de gravedad hace que las diversas partes corporales no estén en alineación debida, a menos que se brinde un sostén adecuado.</p> <p>□ El masaje alivia los músculos doloridos y disminuye los</p>	<p>31-08-02</p> <p>Buena, durante su estancia dentro del hospital no presento ninguna complicación respecto a la inmovilidad</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

79

	<p>cambio de posición.</p> <p>4. Vigilar el estado neuro-circulatorio distal de ambos miembros inferiores.</p> <p>5. Proporcionar ayuda y enseñanza a los familiares acerca de cómo movilizar y trasladar correctamente a la paciente.</p>	<p>espasmos musculares.</p> <p>□ La detección oportuna de signos de alarma puede evitar complicaciones.</p> <p>□ La participación de la familia es la base para el éxito de todo programa, respecto al masaje, movilización y traslado.</p>	
--	--	---	--

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

**TESTE CON
FALLA DE ORIGEN**

80

DIAGNÓSTICO: Alteración del bienestar físico relacionado con dolor post-operatorio manifestado por inquietud, irritabilidad, crisis de llanto y facies de dolor.

OBJETIVO: Reducir el dolor e identificar los factores que precipitan o agravan el dolor.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
29-08-02 Descanso y sueño.	<p>1. Valorar el tipo y localización del dolor a través de las facies de la paciente.</p> <p>2. Valorar los signos vitales cada hora.</p> <p>3. Administrar Febrax 5 ml V.O cada 8 horas y Nubain 2 mg I.V cada 8 horas PRN.</p>	<p>□ En un niño menor de 3 años responde al dolor con postura tensa del cuerpo, irritabilidad y rotación de la cabeza.</p> <p>□ El desequilibrio físico o psicológico provoca alteraciones en los signos vitales.</p> <p>□ El Febrax es un analgésico, antiinflamatorio y antipirético no esteroide, las reacciones</p>	<p>30-08-02</p> <p>Buena, dentro de las primeras horas post-operatorias se logro controlar la presencia del dolor, ya que la paciente se mantuvo tranquila y sin alteración en sus facies y signos vitales, por lo que posteriormente se mantuvo con Febrax 5 ml V.O cada 8 horas</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

		<p>adversas son: PRN. náuseas, cefalea, tinnitus, vértigo y molestias abdominales.</p> <p>□ El Nubain es un analgésico narcótico, esta indicado para aliviar el dolor intenso. Sus reacciones adversas son: somnolencia, taquicardia, hipotensión, náuseas, vómito y cefalea.</p>	
	<p>4. Vigilar la presencia de dolor con regularidad y verificar su intensidad antes y después de administrar los analgésicos.</p>	<p>□ La tolerancia a los medicamentos es un fenómeno fisiológico que se produce cuando la dosis prescrita de un medicamento deja de ser eficaz debido a un uso repetido del mismo.</p>	
	<p>5. Realizar cambios</p>	<p>□ Los cambios de</p>	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	<p>frecuentes de posición y colocar almohadillas para mantener elevados los miembros inferiores a nivel del corazón.</p>	<p>posición incrementan la circulación a los tejidos y alivian la presión, y la elevación del miembro afectado favorece el retorno venoso por la acción de la gravedad.</p>	
	<p>6. Reducir los estímulos ambientales perturbadores como el ruido o luces brillantes.</p>	<p>□ La reducción de los estímulos ambientales perturbadores pueden ayudar a disminuir el dolor.</p>	
	<p>7. Realizar actividades recreativas para mantener su atención distraída fuera de la habitación.</p>	<p>□ La distracción y el cambio de escenario pueden hacer que el paciente olvide su situación y que disminuyan las respuestas dolorosas.</p>	
	<p>8. Establecer una</p>	<p>□ La empatía, la</p>	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	<p>relación afectiva con la paciente para favorecer la comunicación.</p>	<p>cordialidad, la autoconfianza, la pericia, la participación activa, la capacidad de comunicación, la conducta ético-moral y los conocimientos científicos correspondientes, son algunos de los elementos que forman el perfil profesional.</p>	
--	--	---	--

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DIAGNÓSTICO: Afección de la integridad cutánea relacionado con herida quirúrgica en región inguinal derecha manifestado por edema y equimosis.

OBJETIVO: Reducir el edema y evitar que se presenten otras lesiones dérmicas.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>29-08-02</p> <p>Mantenimiento de la higiene corporal y protección de los tegumentos.</p>	<p>1. Valorar el grado de edema y la extensión de la equimosis.</p> <p>2. Valorar la zona de la periferia de la herida quirúrgica en busca de otras lesiones (hematoma).</p> <p>3. Aplicar frío local cada 2 horas por 15 minutos, vigilando continuamente el área de aplicación.</p>	<p>□ La clasificación del edema es:</p> <p>0= Ninguno +1= Mínimo +2= Moderado +3= Profundo +4= Muy profundo</p> <p>□ La reacción inflamatoria guarda estrecha relación con la curación de heridas y procesos de reparación.</p> <p>□ La aplicación de frío produce vasoconstricción con lo cual disminuye el edema y la presión sobre las terminaciones</p>	<p>30-08-02</p> <p>Buena, el edema disminuyo de moderado a mínimo, así como no hubo presencia de sangrado o signos de infección tanto en la herida de la región inguinal y a través del yeso a nivel de la cresta iliaca derecha.</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

		<p>nerviosas. La aplicación de frío por tiempo prolongado produce isquemia en los tejidos.</p>
	<p>4. Administrar Febrax 5 ml V.O cada 8 horas.</p>	<p>□ El Febrax es un analgésico y antiinflamatorio no esteroide e interrumpe la producción de sustancias inflamatorias y la presión sobre las terminaciones nerviosas.</p>
	<p>5. Vigilar la presencia de sangrado y realizar el cambio de apósito con técnica aséptica.</p>	<p>□ La vigilancia constante e información oportuna con relación a las condiciones del apósito quirúrgico permite la detección oportuna de evidencia de hemorragia y complicaciones.</p>

TESIS
FALLA DE ORIGEN

	<p>6. Vigilar la presencia de signos que puedan indicar infección de la herida quirúrgica.</p> <p>7. Vigilar que no haya sangrado a través del yeso al nivel de la cresta iliaca derecha, así como mal olor.</p>	<p>□ Son signos de infección el mal olor, secreción purulenta, enrojecimiento y fiebre.</p> <p>□ La detección oportuna de sangrado puede evitar complicaciones futuras.</p>	
--	--	---	--

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DIAGNÓSTICO: Probable riesgo de infección relacionado con la presencia de dos heridas quirúrgicas, la primera en región inguinal derecha y la segunda en cresta iliaca derecha, la cual se encuentra cubierta por el yeso.

OBJETIVO: Evitar que se presenten signos que indiquen infección.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
<p>30-08-02</p> <p>Protección de los tegumentos.</p>	<p>1. Realizar la curación y el cambio de apósito diario de la herida en la ingle derecha con técnica aséptica y material estéril.</p> <p>2. Valorar la presencia de signos de inflamación, cicatrización o infección.</p>	<p>o La curación es una serie de maniobras que se realizan para la asepsia de una herida.</p> <p>o La protección de la herida con material estéril evita su contaminación.</p> <p>o Los signos de inflamación incluyen eritema, edema, dolor o molestias y drenaje sero-sanguinolento; la cicatrización está indicada por la disminución de los signos</p>	<p>31-08-02</p> <p>Buena, durante el tiempo en que la paciente estuvo hospitalizada no se presentaron signos que indicaran la presencia de infección.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	<p>3. Valorar los signos vitales en busca de hipotermia, taquicardia, malestar general o cefalea.</p> <p>4. Vigilar que no haya mal olor a través del yeso.</p>	<p>mencionados; la infección esta indicada a veces por un hematoma o un absceso que aumenta de tamaño por un incremento del drenaje purulento, por el calor en la zona de la herida y por la presencia de fiebre.</p> <p>□ La infección produce fiebre, escalofríos, aumento en la frecuencia del pulso, vaso dilatación o irrigación de la sangre fría y malestar y molestias generales.</p> <p>□ El mal olor a través del yeso o un "punto caliente"</p>	
--	---	--	--

	<p>5. Administrar Keflin 300 mg IV cada 6 horas por 5 dosis.</p>	<p>pueden indicar el principio de una infección.</p> <p>□ El Keflin es una cefalosporina semisintética de la primera generación, esta indicado en el tratamiento de las infecciones causadas por microorganismos susceptibles, sus reacciones adversas son: diarrea, náuseas, vómito, dolor abdominal, candidiasis bucal y reacciones alérgicas leves.</p>	
	<p>6. Vigilar el estado neuro-circulatorio de ambas extremidades inferiores.</p>	<p>□ Detectar oportunamente los cambios en la circulación sanguínea periférica puede</p>	

	7. Mantener en elevación los miembros pélvicos a nivel del corazón.	□ La elevación de la extremidad afectada a nivel del corazón favorece el retorno venoso.	prevenir complicaciones.
--	---	--	--------------------------

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DIAGNÓSTICO: Probable alteración de la perfusión tisular periférica relacionado con el yeso en espica de cadera.

OBJETIVO: Evitar la aparición de signos que puedan poner en riesgo la integridad de los miembros inferiores.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
<p>29-08-02</p> <p>Protección de los tegumentos.</p>	<p>1. Mantener elevados los miembros inferiores al nivel del corazón con la ayuda de almohadas.</p> <p>2. Valorar el color, temperatura, presencia de edema, funciones motoras y sensitivas, presencia de dolor y llenado capilar cada 1 o 2 horas.</p>	<p>□ La elevación del miembro afectado a nivel del corazón incrementa el retorno venoso.</p> <p>□ El color de los dedos debe ser sonrosado, no pálido ni blanco; los tejidos lesionados suelen estar por lo general más fríos que los tejidos contra-laterales; los tejidos lesionados suelen estar perceptiblemente más inflamados que los tejidos contra-laterales; los tejidos</p>	<p>29/31-08-02</p> <p>Buena, ya que la paciente no presento ningún cambio significativo en el estado neuro-circulatorio de los miembros afectados por el yeso.</p>

		<p>lesionados suelen tener una movilidad reducida; la presión sobre los nervios advertida por quejas de insensibilidad, hormiguelo o sensación de tener pinchazos; el llenado capilar normal es de 2 - 4 segundos.</p>	
	<p>3. Comparar el estado neuro-circulatorio distal de los ortijos de ambos miembros.</p>	<p>□ La valoración bilateral de los miembros afectados indica qué tejido específico está afectado cuando se compara con el lado opuesto.</p>	
	<p>4. Realizar cambios de posición frecuentes.</p>	<p>□ Los cambios de posición incrementan la circulación a los tejidos y alivian la presión.</p>	

	<p>5. Notificar al médico en caso de presentarse algún cambio en el estado neuro-circulatorio distal de los miembros.</p>	<p>□ Las pruebas neuro-vasculares permiten detectar precozmente posibles complicaciones.</p>	
--	---	--	--

DIAGNÓSTICO: Probable alteración de la integridad cutánea relacionado con la presencia del yeso en espica de cadera.

OBJETIVO: Prevenir el daño de la piel sana y la infección secundaria.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
<p>30-08-02</p> <p>Mantenimiento de la higiene corporal y protección de los tegumentos.</p>	<p>1. Realizar cambios de posición cada 30 minutos.</p> <p>2. Examinar todos los tejidos cutáneos en busca de cambios de coloración, edema o hipersensibilidad.</p>	<p>□ Los cambios de posición frecuentes incrementan la circulación a los tejidos y alivian la presión.</p> <p>□ Los cambios de coloración señalan el estado de suficiencia de la circulación, los tejidos blandos denotan ausencia de circulación y una coloración azulada sugiere estasis, un incremento de la coloración rojiza puede indicar una lesión capilar o inflamación.</p>	<p>31-08-02</p> <p>Buena, ya que se mantuvo la integridad de la piel y se evito la aparición de puntos de presión así como la presencia de infección durante su estancia intrahospitalaria.</p>

	<p>3. Valorar la presencia de sensación de entumecimiento, quemazón u hormigueos en las partes declives del cuerpo, como codos o espalda.</p> <p>4. Colocar almohadas para mantener elevados los miembros inferiores y proteger las prominencias óseas.</p> <p>5. Valorar frecuentemente el estado neuro-circulatorio distal.</p> <p>6. No mojar el yeso para evitar la humedad de la piel.</p>	<p>□ El entumecimiento, los hormigueos y la quemazón indican presión sobre las terminaciones nerviosas y ausencia de oxigenación que causa isquemia.</p> <p>□ La elevación del miembro afectado favorece el retorno venoso y la protección de las prominencias óseas previenen los puntos de presión.</p> <p>□ El estado neuro-circulatorio distal consiste en valorar el llenado capilar, temperatura, color, movilidad, sensibilidad, edema y la comparación bilateral de ambos miembros.</p> <p>□ La humedad favorece el crecimiento</p>	
--	---	---	--

	<p>7. Valorar la presencia de mal olor a través del yeso.</p> <p>8. Realizar el cambio frecuente de pañal.</p>	<p>bacteriano.</p> <p><input type="checkbox"/> El mal olor o "punto caliente" a través del yeso indica el principio de una infección.</p> <p><input type="checkbox"/> El contacto entre la orina ácida (pH 4.5-7.5) y la piel causa irritación, excoriación o dermatitis.</p>	
--	--	---	--

DIAGNÓSTICO: Angustia relacionado con la presencia del yeso en espica de cadera, inmovilidad y la venoclisis manifestado por inquietud e irritabilidad.

OBJETIVO: Reducir la angustia logrando que la paciente se adapte su condición actual.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
29-08-02 Evitar peligros.	1. Explicar a la paciente de manera clara y de acuerdo a su edad el porque tiene un yeso y por cuanto tiempo aproximado lo va a tener. 2. Retirar la venoclisis al término del tratamiento parenteral y por indicación médica.	<input type="checkbox"/> Los niños poseen una capacidad de raciocinio al igual que las personas adultas. <input type="checkbox"/> La perfusión regular continua de líquidos intravenosos mantiene los aportes de líquidos del paciente para asegurar la hidratación adecuada y la función circulatoria y proporciona una vía para la administración de	30-08-02 Buena, ya que la paciente se observo tranquila al retirarle la venoclisis y al ver a otros niños que tenían yesos iguales al de ella y en los días posteriores logro adaptarse a su condición actual ya que no rechazaba la presencia del yeso.

	<p>3. Presentar a la paciente con otros pacientes que se encuentren en la misma condición.</p> <p>4. Movilizar y trasladar a la paciente fuera de la habitación.</p> <p>5. Realizar actividades recreativas para distraer a la paciente.</p>	<p>fármacos de urgencia durante el período post-operatorio.</p> <p>o La respuesta emocional más común a un ambiente amenazante y poco familiar es la desconfianza.</p> <p>o La distracción y el cambio de escenario pueden hacer que el paciente olvide su situación actual.</p> <p>o La actividad recreativa es una parte natural en la vida del niño y la planeación del cuidado de Enfermería.</p>	
--	--	---	--

DIAGNÓSTICO: Déficit de la actividad recreativa relacionado con la inmovilidad y el reposo en cama manifestado por apatía.

OBJETIVO: Adaptar las actividades recreativas de acuerdo a su edad y el estado de salud actual de la paciente.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION	EVALUACION
<p>30-08-02</p> <p>Distraerse y comunicarse con los demás.</p>	<p>1. Establecer una relación afectiva con la paciente y familiares.</p> <p>2. Tener el conocimiento de los gustos e intereses de la paciente.</p> <p>3. Canalizar al Servicio de Recreación.</p>	<p>□ El establecimiento de una relación terapéutica entre el personal de salud, paciente y familiares favorecen la apertura para expresar sentimientos y aceptar sugerencias.</p> <p>□ El desarrollo de la personalidad del niño y el control de sus emociones se realiza a través del juego.</p> <p>□ La ludoterapia favorece la integración de la personalidad, el</p>	<p>31-08-02</p> <p>Buena, ya que la paciente se mostró más activa, cooperadora y sonriente tanto con sus padres como con el personal de salud.</p>

	<p>4. Brindarle juguetes que sean de acuerdo a su edad como muñecas, pelotas, rompecabezas y cubos.</p> <p>5. Realizar juegos que puedan estimular su imaginación como dibujar.</p> <p>6. Fomentar en los familiares la importancia que tiene el juego en los niños.</p>	<p>acceso a la comunicación y el desarrollo de la sociabilidad.</p> <p>□ Los juguetes que son de acuerdo a la edad del niño estimulan su imaginación.</p> <p>□ El jugar con los niños, brinda a estos un sentimiento de aceptación de las demás personas y favorece su autoestima ayudando a su pronta recuperación y a la fácil aceptación de alguna situación existente.</p> <p>□ El juego proporciona a los padres y profesionales la oportunidad de valorar el estado de</p>	
--	--	--	--

	<p>7. Promover la mezcla de actividades / estímulos como por ejemplo: música, programas de televisión que sean de acuerdo a su edad, películas infantiles, material de lectura como cuentos infantiles y trabajos manuales.</p>	<p>ánimo y acciones del niño e identificar la percepción actual de la situación por el niño.</p> <p>□ La actividad recreativa permite al individuo exteriorizar sus emociones y liberarse de sus tensiones.</p>	
--	---	---	--

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO: Déficit de conocimiento relacionado con el cuidado del yeso y la herida quirúrgica manifestado por dudas y preocupación de los padres.

OBJETIVO: Dar a conocer a los padres la información necesaria en cuanto al cuidado de la paciente y aclarar todas las dudas que manifiesten.

NECESIDAD	ACCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN	EVALUCIÓN
<p>31-08-02</p> <p>Aprendizaje para los familiares.</p>	<p>1. Brindar enseñanza a los familiares acerca de cómo realizar el baño y la curación de la herida quirúrgica realizándolo junto con ellos.</p> <p>2. No mojar el yeso ya que podría reblandecerse y perder su funcionalidad.</p>	<p>□ Los objetivos principales de la enseñanza al paciente y familiares son promover el conocimiento sobre el mantenimiento de la salud prevenir la enfermedad y prepararlos para el egreso del hospital.</p> <p>□ El objetivo del yeso es sostener la extremidad o hueso y mantenerlos inmóviles hasta que la curación sea completa.</p>	<p>31-08-02</p> <p>Buena, ya que los padres lograron aprender y comprender los cuidados que se deben proporcionar a la paciente para mantener su estado de salud en las mejores condiciones y evitar o prevenir la aparición de signos que puedan poner</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	<p>3. Cubrir el yeso con vendas para evitar que se ensucie.</p>	<p><input type="checkbox"/> El yeso es poroso y absorbe agua con facilidad.</p>	<p>en riesgo la vida de la niña.</p>
	<p>4. Colocar pétalos de cinta adhesiva sobre los bordes del yeso y en la zona perineal para evitar que el yeso roce con la piel y se presenten fugas de orina.</p>	<p><input type="checkbox"/> Los bordes rugosos del yeso traumatizan la piel, en especial en niños.</p>	
	<p>5. Realizar el cambio de pañal frecuente para evitar que se ensucie el yeso de orina o heces.</p>	<p><input type="checkbox"/> La eliminación suele constituir un problema en el paciente con yeso en espica para cadera, pues es difícil mantener la limpieza adecuada de la zona perineal.</p>	
	<p>6. Mantener en elevación ambos miembros inferiores a nivel del corazón con la ayuda de almohadas.</p>	<p><input type="checkbox"/> La elevación de la extremidad afectada a nivel del corazón incrementa el retorno venoso.</p>	
	<p>7. Realizar cambios de posición cada 30 minutos para evitar puntos de presión.</p>	<p><input type="checkbox"/> El cambio de posición facilita una circulación óptima y la fuerza muscular.</p>	

	<p>8. Mantener a la paciente bajo vigilancia estrecha para prevenir accidentes.</p> <p>9. Vigilar la aparición de signos de alarma que indiquen alguna complicación en la circulación sanguínea.</p> <p>10. Vigilar y enseñar a los familiares a identificar los signos que puedan indicar infección en la herida como salida de secreción purulenta, inflamación, mal olor, enrojecimiento, fiebre, sangrado excesivo o mal olor a través del yeso.</p>	<p>□ Los accidentes son la causa principal de lesiones en el niño.</p> <p>□ Los signos de alarma indican una alteración en la circulación sanguínea y son: los dedos de los pies se encuentran fríos, pálidos o morados, hay presencia de entumecimiento u hormigueo, inflamación excesiva y dolor.</p> <p>□ El mal olor a través del yeso o un "punto caliente", pueden indicar el principio de una infección.</p>	
--	--	---	--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	<p>11. Conservar los juguetes y objetos pequeños fuera del alcance de la paciente para evitar que los introduzca bajo el yeso.</p> <p>12. Fomentar la ingesta de líquidos y una dieta equilibrada y rica en fibra para evitar el estreñimiento y favorecer la recuperación de la paciente.</p>	<p>□ Los artículos extraños empujados bajo el yeso por el niño de corta edad causan zonas de presión e irritación de la piel.</p> <p>□ Los alimentos ricos en fibra aumentan la cantidad y el volumen de las heces; los líquidos ayudan a reblandecerlas.</p>	
--	--	---	--

4.4 PLAN DE ALTA

Nombre: C. F. A. E Edad: 1 año 11 meses
Fecha de ingreso: 28 – Agosto – 2002
Fecha de egreso: 31 – Agosto – 2002

INSTRUCCIONES MEDICAS

1. Dieta Normal
2. Aplicar frío local en región inguinal en caso de inflamación
3. Keflex 5 ml vía oral cada 6 horas por 3 días
4. Febrax 5 ml vía oral cada 8 horas en caso de dolor
5. No mojar, ensuciar o romper el yeso
6. Vigilar la coloración de los dedos de los pies
7. Llamar o acudir al hospital en caso de emergencia

INSTRUCCIONES DE ENFERMERIA

DIETA: proporcionar una dieta variada incluyendo alimentos como leche y derivados lácteos, carne y alternativas (soya), pan, cereales, frutas y verduras; así como beber líquidos claros (1200 ml por día) para evitar el estreñimiento. Para impedir una ganancia excesiva de peso, no hay que dar bebidas azucaradas ni dulces, ya que la niña debe consumir los alimentos necesarios para ayudar a la cicatrización y el crecimiento.

BAÑO: la niña lleva un yeso tipo espica para cadera, por lo que se debe realizar un baño de esponja sobre una mesa o su propia cama

evitando al máximo no mojar el yeso, ya que este debe permanecer seco porque entonces perdería su funcionalidad y la humedad favorece la infección de la piel, así también se debe realizar una limpieza adecuada de las áreas entre los dedos de los pies con aplicadores de algodón mojados con aceite para bebés.

CUIDADO DE LA HERIDA QUIRURGICA: la paciente tiene dos heridas, una se localiza en la cresta iliaca derecha, la cual se encuentra cubierta con el yeso, y la segunda se encuentra en la región inguinal derecha, por lo que se debe de realizar curación diaria con jabón y agua. Se puede utilizar jabón líquido o jabón de pasta el cual se deja en agua para disolverlo; el agua debe estar libre de gérmenes por lo que se tiene que poner a hervir. Se tiene que realizar la curación de la herida con gasas y realizarla de arriba hacia abajo y no volver a regresar con la gasa del mismo lado, posteriormente se enjuaga con agua, teniendo precaución de no mojar el yeso, por último secar muy bien la herida realizando un poco de presión y posteriormente cubrirla con una gasa doblada fijada con micropore. La herida se tiene que vigilar que no haya salida de secreción purulenta, o sangrado excesivo, que este enrojecida o huela mal y que al tacto se encuentre caliente, así mismo que la niña se encuentre con fiebre y molestias generales o que haya mal olor a través del yeso ya que la presencia de alguno de estos signos puede indicar infección.

CUIDADO DE LA PIEL: durante el tiempo que lleve el yeso, se debe tener especial cuidado en mantener sana la piel, puede utilizar friegas de alcohol sobre la piel circundante en caso de enrojecimiento. Si el soporte roza contra la piel, se puede colocar trozos de tela adhesiva sobre los bordes para cubrirlos y evitar lesiones; en caso de que la niña presente comezón, no meter objetos bajo el yeso ya que estos podrían hacer presión sobre la piel y ocasionar infecciones en tal caso puede ventilarlo con aire frío de un secador o frotar la piel circundante a los extremos de este.

VIGILANCIA DEL ESTADO CIRCULATORIO: se debe vigilar el estado neuro-circulatorio de los miembros inferiores; los signos de alarma son que los dedos del pie se encuentren de color pálido o morado, fríos, con inflamación excesiva, entumecidos o con sensación de hormigueo, presente dolor incesante y sensaciones extrañas en las piernas. Para evitar la aparición de alguno de estos signos se debe mantener en elevación ambas piernas a nivel del corazón con la ayuda de almohadas y para evitar puntos de presión los cuales pueden provocar una infección se deben de realizar cambios de posición cada 30 o 40 minutos o puede utilizarse un carro mecánico de juguete y ayudar a la niña a desplazarse.

CUIDADOS DEL YESO EN ESPICA PARA CADERA: para proteger el yeso se puede utilizar vendas o calcetines, así cuando se ensucien los vendajes o los calcetines se pueden lavar y volver a utilizarse, y para protegerlo en el área perineal de la orina o las heces se

puede utilizar hojas de plástico fijadas alrededor del área y los bordes con tela adhesiva y evitar que se moje, se debe de realizar cambio frecuente de pañal e impedir escurrimientos. No rayar, quitar o romper el yeso ya que perdería su funcionalidad.

FECHA DE PRÓXIMA CITA:

14 – octubre – 2002

Hora: 8:00 am

Clínica: Yesos

Su próxima cita será dentro de ocho semanas, en la cual se tomarán una serie de radiografías para evaluar la evolución y la corrección del hueso, y posteriormente el médico decidirá si la niña continuara con el mismo tipo de yeso o lo reemplaza por otro (yeso tipo Batchelor).

5. Conclusiones y Sugerencias

CONCLUSIONES

Al término de la realización del presente trabajo se puede concluir que los objetivos trazados al inicio se lograron alcanzar completamente, puesto que al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería apoyado en el modelo teórico de Virginia Henderson se llevo a cabo la valoración de la paciente, a través de la cual se identificaron una serie de necesidades afectadas; se formularon diagnósticos de enfermería; se planearon los cuidados que se debían aplicar para satisfacer esas necesidades, y que posteriormente se ejecutaron; por último se evaluó la respuesta de la paciente ante los cuidados realizados para evaluar si tuvieron un efecto positivo o negativo en su estado de salud.

El principal logro que se consiguió con la realización del Proceso de Atención de Enfermería es que a pesar de la edad, del tipo de cirugía y de la inmovilidad por la presencia del yeso, el estado de salud de la paciente tanto físico, social y emocionalmente se mantuvo en óptimas condiciones durante el tiempo en que estuvo hospitalizada, así como también se logro la participación activa de los familiares en cuanto al cuidado de la niña en el hospital y la enseñanza que se les brindo para el mantenimiento y cuidado de la salud en el hogar.

SUGERENCIAS

El instrumento principal con el que el personal de Enfermería cuenta para brindar una atención con calidad es el Proceso de Atención de Enfermería, es por eso que sugiero que se implemente como la opción más importante para la titulación, ya que la mayoría de los alumnos optan por titularse con otro tipo de opción.

Asimismo sugiero que las personas que están realizando su Proceso de Atención de Enfermería también dirijan su atención hacia los niños que padecen de algún trastorno o defecto congénito, ya que al consultar los procesos y las tesis ubicados en la biblioteca se encuentran escasos trabajos que contengan este tipo de información, y por otro lado existe bibliografía insuficiente de Ortopedia infantil, y la que existe son de ediciones atrasadas.

6. Anexos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

114

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del niño: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____

Talla: _____ Fecha de nacimiento: _____

Religión de los padres: _____

Persona responsable: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Servicio: _____

Fecha de elaboración: _____ Hora: _____

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

PADRE:

Nombre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Sueldo: _____

Tabaquismo: _____ Alcoholismo: _____

Medicamentos: _____ Toxicomanías: _____

MADRE:

Nombre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Sueldo: _____

Tabaquismo: _____ Alcoholismo: _____

Medicamentos: _____ Toxicomanías: _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos de la madre:

Menarca: _____ Inicio de vida sexual activa: _____

Número de parejas sexuales: _____ Tx con anticonceptivos: _____

Para: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Método de Planificación Familiar actual: _____

HERMANOS:

Número: _____ Edad: _____

Estado de salud: _____

OTROS ANTECEDENTES:

Estado de salud de abuelos, tíos o primos: _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Lugar de nacimiento: _____

Número de gesta: _____ Parto eutócico: _____

Parto distócico: _____ Lloró y respiró al nacer: _____

Peso al nacer: _____ Talla RN: _____

Inmunizaciones: _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

116

Vivienda propia o rentada: _____

Características físicas (iluminación, ventilación, etc): _____

Servicios con que cuenta (agua, drenaje, control de basura, etc): _____

**VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BASADAS EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:**

RESPIRACIÓN: _____

ALIMENTACIÓN: _____

ELIMINACIÓN: _____

MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA: _____

DORMIR Y DESCANSAR: _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

117

VESTIRSE Y DESVESTIRSE: _____

MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL: _____

MANTENER LA HIGIENE CORPORAL: _____

EVITAR PELIGROS: _____

COMUNICACIÓN: _____

CREENCIAS: _____

PREOCUPARSE DE LA PROPIA REALIZACIÓN: _____

JUGAR Y DISTRAERSE: _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

118

APRENDIZAJE: _____

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Recién nacido: _____

Lactante menor y mayor: _____

Preescolar y escolar: _____

Quirúrgicos: _____

Alergias: _____

Traumatismos: _____

Transfusión sanguínea (año): _____

V. PADECIMIENTO ACTUAL

Descripción de signos y síntomas (inicio y evolución): _____

VI. MOTIVO DE CONSULTA

VII. DIAGNÓSTICO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VIII. TRATAMIENTO

IX. EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

X. EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos vitales: Temperatura: _____ TA: _____

FC: _____ FR: _____

Somatometría: Peso: _____ Talla: _____

INSPECCIÓN GENERAL: _____

PIEL: _____

CABELLO: _____

UÑAS: _____

CABEZA: _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

120

OJOS: _____

OIDOS: _____

NARIZ: _____

BOCA: _____

CUELLO: _____

TÓRAX: _____

CORAZÓN: _____

ABDOMEN: _____

SISTEMA CIRCULATORIO: _____

EXTREMIDADES: _____

GENITALES: _____

ANO Y RECTO: _____

COLUMNA: _____

LOCOMOTOR: _____

CADERA: _____

7. Glosario

GLOSARIO

A

ABDUCCIÓN: movimiento de una extremidad hacia fuera del eje del cuerpo.

ADUCCIÓN: movimiento de una extremidad hacia el eje del cuerpo.

ANTEVERSIÓN: angulación en el plano transversal entre el cuello y el cuerpo del fémur.

ARCO DE SHENTON – MENARD: es un arco formado por el borde inferior del cuello del fémur que se continua hacia adentro en forma regular con el borde superior del agujero obturador.

ARTICULACIÓN: es un punto de contacto entre dos o más huesos.

ARTICULACIÓN DE LA CADERA: tipo de articulación esférica estable en la cual la cabeza del fémur se ajusta dentro del acetábulo del hueso de la cadera.

AVASCULAR: desprovisto de vasos.

B

BIPODÁLICA: capaz de desplazarse sobre dos pies.

C

CARTÍLAGO TRIRRADIADO: banda de cartílago de tejido conjuntivo en forma de Y que se extiende a través del acetábulo para unirse al ileon, isquion y al pubis.

CAVIDAD COTÍLOIDEA: acetábulo.

CESÁREA: extracción del feto por medio de una incisión en el útero, por lo general a través de la pared abdominal.

CLAUDICACIÓN: acción anormal en el ciclo de la marcha, asociada a una deficiencia de los factores de elevación y propulsivos del lado afectado del cuerpo.

CONGÉNITO: presente al nacimiento, como un defecto o anomalía congénita.

CRESTA: proyección o reborde especialmente el que protruye desde un hueso o su reborde.

CRESTA ILIACA: borde superior expandido y engrosado del ilion.

COXA VALGUS: deformidad de la cadera en la que el ángulo por el eje de la cabeza y cuello del fémur y el eje de su diáfisis se halla aumentado significativamente.

D

DIÁFISIS: es el eje o porción principal más larga de un hueso.

DIARTROSIS: articulación en la cual se mueven con libertad los huesos opuestos.

DICIGOTO: perteneciente o relativo a los gemelos procedentes de dos huevos fecundados.

DISPLASIA: cualquier desarrollo anormal de tejidos u órganos.

E

EDEMA: acumulación excesiva de líquido en los tejidos.

ECOGRAFÍA: uso de técnica ultrasónica para producir una fotografía del eco que se produce cuando se reflejan las ondas sonoras de tejidos de diferente densidad.

ENARTROSIS: articulación esférica como la cadera, una forma de diartrosis.

EPÍFISIS: es la extremidad o porción terminal de un hueso.

EQUIMOSIS: acumulación de sangre en los tejidos y confiere a la piel un aspecto purpurino.

ESPINA BÍFIDA: defecto congénito del tubo neural, caracterizado por anomalías del desarrollo del arco vertebral posterior.

ESTASIS: estancamiento o detención del flujo de líquidos corporales, tales como orina o sangres.

ESTRÓGENOS: hormonas sexuales de la mujer que se producen en los ovarios y guardan relación con el desarrollo y conservación de las estructuras reproductivas y características sexuales secundarias.

F

FÉMUR: es el hueso del muslo más largo y más pesado del cuerpo.

FIBROCARTÍLAGO: cartilago constituido por una matriz densa de fibras de colágeno blancas.

H

HIPERFLEXIÓN: flexión forzada de un miembro.

HIPOPLASIA: órgano o tejido incompleto o sub-desarrollado, habitualmente como resultado de una disminución en el número de células.

I

ISQUEMIA: déficit de aporte de sangre producido por obstrucción a la circulación en una parte del cuerpo.

L

LIGAMENTO REDONDO: banda fibrosa curva unida por un extremo a la fovea de la cabeza del fémur y por el otro al ligamento transverso del acetábulo.

LÍNEA DE HILGENREINER: signo radiográfico utilizado para el estudio de la cadera. Es una línea horizontal que pasa por el cartilago trirradiado o espacio claro no osificado del fondo de los acetábulos.

LÍNEA DE PERKINS: signo radiográfico utilizado para el estudio de la cadera. Es una línea vertical perpendicular a la línea de Hilgenreiner, que parte del reborde supero-externo del acetábulo. La línea de Hilgenreiner y Perkins dan lugar a 4 cuadrantes.

LUXACIÓN: desplazamiento de cualquier parte u órgano en especial el desplazamiento temporal de un hueso de su posición normal en una articulación.

M

METABOLISMO: conjunto de todos los procesos químicos que tienen lugar en los organismos vivos cuyos objetivos son el crecimiento, la generación de energía, la eliminación de desechos y otras funciones corporales relacionadas con la distribución de nutrientes en la sangre después de la digestión.

METATARSUS ADUCTUS: deformidad congénita del pie en la que la parte anterior rota hacia dentro, acercándose a la línea media del cuerpo, mientras el tobillo permanece recto.

MIOFASCIAL: relativo a un músculo y su fascia.

MIOTOMÍA: sección de un músculo realizada para acceder a los tejidos subyacentes o para aliviar la constricción de un esfínter.

MONOCIGOTO: perteneciente a, que se desarrolla a partir de un óvulo fertilizado o cigoto, como en el caso de los gemelos idénticos.

MÚSCULO: órgano compuesto por uno de tres tipos de tejido muscular (esquelético {estriado}, cardíaco o liso), que se especializa en la contracción, lo que produce movimientos voluntarios e involuntarios de las partes corporales respectivos.

N

NECROSIS: muerte de los tejidos u órganos; en el caso del hueso, resulta de la falta de abasto sanguíneo resultante de una fractura, eliminación extensa de periostio en una cirugía, exposición a sustancias radiactivas u otras causas.

O

OLIGOHIDRAMNIOS: cantidad anormalmente pequeña o ausencia de líquido amniótico.

OSTEOTOMIA: sección o corte de un hueso.

ORTEJOS: dedos de los miembros inferiores.

P

PERISTALSIS: contracciones musculares rítmicas que mueven la materia fecal por el conducto gastro-intestinal.

POSICIÓN SUPINA: posición en la que el paciente se encuentra acostado sobre su región posterior, extremidades superiores a los lados del cuerpo y las inferiores ligeramente flexionadas.

PRESENTACIÓN ANORMAL: posición anormal del feto en el canal del parto.

PRIMIGESTA: mujer embarazada por primera vez.

PSOAS: músculo largo que se origina en las apófisis transversas de las vértebras lumbares y en los fibrocartilagos y caras laterales de los cuerpos vertebrales de las vértebras dorsales inferiores y de las lumbares. Flexiona y rota externamente el muslo y flexiona lateralmente la columna.

PUS: líquido espeso asociado a la inflamación y compuesto de células, líquido, microorganismos y restos tisulares.

R

REDUCCIÓN ABIERTA: técnica quirúrgica para la reducción de fracturas o luxaciones mediante la exposición directa de los elementos esqueléticos afectados.

RETROVERSIÓN: trastorno frecuente en el cual un órgano se inclina hacia atrás, generalmente sin flexión ni deformación.

ROTACIÓN: es uno de los cuatro tipos fundamentales de movilidad permitida por diversas articulaciones.

S

SUB-LUXACIÓN: luxación incompleta.

T

TENDÓN: cordón fibroso blancuzco de tejido conectivo denso regular, que une un músculo a un hueso.

TENOTOMIA: sección total o parcial de un tendón, realizada para corregir un desequilibrio muscular.

TINNITUS: sensación de chasquido o zumbido en los oídos que es puramente subjetiva.

TORTÍCOLIS CONGÉNITA: trastorno en el que la cabeza está inclinada hacia un lado como consecuencia de la contracción de los músculos de ese lado del cuello.

TRACCIÓN DE BRYANT: es un tipo de tracción utilizada para estabilizar fémures fracturados o corregir la dislocación congénita de la cadera en niños pequeños.

TRACCIÓN CUTÁNEA: es uno de los dos tipos básicos de tracción utilizados en ortopedia para el tratamiento de huesos, fracturas y la corrección de anomalías ortopédicas.

TROCÁNTER MAYOR Y MENOR: proyecciones que sirven como puntos de fijación de algunos de los músculos del muslo y del glúteo.

V

VALGO: postura anormal en la cual una parte del miembro está doblada o torcida hacia fuera, separándose de la línea media.

VASOCONSTRICCIÓN: disminución en el calibre de la luz de un vaso sanguíneo a causa de relajación del músculo liso de su pared.

Y

YESO: es un recurso para proporcionar inmovilización y permitir la curación de una fractura ósea, para estabilizar una fractura inestable, aliviar el dolor consiguiendo el reposo de la parte inmovilizada y ayudar a alinear los tejidos deformados o en mal posición.

YESO BILATERAL (BATCHELOR): dispositivo ortopédico de yeso, fibra de vidrio u otro material, que reviste e inmoviliza el tronco hasta el pezón

y caudalmente ambas piernas hasta los dedos, un travesaño horizontal conecta las partes del molde que reviste ambas piernas a nivel del ángulo, para mejorar la inmovilización.

YESO EN ESPICA PARA CADERA: escayola ortopédica aplicada para inmovilizar parte o todo el tronco y parte o la totalidad de una o más extremidades.

8. Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Ed. Doyma. 2ª ed. Madrid, 1988. 182 pp.

ARAGON, Roberto y Valentín Malagón. Ortopedia Infantil. Ed. JIMS. 2ª ed. Barcelona, 1987. 407 pp.

BALSEIRO A; Lasty. Investigación en Enfermería. Guía de elaboración de Tesis. Proceso de Atención de Enfermería y Trabajos Académicos para Titulación. Ed. Acuario. México, 1991. 225 pp.

CARPENITO, Lynda. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1989. 584 pp.

CORREA, José Alberto y cols. Fundamentos de Pediatría. Volumen V. Ed. Corporación para la investigación biológica. 2ª ed. Bogotá, 1999. 2493 pp.

Diccionario Médico. Ed. Masson. 3ª ed. Madrid, 1990. 730 pp.

Diccionario Mosby. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Ed. Harcourt. 5ª ed. Madrid, 2000. 2026 pp.

DIDONA, Nancy y cols. Enfermería Maternal. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1998. 494 pp.

ESCUREDO, Bibiana y cols. Estructura y Función del cuerpo humano. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1995. 546 pp.

FUENTES, Rogelio. Corpus Anatomía Humana General. Volumen 1. Ed. Trillas. México, 1997. 527 pp.

INGALLS A; Joy y Constance Salerno. Enfermería Materno-Infantil y Pediátrica. Ed. Limusa. México, 1991. 935 pp.

KELTS, Drew y Elizabeth Jones. Manual de Nutrición Pediátrica. Ed. Doyma. Madrid, 1987. 317 pp.

KING, Eunice y cols. Técnicas de Enfermería. Manual ilustrado. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 3ª ed. México, 1988. 1177 pp.

KOZIER, Bárbara y cols. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. Volumen 1 y 2. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 5ª ed. México, 1999. 1569 pp.

KOZIER, Bárbara y cols. Técnicas en Enfermería Clínica. Volumen 1. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 4ª ed. Madrid, 1999. 558 pp.

MARRINER, Ann y cols. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Harcourt Brace. 4ª ed. Madrid, 1999. 555 pp.

MOURAD, Leona. Ortopedia. Ed. Mosby. Madrid, 1996. 307 pp.

NETTER H; Frank. Atlas de Anatomía Humana. Ed. Masson. 2ª ed. Ottawa, 1999. 570 pp.

NORDMARK, Madelyn y Anne Rohweder. Bases científicas de la Enfermería. Ed. La prensa médica mexicana. 2ª ed. México, 1980. 712 pp.

PHANEUF, Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1999. 284 pp.

RODRÍGUEZ C; Rodolfo. Vademécum Académico de Medicamentos. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 3ª ed. México, 1999. 1025 pp.

REYES, Eva y Susana Rosales. Fundamentos de Enfermería. Ed. Manual Moderno. 2ª ed. México, 1999. 198 pp.

SKINNER B; Harry. Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia. Ed. Manual Moderno. 2ª ed. México, 1998. 780 pp.

Taber's Diccionario Médico Enciclopédico. Ed. Manual Moderno. México, 1997. 1727 pp.

TACHDJIAN O; Mihran. Ortopedia Clínica Pediátrica. Diagnóstico y Tratamiento. Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1999. 510 pp.

TAPTICH, Bárbara y cols. Diagnóstico de Enfermería y planeación de cuidados. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1992. 680 pp.

TORTORA, Gerard y cols. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harla. 6ª ed. México, 1993. 1436 pp.

WESLEY, Ruby. Teorías y Modelos de Enfermería. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2ª ed. México, 1997. 179 pp.

WHALEY, Lucille y Donna Wong. Manual clínico de Enfermería pediátrica. Ed. Masson-Salvat. 3ª ed. Madrid, 1993. 614 pp.

WOLFF, Luverne y cols. Curso de Enfermería moderna. Ed. Harla. 7ª ed. México, 1988. 981 pp.

WONG L; Donna. Enfermería Pediátrica. Ed. Mosby. 4ª ed. Madrid, 1995. 1131 pp.