

00921
59



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UNA LACTANTE MAYOR CON ALTERACION
DE LA MARCHA RELACIONADO A UNA TORSION TIBIAL
INTERNA MANIFESTADA POR CAIDAS FRECUENTES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Q U E P R E S E N T A :

CRISTINA FLORES NERI

NUMERO DE CUENTA: 95547767

DIRECTORA DE TRABAJO: LIC. ELVIA LETICIA RAMIREZ TORIZ



MEXICO, D. F.

A 8 DE ABRIL DEL 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

APLICADO A UNA LACTANTE MAYOR CON ALTERACION
DE LA MARCHA RELACIONADO A UNA TORSION TIBIAL
INTERNA MANIFESTADA POR CAIDAS FRECUENTES.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

QUE PRESENTA:

CRISTINA FLORES NERI.

NUMERO DE CUENTA: 95547767.

DIRECTORA DE TRABAJO.


LIC. ELVIA LETICIA RAMÍREZ TORIZ.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

MEXICO D. F. A 8 DE ABRIL DEL 2003.

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS.

A nuestra Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la U.N.A.M. por haberme proporcionado la facilidad para concluir la carrera.

Al profesorado académico de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por sus valiosas enseñanzas para mi formación profesional.

A la Lic. Elvia Leticia Ramírez Toríz
Con admiración y respeto, ya que con su valiosa supervisión, dedicación y esfuerzo, logro transmitir sus conocimientos necesarios para la elaboración de este P.A.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIAS

A mis padres:

Maximino E. Flores Ramírez y
Eloina Neri Vargas,

Con todo mi amor.

Gracias por todo su apoyo incondicional
durante el desarrollo de mi carrera.

A mi esposo:

Por su ayuda y apoyo que supo brindarme,
con cariño y mucha paciencia
durante mi carrera.

A todos mis amigas (os),

Que supieron brindarme su cariño y
apoyo siempre, en los buenos y malos momentos:

Betty, Claudia, Carlos F., Martha, Mónica, Mariana,
Margarita, Blanca, Darío, Angélica, Guadalupe y Juan Carlos.

Siempre serán muy importantes para mí.

A mi amada hija Anita:

Que con tu llegada, has alegrado
nuestras vidas enormemente.

Gracias a ti mi niña
que eres lo más importante
y el principal motivo de mi vida.

Todo mi agradecimiento al
L.E.O. Chaparro Carmona Carlos F.
por brindarme todo su apoyo para
la conclusión de este P.A.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE**PAGINA**

Introducción.	1
Justificación.	3
Objetivos.	5
1. Metodología.	6
2. Marco teórico.	7
2.1 Propuesta teórica de Virginia Henderson.	7
2.2 Modelo (persona-salud-entorno) de Virginia Henderson.	7
2.3 Definición de enfermería por Virginia Henderson.	8
2.4 Catorce necesidades básicas de Henderson.	9
2.5 Dependencia-Independencia.	11
2.6 Supuestos principales de Henderson.	12
2.7 La relación enfermera-paciente.	14
3. Proceso Atención de Enfermería.	15
3.1 Concepto de Proceso Atención de Enfermería.	15

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2 Etapas.	16
3.2.1 Valoración.	16
3.2.2 Diagnóstico de enfermería.	16
3.2.3 Planeación.	17
3.2.4 Ejecución.	18
3.2.5 Evaluación.	19
3.3. Diagnóstico de enfermería.	20
3.3.1 concepto	20
3.3.2 Componentes del diagnóstico de enfermería.	22
3.4 Anatomía y fisiología del sistema músculo-esquelético.	24
3.5. Descripción de la patología: Torsión Tibial Interna.	31
4. Presentación del caso.	37
4.1. Jerarquización de problemas.	42
.Diagnostico de enfermería.	42
4.2. Plan de cuidados de Enfermería domiciliario.	43
4.3. Plan de Alta.	59

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Conclusiones.	61
6. Sugerencias.	63
7. Bibliografías.	64
8. Anexos.	
8.1. Historia clínica (valoración de enfermería).	66
8.2. Glosario de términos.	69

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

La práctica de la enfermería es una combinación de las ciencias de la salud y del arte de los cuidados, una mezcla humanística de los conocimientos científicos, de filosofía de la enfermería, de la práctica clínica, de la comunicación y de las ciencias sociales. En la actualidad se considera a la persona de forma integral.

Los humanos no son solamente seres físicos sino sociales, morales, psicológicos y espirituales. La enfermera realiza una serie de cuidados para atender al paciente en todas sus facetas. Se relaciona también con la familia y la comunidad, y se da cuenta de los efectos que estos grupos producen en el bienestar de los pacientes además de en el suyo propio.

Los niveles de atención que brinda una enfermera son:

- 1) **Fomento a la salud:** Ayuda a las personas tanto sanas como incapacitadas o enfermas a aumentar su nivel de salud.
- 2) **Prevención de la enfermedad:** Enseñar a las personas tanto sanas como enfermas a evitar las enfermedades.
- 3) **Restablecimiento de la salud:** Hacer que el paciente recobre su salud o ayudar a un individuo a que consiga la máxima utilidad física, mental, social y económica de que pueda ser capaz.
- 4) **Ayudar a morir:** Consolar a los enfermos terminales de cualquier edad para que muera en paz.

La elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería a nivel domiciliario de un problema músculo-esquelético llamado "Torsión Tibial Interna" a una lactante mayor se justifica ampliamente para poder aplicar algunos aspectos del modelo de Virginia Henderson (Entorno -Persona-Salud).

En el marco teórico se da a conocer el modelo de Virginia Henderson, así como la fisiopatología de "Torsión Tibial Interna".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También están integradas las cinco etapas del Proceso Atención de Enfermería, se jerarquizan necesidades mediante la valoración de enfermería y de esta manera se elaboran diagnósticos de enfermería y plan de cuidados, finalizando con el plan de alta. Así mismo se dan conclusiones y propuestas para el manejo de la lactante mayor.

JUSTIFICACION

El cuidado de enfermería se basa en conocimientos teóricos y metodológicos; este saber se ve reflejado en los distintos niveles de atención a la salud. Una de las formas más sólidas de brindar cuidados es mediante el enfoque preventivo, particularmente tratándose de los niños.

Todo niño debe desarrollarse de forma integral para adaptarse al mundo como un ser armónico y equilibrado; pero en este caso la niña padece una alteración de crecimiento y desarrollo llamada torsión tibial interna, que afecta en cierta forma sus actividades de la vida diaria, como la llevarían a cabo otros niños de su edad.

La importancia del tema es aún mayor si se tiene en cuenta que estos trastornos posturales corresponden a niños perfectamente normales que son llevados a las clínicas de salud periódicamente para valorar su crecimiento y desarrollo normal, donde los padres desconocen totalmente estas alteraciones y se dan cuenta cuando el pequeño comienza a caminar con los pies hacia adentro o hacia fuera ocasionando dificultad para realizar la marcha normal.

La preocupación y angustia de los padres reside en el aspecto actual del niño hacia el futuro, temiendo la apariencia ridícula de su hijo (estética corporal) y la aparición de deformidades incapacitantes " si no se hace alguna cosa antes de que sea demasiado tarde".

Es por eso que como profesionales de la salud nuestra tarea consiste en mantener perfectamente informados, orientar e involucrar a los padres al momento de proporcionar los cuidados de enfermería a nivel domiciliario a una lactante mayor, enfocando el proceso a concientizar a toda la familia; encargados de educar a la niña, para así establecer una importante labor en conjunto (enfermera-paciente-familia) que facilita la satisfacción de las necesidades de la niña, previniendo posibles daños a su integridad física, mental y social.

Por otra parte también se elabora el Proceso Atención de Enfermería con la finalidad de continuar con los trámites escolares para así obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar un Proceso Atención de Enfermería a una lactante mayor con torsión tibial interna, con el fin de que la familia participe en conjunto con la enfermera, para brindar una atención integral de enfermería en el hogar, para que obtenga el grado de satisfacción y progreso utilizando el modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar una valoración de enfermería, diagnóstico de enfermería, para identificar y analizar las necesidades básicas reales y potenciales que ponen en riesgo el estado de salud de la paciente.
- Estructurar un plan de cuidados en base a las necesidades para brindar cuidados generales de enfermería orientando a la familia.
- Brindar una atención oportuna de calidad a la paciente para su pronta recuperación en el hogar.
- Observar y evaluar la evolución de la paciente de acorde con las acciones de enfermería que se le brinden.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. METODOLOGIA.

El P.A.E. es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran con la identificación y tratamientos de las respuestas del paciente con las alteraciones de salud reales o potenciales.

Se aplica el P.A.E. a una lactante mayor con alteración de la marcha por presentar patología llamada torsión tibial interna, se retoma el modelo de Virginia Henderson, ya que cumple con las expectativas deseadas para aplicar el P.A.E. para esto se recolectaron datos; posteriormente aunados a la fase inicial de valoración del P.A.E., realizando una revisión bibliográfica exhaustiva con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud de la paciente y estar enterados de sus capacidades y problemas, los métodos empleados para la valoración fueron los siguientes: Observación, entrevista, historia clínica de enfermería (llamada actualmente valoración de enfermería); retomando el modelo de Virginia Henderson complementándolo con el diagnóstico de enfermería. Seguido de la planificación, se jerarquizan las necesidades de acuerdo al problema de la paciente, se hace mención de los objetivos que se desean alcanzar, se llevó a cabo seguido de una información las actividades ya previa ejecución que es la fase del P.A.E., se analiza el plan de cuidados, si realmente está teniendo la eficacia deseada en la evolución de la paciente, concluyendo con la quinta fase del P.A.E. la evaluación de los resultados obtenidos con los esperados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. MARCO TEORICO.

2.1 PROPUESTA TEORICA DE VIRGINIA HENDERSON.

Inicialmente Henderson no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en sus épocas, tal cuestión no era motivo de especulación.

Lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo, fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían de hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre la enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de enfermeras, no definía de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

2.2. MODELO (PERSONA-SALUD-ENTORNO) DE VIRGINIA HENDERSON.

-Salud: Henderson no dio una definición propia de la salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los catorce componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró, "se trata mas bien de la calidad de salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a

una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cosas “.

-Entorno: Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno. Define entorno como “ el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”

-Persona: (paciente) Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así, contempla al paciente y a su familia como una unidad. ¹

2.3. DEFINICION DE ENFERMERIA POR VIRGINIA HENDERSON

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956, en el libro The Nature of Nursing, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que construyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria”.

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y sub-conceptos básicos del modelo de Henderson:

1. Persona: Necesidades básicas.
2. salud: Independencia/Dependencia. Causas de la dificultad o problema.
3. Rol profesional: Cuidados básicos de enfermería. Relación con el equipo de salud.
4. Entorno: Factores ambientales. Factores socioculturales.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de

¹ Marriner Tomey ann., et al . **Modelos y teorías de enfermería.** Harcourt 4ª edición . Barcelona 1999.p102

los cuidados. Así cada persona lo configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

Henderson definió enfermería en términos funcionales: "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 mas rápidamente posible".

2.4. CATORCE NECESIDADES BASICAS DE HENDERSON.

Necesidades: En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señala en ella catorce necesidades básicas del paciente que abarca todos los componentes de la asistencia en enfermería . Estas necesidades son las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada para vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar daño a los demás.

10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo con la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad, para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.²

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacer de modo diferente, con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las catorce necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales, y espirituales inherentes a cada persona así como la estrecha Interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde el punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos dan la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona siendo necesaria la Interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes para poder valorar el estado de individuo como un todo. No obstante, debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una adecuadamente cuando los fines didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del proceso de atención.

En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos a partir de la Interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo a los criterios determinados por Henderson de Independencia/dependencia y causas de dificultad.

² Marriner Tomey Ann y et al . op cit. P 102

2.4. CONCEPTO DE INDEPENDENCIA/ DEPENDENCIA.

Virginia Henderson da una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno mismo, en base a sus propias capacidades de las catorce necesidades básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad".

El concepto de Independencia puede ser definido como capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades. También puede ocurrir que se realice actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Las causas de dificultad, son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impide a la persona a satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1.-Falta de fuerza. Se interpreta por fuerza, la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas y también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes, dependiendo la satisfacción, lo cual vendrá

determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2.-Falta de conocimiento. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento), y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3.-Falta de voluntad. Es entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación así como en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente.

2.6. SUPUESTOS PRINCIPALES.

ENFERMERIA.

1. Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos. Sanos o enfermos.
2. Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
3. Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un medico encargado. (la enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera).
4. Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
5. Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
6. Los catorce componentes del cuidado de enfermería abarca todas las funciones posibles de enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PERSONA. (PACIENTE).

1. Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
2. El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
3. El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
4. El paciente y su familia constituyen una unidad.
5. Las necesidades del paciente están incluidas en los catorce componentes de enfermería.

SALUD.

1. La salud es calidad de vida.
2. La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
3. La salud independencia e interdependencia .
4. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
5. Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

ENTORNO.

1. Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
2. La enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad.
3. Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
4. Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisiciones de equipos y mantenimiento.
5. Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
6. Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.³

³ Marriner y et. al. op cit. p103

2.7. LA RELACION ENFERMERA-PACIENTE.

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independencia. 1). La enfermera como una sustituta del paciente. 2). La enfermera como una auxiliar del paciente y 3). La enfermera como una compañera del paciente: En el momento de una enfermedad grave. Se contempla a la enfermera como un "sustituto de las carencias del paciente para ser "completo", "íntegro" o "independiente" debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento".

Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Como compañeros, la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como edad, el carácter, el estado anímico. La posición social o cultural y la capacidad física e intelectual. La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable.

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente " lo mas normal posible": Otro de los fines importantes para una enfermera es favorecer la salud. Henderson señalaba que "se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender como mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.

3.1 CONCEPTO DE PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso de atención de enfermería es una forma sistemática y racional de facilitar los cuidados. Ofrece un marco conceptual para la planificación y la actuación de enfermería y ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Este método precisa técnicas y conocimientos específicos.

El P.A.E. es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente con las alteraciones de salud reales o potenciales. (Rosalinda Alfaro 1993).

Orlando (1961) utilizó este concepto y lo dividió en tres elementos: a) La conducta del enfermo, b) La relación de la enfermera y c) Las actuaciones a favor del paciente. Posteriormente, Knowles (1967) sugirió cinco fases necesarias para la actuación: descubrir, inquirir, decidir, hacer y distinguir.

EN 1967, la Western Interstate Comisión on Higher Education (WICHE) estableció otras cinco fases: percepciones, comunicación, interpretación actuación y evaluación, Desde entonces, el concepto del P.A.E. y sus implicaciones han evolucionado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA:

Actualmente se considera que esta formado por las cinco fases siguientes: Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planificación, actuación y evaluación

1.- **La valoración:** Es la recogida y la organización de los datos que concierne al enfermo. Eso se obtiene de varias formas y son la base para actuación y las decisiones de los siguientes estadios.

Valoración

- Recogida de datos.
- Validación de datos.
- Organización de datos.
- Anotación de datos.

Se utilizan como fuentes:

- El paciente y su familia.
- Expediente clínico.
- Bibliografía consultada.

Los métodos:

- Observación directa.
- Valoración directa.
- Entrevista.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. El diagnóstico de enfermería: Es la identificación y aproximación al estado de salud de los pacientes. Establece los problemas reales y potenciales que entran en competencia de las enfermeras.

.Diagnóstico real. Es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.

.Diagnóstico potencial. Es el que no esta presente en el momento de la valoración pero existen suficientes factores de riesgo que pueden aparecer en el momento posterior.

.Diagnóstico posible. Se le da la categoría cuando los datos recogidos en valoración, nos indica la posibilidad de que este presente, pero faltan datos para confirmarlos o destacarlos.

Los pasos a seguir en la elaboración de diagnóstico de enfermería son los siguientes:

- Análisis de datos.
- Identificación de los problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería.
- Identificar los problemas relacionados.
- Identificar las necesidades.

3.-La planificación. Incluye la validación del diagnóstico así como la preparación de los cuidados idóneos.

En la planeación esta etapa se desarrolla el plan de intervenciones de enfermería en donde se determinan prioridades y se establecen objetivos, incluirá también las actividades del paciente y su familia para lograr los objetivos que sean establecidos.

- Fijación de prioridades.
- Establecer problemas que requieren su atención inmediata.
- Establecer objetivos.

Los objetivos determinarán todos los cambios deseables en su estado de salud y los beneficios que obtiene con los cuidados de enfermería. " por cada diagnóstico de enfermería en que se identifique el plan de cuidados se elaborará un objetivo centrado en el paciente los cuales se clasificarán de acuerdo a los

aspectos cognitivos, afectivos y psicomotor del individuo de los cuales según el modelo de Henderson corresponde a las áreas problema de conocimiento, voluntad y fuerza".

Plan de cuidados de enfermería:

Se centran en los diagnósticos de enfermería con los siguientes propósitos:

- Dirigir los cuidados de enfermería.
- Dirigir las anotaciones.
- Registro único de plan de cuidados individualizados.

El plan de cuidados de enfermería son todas aquellas acciones de enfermería que se pondrán fomento el bienestar físico, psicológico o espiritual en el individuo y así prevenir posibles complicaciones: el cual incluye las actividades de educación para el paciente y su familia.

4. **La ejecución.** Es la realización de las tres fases anteriores, que realiza personalmente la enfermera o que puede delegar en otras profesionales. En esta etapa se pone en práctica todas las acciones planeadas en la fase anterior mismas que determinarán la valoración continua del paciente.

-Valorar el estado actual de salud del paciente.

-¿El plan de cuidados escrito continúa siendo el apropiado?

-¿Hay nuevos problemas?

-¿Hay algún cambio que requiera un cambio inmediato en el plan?

-Realizar las intervenciones y actividades.

-Llevar a cabo lo prescrito durante la fase de planeación.

-Comunicar cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional, anotando la respuesta del paciente y otros datos significativos de la valoración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.- La evaluación. Es la comparación de las respuestas del paciente a estas acciones con los datos normalizados previamente, llamados criterios de resultado o de evaluación. La evaluación es la comparación sistemática y organizada al aplicar el plan de cuidados entre estado de salud del paciente y los resultados esperados en el modelo de Virginia Henderson se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto a los problemas identificados incluye los factores que contribuyen al éxito del plan o que interfieran en el mismo, se llevaron las siguientes actividades:

- **Recolección de datos.** Se reunió información sobre el paciente.
- **Validación de datos.** Se aseguró que la información que se adquirió es verídica.
- **Organización de datos.** Se organizó todos los datos en grupos de información que ayudaron a identificar patrones de salud o enfermedad.
- **Comunicación.** Anotación de los datos, se entabló la comunicación y registro de anomalías para acelerar el tratamiento, registrando los datos de valoración, así como el estado actual de salud del paciente.⁴

CARACTERÍSTICAS DEL PAE.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene estas características funcionales:

- Se puede contemplar desde una perspectiva sistemática y humanística.
- Es abierto flexible y dinámico.
- Sus fases se interrelacionan.
- La retroalimentación es importante.
- Permite a la enfermera la máxima flexibilidad y creatividad.

Las cinco fases mencionadas no son independientes sino que se superponen por medio de sub-procesos continuos, cada uno de ellos debe de ser constantemente actualizado según cambien las circunstancias. Debido a que la

⁴ Kozier Barbara, et.al. **Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y prácticas.** Interamericana 2a ed. Tomo I Madrid 1990. p112- 113.

salud no es concepto estático, sino cambiante, el PAE. también es dinámico. Cada paso o fase afecta a los demás, ya que están muy interrelacionados.

3.3 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Definición:

El término diagnóstico, según el diccionario; deriva la palabra griega diagignoskein que significa " distinguir". Analizándolo mas profundamente, día quiere decir "aparte" y gignoskein "conocer". Las definiciones incluyen A) el arte de identificar una enfermedad a partir de sus signos y síntomas, B) una afirmación o conclusión relacionada con la naturaleza de algunos, C) el análisis del carácter de una circunstancia situación o problema.

Gordón lo define como " un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su formación y experiencia, tienen la capacidad y el derecho legal de tratar".

(Gordón 1976) Shoemaker considera el diagnóstico de enfermería como " un juicio clínico acerca de un individuo, familia o grupo que deriva de un proceso sistemático deliberado de recogida y análisis de datos " (shoemaker 1985). Carpenito sugiere que los diagnósticos de enfermería también pueden emplearse para designar estados de salud o modelos de interacción de los individuos o grupos, (carpenito 1985). Teniendo en cuenta todos estos conceptos definiremos el concepto de diagnóstico de enfermería de la siguiente forma.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Problema de salud real o potencial de un individuo, familia o grupo; que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenir, resolver o reducirlos.

Los diagnósticos de enfermería son descripciones de la propuesta humana de un individuo o grupo a su estado de salud y a menudo se expresan como alteraciones reales o potenciales de está. La respuesta humana esta influida en gran parte por la perspectiva única y propia de cada persona, el uso de los diagnósticos de enfermería exige que la enfermera vea el cuidado de la salud a través de los ojos del paciente. Así es, que un médico, tras realizar la entrevista y examen físico puede concluir que un individuo goza de buena salud. Sin embargo, una enfermera puede realizar una entrevista y examen físico similares e identificar algunos diagnósticos de enfermería, pues la persona por si misma considera que no se encuentra bien o que su salud podría ser mejor. Los diagnósticos de enfermería a menudo, describen problemas de salud que incluyen el sentimiento global de una persona. Esto determina el funcionamiento del paciente como ser humano integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espiritual de la vida. Veamos como ejemplo las diferentes formas en que una enfermera y un médico presentaron la misma información sobre un determinado paciente:

-Médico "hemos realizado todos los análisis de laboratorio y tengo la satisfacción de decirle que su salud es excelente"

-Enfermera: "se han realizado todos los análisis de laboratorio y tengo la satisfacción de decirle que su salud física parece excelente... ¿cómo van las cosas?..."

DIFERENCIAS CON EL DIAGNOSTICO MEDICO.

El diagnóstico médico describe un proceso patológico específico que es igual en todos los enfermos se orienta hacia ello y dura el tiempo de la enfermedad; se formula con frases concisas de dos a tres palabras y un formato universal.

Por el contrario, el de enfermería identifica las respuestas del enfermo a la enfermedad u otra situación, que varia con cada uno. Va dirigido a cada individuo en particular y cambia según lo hacen las respuestas del mismo. Así mismo el

diagnóstico de enfermería se puede relacionar con el médico; pero teniendo en cuenta que son independientes y distintos. Ambos se tienen que complementar más que contradecirse. En de enfermería establece las funciones propias, como las área de cuidado que les conciernen exclusivamente y que son independientes de la dirección médica.

El término diagnóstico, por consiguiente no es exclusivo de una profesión determinada y debe de estar marcado por una denominación profesional como la médica o la de enfermería; es decir, se nombra según la materia en la que el sujeto que lo realiza es experto.⁵

COMPONENTES DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Existen tres componentes esenciales en el diagnóstico de enfermería, conocidos como el formato PES (Gordón 1976).

1. El estado del enfermo o su problema de salud (P). Se refiere a la calificación o categoría del diagnóstico que y consiste en la descripción de las circunstancias del paciente (reales o potenciales); sobre las que se va a actuar. Este estado se describe claro y concisamente en pocas palabra. Para ser clínicamente útiles, deben de ser específicos. Por tanto, los adjetivos cuantificativos y calificativos. Se necesitan algunas veces para identificar las áreas estadios o niveles de un problema determinado. Los estadios se pueden aclarar usando términos calificativos como agudos o crónicos.
2. La etiología del problema (E.) Identifica las causas probables del estado de salud y marca las pautas para la terapia de enfermería precisa. Puede incluir las conductas de la enfermera, los factores ambientales o las interacciones de ambos. La diferenciación entre ellas es esencial en el diagnóstico de enfermería, ya que según sea una u otra, el tratamiento será diferente.

⁵ Kozier Barbara et. al. Op.cit. p132

3. La definición de las características y del conjunto de signos y síntomas (S). Esto facilita la información necesaria para llegar a la categorización diagnóstica. Cada una de ellas tiene un conjunto de signos y síntomas que producen una entidad clínica.⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁶ Kozier Barbara. et. Al. Op. Cit. P 133

3.4. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO.

La estructura de huesos y cartilago que protege a nuestros órganos y nos permite movernos se llama sistema esquelético(skeleton=seco).

FUNCIONES:

El sistema esquelético realiza varias funciones básicas:

1.-SOPORTE. El esqueleto proporciona una estructura para el cuerpo y como tal, soporta a los tejidos blandos y proporciona un punto de fijación para muchos músculos.

2.-PROTECCION. La mayoría de órganos internos están protegidos de las lesiones por el esqueleto. Por ejemplo, el cerebro esta protegido por los huesos del cráneo; la médula espinal por las vértebras, el corazón y los pulmones por la parrilla costal y los órganos reproductores internos por los huesos pélvicos.

3.-APOYO Y MOVIMIENTO. Los huesos sirven como palancas para los huesos que tienen fijos a ellos. Cuando los músculos se contraen, los huesos actúan como palancas y las articulaciones móviles como fulcros con los que se produce movimiento.

4.-ALMACENAMIENTO DE MINERALES. Los huesos almacenan varios minerales que pueden distribuir a otras partes del cuerpo cuando hay demanda. Los principales minerales que están almacenados en el hueso son el calcio y fósforo.

5.-ALMACENAMIENTO Y PRODUCCION DE CELULAS SANGUINEAS. La médula roja en ciertos huesos es capaz de producir células sanguíneas (hematopoyesis).La médula roja está formada de células sanguíneas en etapas

inmaduras, células grasas y macrófagos. La médula roja produce eritrocitos, algunos leucocitos y plaquetas.

6.- ALMACENAMIENTO DE ENERGIA. Los lípidos almacenados en las células de la médula amarilla son una importante fuente de energía química.

EXTREMIDADES INFERIORES.

Las extremidades inferiores se componen de 60 huesos. Cada extremidad incluye al fémur en el muslo, la rótula, tibia y peroné en la pierna, huesos del tarso (huesos del talón), huesos del metatarso y falanges en los pies.

FEMUR. El fémur, o hueso del muslo es el hueso más largo y más pesado del cuerpo. Su extremo proximal se articula con los huesos iliacos. Su extremo distal se articula con la tibia. El cuerpo (diáfisis) del fémur hace un ángulo de dirección interna conforme se aproxima el fémur del muslo opuesto. Como resultado, las articulaciones de la rodilla se encuentran muy cerca una de las otras en la línea media. El grado de convergencia es mayor en la mujer ya que su pelvis es más ancha.

El extremo proximal del fémur consiste de una cabeza redonda que se articula con el acetábulo del hueso iliaco. El cuello del fémur es una región estrecha distal a la cabeza. El trocánter mayor y el trocánter menor son proyecciones que sirven como puntos de fijación de los músculos del muslo y del glúteo. El trocánter mayor es la prominencia que se siente y se ve anterior a la concavidad que está en un lado de la cadera. Entre los trocánteres en la superficie anterior hay una línea intertrocantérea. Entre los trocánteres en la superficie posterior hay una cresta intertrocantérea.

La diáfisis (cuerpo) del fémur contiene una elevación vertical rugosa en su superficie posterior que se llama línea áspera. La línea áspera sirve para la fijación de varios músculos del muslo. El extremo distal del fémur es más amplio e incluye al cóndilo interno y al cóndilo lateral. Estos se articulan con la tibia.

Superior a los cóndilos se encuentra el epicóndilo interno y el epicóndilo lateral. Un área definida entre los cóndilos en la superficie posterior se llama escotadura intercóndilea. La tróclea femoral se localiza entre los cóndilos en la superficie posterior.

ROTULA.

La rótula, es un pequeño hueso triangular anterior a la articulación de la rodilla. Es un hueso sesamoideo que se desarrolla en el tendón del músculo cuádriceps femoral. El amplio extremo superior de la rótula se llama base. El extremo inferior puntiagudo es la punta. La superficie posterior contiene dos caras articulares, una para el cóndilo interno y la otra para el cóndilo lateral del fémur.

TIBIA Y PERONE.

La tibia, o espinilla, es el hueso interno y más largo de la pierna. Se le acredita el mayor porcentaje del peso de la pierna. La tibia se articula en su extremo proximal con el fémur y el peroné, y en su extremo distal con el peroné de la pierna y el hueso astrágalo del tobillo.

El extremo proximal de la tibia se hace más amplio y forma un cóndilo lateral y un cóndilo interno. Estos se articulan con los cóndilos del fémur. La superficie inferior del cóndilo lateral se articula con la cabeza del peroné. Los cóndilos ligeramente cóncavos se separan por medio de una proyección que va hacia arriba y que se llama eminencia intercóndilea. La tuberosidad tibial en la superficie anterior es el punto donde se fija el ligamento rotuliano.

La superficie interna del extremo distal de la tibia forma el maleólo interno. Esta estructura se articula con el hueso astrágalo del talón y forma la prominencia que se puede sentir en la superficie interna del talón. La cavidad peronea se articula con el peroné.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El peroné es paralelo y externo con respecto a la tibia. Es considerablemente más pequeño que la tibia y no es un soporte de peso. La cabeza del peroné, del extremo proximal se articula con la superficie inferior del cóndilo lateral de la tibia por debajo del nivel de articulación de la rodilla. El extremo distal tiene una proyección que se llama maleolo lateral que se articula en el astrágalo en el tobillo. La porción inferior del peroné también se articula con la tibia en la cavidad peronea.

HUESOS DEL TARSO, METATARSO Y FALANGES.

El tarso es la denominación colectiva para los siete huesos del tobillo los cuales se llaman huesos tarsales o huesos del tarso. El término tarso pertenece a una superficie plana y ancha. El astrágalo y calcáneo se localiza en la parte posterior del pie. La parte anterior contiene al hueso cuboides, escafoides y los tres huesos cuneiformes (cuneiform=forma de cuña) los cuales se llaman primer cuneiforme (interno), segundo cuneiforme (intermedio), y el tercer cuneiforme (externo.)

El astrágalo, el hueso del tarso que se encuentra mas arriba, es el único hueso del pie que se articula con la tibia y el peroné. Esta rodeado por un lado por el maleolo interno de la tibia y por el otro lado por el maleolo lateral del peroné. Al caminar, el astrágalo en su etapa inicial soporta todo el peso del cuerpo. Casi la mitad del peso se transmite después al calcáneo. El resto se transmite a otros huesos del tarso. El calcáneo, o el hueso del talón, es el hueso del tarso más grande y fuerte.

El metatarso consiste de cinco huesos que se enumeran de I al V desde la posición externa a la interna. Como los metacarpianos de la palma de la mano, cada metatarsiano consta de una base proximal, una diáfisis y una cabeza distal. Los metatarsianos se articulan en su extremo proximal con el primer, segundo y tercer hueso cuneiforme y con el cuboides. En su extremo distal se articulan con la hilera proximal de falanges. El primer metatarsiano es más grueso que los otros debido a que soporta más peso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las falanges del pie recuerdan a las de la mano tanto en número como en posiciones. Cada una consiste de una base proximal, una diáfisis media, y una cabeza distal. El primer artejo (dedo gordo o dedo mayor del pie), tiene dos grandes muy fuertes, que se llaman falanges proximal y distal. Los otros cuatro dedos de los pies tienen tres falanges: proximal, medial y distal.

ARCOS DEL PIE:

Los huesos del pie se disponen en dos arcos. Estos arcos permiten que el pie soporte el peso del cuerpo, proporcionando una distribución ideal del peso del cuerpo sobre los tejidos blandos y duros del pie, y proporciona un sistema de palanca al caminar. Los arcos no son rígidos, se mueven conforme se aplica peso regresando a su forma normal cuando el peso ha cesado, esto ayuda a absorber los impactos.

El arco longitudinal tiene dos partes. Ambas consisten en los huesos del tarso y metatarso dispuestos de tal manera que forman un arco desde la parte anterior a la posterior del pie. La parte interna del arco longitudinal se origina en el calcáneo. Se eleva hasta el astrágalo y desciende a través del escafoides, los tres cuneiformes y los tres huesos metatarsianos internos. El astrágalo es la piedra angular de este arco. La parte lateral o externa del arco longitudinal también empieza del astrágalo. Se eleva hasta el cubooides y desciende hasta dos huesos metatarsiales externos el cubooides es la piedra angular de este arco. El arco transversal se forma por el calcáneo, escafoides, cubooides, y la parte posterior de los cinco huesos del metatarso.⁷

FORMA EN QUE LOS MUSCULOS ESQUELETICOS PRODUCEN MOVIMIENTO.

Los músculos esqueléticos producen movimiento al ejercer fuerza sobre sus propios tendones que a su vez tiran de huesos. La mayor parte de los músculos cruzan al menos una articulación y tienen su origen e inserción en los huesos que

⁷ Tortora J. Gerard. **Principios de anatomía y fisiología.** Harla 6ª ed. México D. F. 1994. p227-235.

forman tal articulación. Al contraerse uno de estos músculos acerca los dos huesos que participan en la articulación. Estos no se mueven en igual forma como respuesta a la contracción. Uno de ellos casi conserva su posición original ya que se contraen otros músculos y tiran de él en dirección opuesta o porque su estructura lo hacen menos móvil.

POSTURA

Se denomina postura la posición del cuerpo o de sus partes, cuando el individuo se encuentra de pie, sentado, acostado o durante el desempeño de una actividad cualquiera. La postura así considerada puede ser estática o dinámica. También se define la postura como la relación que guardan entre sí las diferentes partes del cuerpo.

Se dice que hay una buena postura cuando los segmentos del cuerpo tienen una relación tal que las presiones se encuentran adecuadamente distribuidas sobre las superficies articulares, los ligamentos y las fascias no están sujetas a tensiones indebidas y se requiere un mínimo de contracción muscular para mantener la estabilidad articular en la posición erecta.

Se acepta, pues, como una actitud postural normal la posición natural o fisiológica que adopta el cuerpo en general, o un segmento en particular, y que debe ser considerada como normal para una determinada edad del individuo. La actitud postural debe diferenciarse de la deformidad postural que, como Staheli la define, es una situación que se aparta de lo normal.⁸

MARCHA.

El objetivo primario de la locomoción humana es la traslación del cuerpo desde un punto hacia otro mediante la marcha bípeda. El acto de andar es una ejecución rítmica relativamente fácil, pero se trata de un proceso intrincado, efectuado, por diversos mecanismos corporales, y depende de la integridad de reflejos como

⁸ Malagón Castro Valentín. *Ortopedia infantil*. Jims. 2ª ed. Barcelona, 1987. P143.

postural, laberíntico y de enderezamiento. La locomoción es una ejecución dinámica en la que ocurren ciertos movimientos en sucesión regular.

La marcha típica hacia delante puede dividirse en dos fases básicas: posición y balanceo. En la fase de posición el pie está en contacto con el piso y la extremidad inferior carga todo el peso corporal o parte del mismo. Empieza cuando el talón toca el piso, y termina cuando el dedo grueso del pie se eleva al final del paso. La fase de postura puede subdividirse, a su vez en tres partes: choque del talón, posición media e impulso. En la fase de balanceo el pie no toca el piso y el peso del cuerpo es cargado por la otra pierna. Empieza cuando el dedo grueso deja el piso y termina cuando se suspende el balanceo de la pierna hacia delante. La fase de balanceo se puede subdividir también en tres partes. Aceleración, balanceo propiamente dicho y desaceleración.

Determinantes de la marcha:

- 1.- Rotación pélvica.
- 2.- Inclinación pélvica.
- 3.- Flexión de la rodilla en la fase de posición.
- 4.- Movimientos de pie y tobillo.
- 5.- Movimientos de la rodilla.
- 6.- Desplazamiento lateral de la pelvis.

La marcha puede describirse como una acción recíproca entre la pérdida y la recuperación del equilibrio, con cambio constante del centro de gravedad del cuerpo. Cuando nos impulsamos hacia delante con la extremidad que carga el peso, el centro de gravedad del cuerpo cambia hacia delante, y este tiende a caer hacia atrás, sólo para ser determinado por la pierna que está balanceándose, y que llega justamente a tiempo a su nueva posición.

ACCION MUSCULAR DURANTE LA MARCHA.

Se requiere una fuente de energía para la locomoción. La energía inicial para empezar, acelerar y desacelerar los segmentos de la pierna es proporcionada por la acción muscular. Los otros factores que entran en el ciclo son momento y gravedad. Los estudios electromiográficos de la acción muscular durante la marcha han mostrado que los músculos actúen durante periodos muy cortos, y que durante los intervalos prolongados del ciclo, la extremidad es impulsada hacia delante solo por su propio momento. En general, los músculos de la extremidad inferior se usan para estabilizar, acelerar o desacelerar la extremidad.⁹

PODER MOTOR.

La fuerza y poder muscular se puede clasificar como cinéticos o estáticos, nos referimos con el término cinético a la fuerza ejercida para cambiar de posición, y con el término estático a la fuerza ejercida para resistir el movimiento. El poder cinético se verifica pidiendo al paciente que efectúe movimientos contra la resistencia del examinador o contra la fuerza de gravedad. El poder estático se prueba pidiéndole que resista los intentos activos del examinador para mover partes específicas.

3.5 DESCRIPCION DE LA PATOLOGIA: TORSION TIBIAL INTERNA.

Torsión se define como torcedura de un hueso largo sobre su eje longitudinal. En la torsión tibial puede estar en rotación el segmento distal de la tibia hacia el maléolo interno (torsión tibial interna o medial) o hacia el maléolo externo (torsión tibial externa o lateral) conforme se tuerce la tibia, los planos relativos a sus ejes trasversos de las articulaciones de rodilla y tobillo se alteran de manera consecuente.

Torsión: ángulo de versión fuera de los límites de lo normal (patológico).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁹ Tachdjian O. Mirhan. **Ortopedia pediátrica.** Interamericana Madrid 1984. tomo I. p 5 -9.

La torsión tibial es una deformidad rotacional a lo largo de su eje longitudinal. Puede ser hacia lateral (externo) o hacia medial (interno). La torsión interna es la más frecuente.¹⁰

En la mayoría de los casos esta condición se corrige espontáneamente. En la torsión tibial es una disposición torsional de la pierna por la cual el eje transmáleolar se rota hacia adentro, en relación con el eje transversal de la rodilla. Es debido a la posición fetal, que se caracteriza a nivel de los miembros inferiores por una rotación externa de las caderas y una rotación interna de la pierna e inversión del pie.¹¹

CONSIDERACIONES ETIOLOGICAS.

ALINEACION FETAL PERSISTENTE. El niño, en el seno materno, mantiene sus caderas en flexión, abducción, y rotación externa, al tiempo que sus rodillas están en flexión y sus pies en inversión.

Esta postura explica por qué el recién nacido y hasta cuándo comienza a ponerse de pie presenta sus miembros en franca rotación externa, y por qué el niño lleva sus pies hacia dentro cuando comienza a caminar, cuando ya se ha disminuido la posición de rotación externa de las caderas.

HERENCIA. Eggers y Evans notificaron ocho casos de torsión tibial interna bilateral en cuatro generaciones. En los antecedentes demostraron un tipo de herencia mendeliana autonómico dominante. Sin embargo, no se demuestra un patrón preciso de herencia.

¹⁰ Belmar A. Et AL. **Torsión tibial: Estudios por imágenes.** Rev Chil. Radiol 2001, 7: 137-139 .
<http://www.imagenologia.cl/radio74/Belmar.html>.

¹¹ Malagon Castro Valentín. Op cit p 151.

FACTORES AMBIENTALES. La forma de llevar al niño en brazos; la manera de mantenerlo sentado o la posición en decúbito prono para dormir, con sus miembros inferiores rotados hacia afuera o hacia adentro, o cuando se sienta en el piso sobre sus piernas con los pies en rotación interna o externa (posición invertida de sastre), influye claramente en la persistencia de las posturas del desarrollo.¹²

DESARROLLO DE LA POSTURA NORMAL.

Las extremidades inferiores rotan hacia adentro en la 7a semana de vida intrauterina, llevando al dedo gordo del pie hacia la línea media del cuerpo.

En el momento del nacimiento, la anteversión del cuello femoral (ángulo del cuello del fémur con el eje de toda la pierna); es de unos 30°-40°, y va a ir disminuyendo hasta alcanzar los 10°-15° considerados normales en la madurez. La anteversión del cuello femoral, considerada una rotación interna de toda la extremidad (es la causa más frecuente de "marcha con el pie hacia adentro").

Las tibias presentan al nacimiento, una rotación externa de unos 5° que va aumentando hasta unos 15° al finalizar el crecimiento. El crecimiento va asociado a una rotación externa progresiva de toda la extremidad inferior (eje femoral y eje tibial). Por ello la rotación interna secundaria a la anteversión del cuello femoral que es la más frecuente, va a mejorar espontáneamente con el crecimiento, y no precisa tratamiento ortopédico alguno, aunque si precisa de recomendaciones posturales para que dicha corrección progresiva y natural se lleve a cabo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¹² [Http://www.traunazamora.org/ortoinfantil/rotmmii/rotmmii.hun](http://www.traunazamora.org/ortoinfantil/rotmmii/rotmmii.hun).

CUADRO CLINICO.

La torsión tibial interna es obvia estando el niño en reposo o en posición de pie o de marcha. En ambas posiciones todo el pie del niño está desviado hacia adentro; haciéndose manifiesto el maléolo externo, al tiempo que se oculta, hacia atrás y adentro, el interno. La cara anterior de la rodilla, en cambio, se encuentra mirando hacia delante, dato muy importante de tenerse en cuenta ya que excluye el diagnóstico de torsión femoral. El pie por lo demás presenta una forma y función completamente normales.

Aunque a menudo el trastorno pasa inadvertido hasta que el pequeño empieza a andar; en estas condiciones la principal manifestación es desviación de la punta de los pies hacia adentro al andar; lo que consecuentemente le produce caídas frecuentes que pueden lesionar al pequeño.

A la exploración la punta de los pies es hacia adentro, tanto en la posición supina como en la fase de postura. En donde el maléolo interno está localizado por detrás del maléolo externo. La afección suele ser simétrica. En la fase de postura, como los dedos están apuntando hacia adentro en ángulo desde 35° hasta 15°, el centro de gravedad del cuerpo cae por fuera del segmento metatarsiano, que es el rayo central del pie. El niño mayor compensará esta alineación incorrecta del centro de gravedad del cuerpo mediante eversión y abducción de la parte distal del pie.¹³

Las técnicas radiográficas conocidas no tienen mayor aplicación. Dos métodos clínicos son recomendables: el llamado ángulo muslo- pie y el procedimiento usado por uno de los autores (R. A. S.).

En el primero, el niño es examinado estando éste acostado en decúbito prono con sus rodillas en flexión de 90°. En esta posición, el eje longitudinal del muslo

¹³ Tachdjian O.Mihran. *Ortopedia Pediátrica*. Interamericana. Madrid. 1984. Tomo II. P: 144-148.

forma el eje longitudinal de la planta del pie un ángulo que corresponde al grado de torsión tibial.

En el segundo método, se mide el ángulo de torsión tibial tomando dos líneas: una que corresponde al eje longitudinal del pie (que se traza del centro del talón al segundo espacio interdigital), y la otra que corresponde al eje sagital del cuerpo. Para obtener la huella plantar se hace sentar al niño con sus rodillas y caderas a 90° y sus rótulas mirando directamente hacia delante. Los pies del niño reposan sobre un papel, en el cual se traza la huella y el eje longitudinal del pie.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- Torsión con patología neurológica acompañante.
- Torsiones con traumatismos o cirugía previa de cadera.
- Síndrome de antetorsión femoral.
- Torsión femoral interna.
- Alteraciones en tejidos blandos que rodean a la articulación de cadera.
- Colocación asimétrica de la cabeza femoral sobre el cuello.
- Alteración en la forma, localización y posición del acetábulo.

TRATAMIENTO:

La forma del tratamiento depende de la edad del paciente, gravedad de la deformidad y existencia o falta de frecuencia familiar. La rotación tibial interna por debajo de los 18 meses, y por ser una actitud postural normal, no requiere tratamiento alguno. Se debe insistir, eso si en que se corrijan los vicios de postura si existen. Por encima de año y medio, y si la deformidad existe, ésta se debe corregirse mediante ejercicios pasivos de estiramiento, que ayudará a corregir cualquier contractura acompañante de tejidos blandos, como la del músculo tibial posterior; y que consisten en sostener con una mano la rodilla y con la otra la pierna, rotando suavemente hacia fuera este segmento; ejercicio que se practica en cada cambio de pañal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se encuentra igualmente indicado el uso nocturno de la férula tipo Dennis Browne que mantenga los pies del niño en rotación externa. El ángulo de corrección debe ser inicialmente de 30°. La longitud de la barra debe ser igual al diámetro de la pelvis, es decir, de unos 20 cm o de mayor longitud si la torsión tibial se acompaña de una incurvación de la pierna, y deben usarse zapatos de supinación tarsiana para prevenir el desarrollo de pie valgo.

Si la torsión tibial anormal persiste hasta después de los ocho años, está indicada la osteotomía de desrotación.

El uso de zapatos "correctores" con cuñas en la suela o en el tacón parecen ser ineficaces. Por otra parte, la corrección de la deformidad generalmente lleva de 9 a 12 meses. Es importante, sin embargo, observar al niño trimestralmente para evitar una sobrecorrección tanto de la torsión tibial como del genu varum.¹⁴

COMPLICACIONES

-Parece que la asociación de torsión femoral interna y torsión tibial externa provoca alteraciones en la articulación femoro-patelar.

-La torsión femoral externa parece tener alguna influencia sobre la osteoartritis de cadera.

-Las torsiones tibiales y femorales parece que pueden dar lugar a valgo y pronación del pie.

-La torsión tibial externa puede dar lugar en el adulto a luxación recidivante de rótula.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¹⁴ Malagón Castro Valentín. *Ortopedia infantil*. Jims 2ºed. Barcelona 1987. p152-153

4.-PRESENTACION DEL CASO

Se trata de paciente del sexo femenino A. L. H. F. de 2 años 5 meses de edad (lactante mayor) con peso de 12 Kg. y una talla de 90 cm., actualmente presenta una alteración en el proceso de Postura y Marcha, afectando notablemente a esta última con una patología llamada Torsión Tibial Interna, la paciente vive en la colonia: Vicente Guerrero, calle Vicente Guerrero, manzana 12 lote # 16, Naucalpan de Juárez Estado de México; la niña es primogénita, proviene de un matrimonio joven, con un nivel escolar medio superior (preparatoria), con un nivel económico medio, el padre es quien aporta todos los ingresos al hogar, habitan en la casa de los abuelos, tíos y primos maternos conformando una familia nuclear extensa, la casa esta construida con ladrillos, techo de concreto y piso de cemento, el lugar donde viven esta conformado por 2 cuartos, cocina y baño con adecuada ventilación e iluminación, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.

Su comunidad cuenta con todos los servicios necesarios: Pavimentación, mercados, iglesias, colectivos, alumbrado público, escuelas, existen recursos para la salud: centros de salud, médicos particulares, hospitales y la clínica del IMSS # 190 donde acude para solicitar atención médica y control de la niña en el servicio de E. M. I. (Enfermera Materno Infantil).

La niña al nacimiento no presentó ninguna complicación obstétrica, producto a término, con un apgar al minuto de 8 y a los 5 minutos de 9, con peso de 3.500 Kg. y talla de 50 cm. Actualmente la niña tiene un esquema de vacunación completo, una alimentación equilibrada, hábitos higiénicos adecuados, un desarrollo y crecimiento normales para su edad (a excepción de la marcha, la cual la realiza sin la ortesis llamada "twister" con los pies hacia adentro provocándole caídas frecuentes). El P. A. E. se realiza a nivel domiciliario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN VALORATIVO.

1. **OXIGENACION.** Nariz simétrica, pequeña, con narinas permeables sin desviación del tabique nasal. Cavidad oral hidratada, lengua de coloración rosada, con papilas gustativas presentes, piezas dentarias adecuadas con el proceso de dentición primaria, no hay presencia de caries. Tórax con movimientos respiratorios de inhalación y exhalación simétricos y uniformes, con una F.R. de 25 x', campos pulmonares bien ventilados, con ruidos cardiacos de buena intensidad y ritmo, con una F. C. De 110 x', con adecuada circulación sanguínea. Glándulas mamarias simétricas, pequeñas relacionadas a su edad cronológica, presenta cuadro gripales cuando hay cambios de temperatura muy bruscos.

2. **NUTRICION / HIDRATACION.** Cuello corto cilíndrico, con tráquea central desplazable, no se palpan ganglios inflamados, con pulso carotideo presente de buena intensidad y amplitud, presenta fácil deglución al paso de alimentos y saliva.

La niña consume su dieta equilibra y completa, junto con agua, bebidas de frutas, jugos, licuados, leche, productos lácteos, verduras, frutas, gelatinas, pan, tortilla, sopas, pollo, carne, etc. La niña come sola no necesita la ayuda de su mamá. Consume tres comidas al día y lo que ella pide a lo largo del día.(consume dulces, chocolates y en ocasiones productos chatarra).

Mantiene un adecuado estado de hidratación de la piel y mucosas, así como una coloración adecuada generalizada, llenado capilar de tres segundos. Realiza el lavado de manos antes de comer y después de terminar de jugar, corte de uñas semanalmente.

3. **ELIMINACION.** Abdomen. Con adecuado tono muscular, blando, depresible, con peristalsis presente, no doloroso a la palpación profunda, sin visceromegalias. Eliminación vesical la realiza de 5 a 8 veces al día, con características normales, pero su olor es muy fuerte y penetrante, la eliminación intestinal la realiza desde 2 a 4 veces al día dependiendo de lo que coma, de características normales en

cuanto a olor, composición y color. La niña utiliza pañal todavía. Aun no hay control de esfínteres.

4.-**POSTURA Y MOVIMIENTO.** Miembros torácicos y pélvicos íntegros, simétricos, hidratados con buen aporte sanguíneo, llenado capilar de 3 segundos, con movimientos adecuados y simétricos. La niña mantiene una postura normal, pero al momento de la marcha la realiza con los pies hacia adentro y las rodillas dirigidas hacia al frente, lo que ocasiona que constantemente tropiece y tenga caídas consecutivas. Ya con el twister se corrige la torsión tibial interna, camina, salta, brinca y corre adecuadamente.

5.-**DESCANSO Y SUEÑO.** En cuanto a sus hábitos de sueño los realiza de 11:00 pm a 9:30 am, en ocasiones por las noches presenta pesadillas causando se despierte llorando relacionado a la angustia del proceso de separación. Las siestas son muy ocasionales solo cuando esta cansada o enferma.

6.-**VESTIDO.** El cambio de ropa lo hace diario o antes cuando se ensucia demasiado, utiliza pañales de tela y desechables, cambiándolos cuando lo requiere, sufre constantemente dermatitis. Genitales de acuerdo a su edad y sexo. Se le pone pomada para prevenir la dermatitis.

7.-**TERMORREGULACION.** La temperatura corporal la controla adecuadamente. Utilizando el tipo de ropa adecuada dependiendo del clima, manejando una temperatura corporal de 36.5 ° C.

8.-**HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.** El lavado de manos lo realiza antes de comer y después de jugar, aunque frecuentemente se le olvida a la mamá lavarle las manos después de jugar. El baño lo realiza cada 3er día, usa cremas de manos para la piel, pomada para las rozaduras, lavado de dientes después de comer.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9.-PELIGROS DEL ENTORNO. La casa en donde habita la familia de la niña es muy grande, dado que viven como una familia nuclear extensa, abuelos, tíos. La casa esta construida de ladrillos y techo de concreto y piso de cemento, cuenta con 2 cuartos y una cocina, baño, con adecuada ventilación e iluminación, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Su comunidad cuenta con todos los servicios necesarios pavimentación, carreteras, mercados, iglesias, colectivos, alumbrado público y existen recursos para la salud: centros de salud, clínica del IMSS # 190 donde acude, hospitales y doctores particulares.

Dado a la edad de la niña encontramos que son muchos los factores de riesgo: escaleras de la entrada, escaleras hacia la azotea no tienen barandales, los botes y tinas que contienen agua, la estufa, los contactos de luz, la plancha, etc. (riesgos que pueden ocasionar accidentes en el hogar).

10.-COMUNICACION. Por ser hija única la niña requiere mucha atención dado que las ocupaciones de sus padres muchas veces no les alcanza el tiempo para jugar con la niña, enseñarle a conocer nuevas cosas, como los nombres de las figuras, objetos, letras, números, etc. Por lo que en ocasiones la niña se acerca mucho con los demás miembros de la familia para que le brinden un poco de atención. Por otra parte la niña presenta un lenguaje muy entendible para su edad.

11.-CREENCIAS Y VALORES. Los papás la llevan ocasionalmente a la iglesia, dado que tiene religión católica. En cuanto a los valores la educan adecuadamente pero aún es muy pequeña para atender estos valores sociales y morales.

12.-ACTIVIDADES Y AUTORREALIZACION. Se adapta a las actividades cotidianas de la familia, le gusta conocer como se llaman las cosas que le atraen su atención, quiere saber el nombre correcto de las cosas, personas, etc.

13.-**RECREACION.** Le gusta jugar, salir a pasear a la calle, al mercado, a las tiendas, rayar cuadernos, libros, ver figuras, colores, ver fotografías, oír música, ver televisión, hablar por teléfono, cantar y bailar.

14.-**APRENDIZAJE.** La niña por lo general siempre se encuentra bien peinada y cambiada, en ocasiones ella sola intenta peinarse y quitarse la ropa, actividades que aprenderá cuando adquiera más edad y quiera ser independiente. Por otra parte sus papás le enseñan a evitar los riesgos del entorno " explicándole lo que no debe de hacer" para no lastimarse físicamente. Se le educa para que aprenda a evacuar y miccionar en el inodoro de plástico (control de esfínteres), actividad que aprenderá más prontamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

En esa etapa que es la jerarquización de problemas después de que se realizó un análisis se concluye que son cuatro las necesidades dependientes y parcialmente dependientes y todas las demás son independientes.

1.-POSTURA Y MOVIMIENTO.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado a afección músculo-esquelética: torsión tibial interna afectando la marcha normal manifestada por caídas frecuentes requiriendo ayuda de un dispositivo ortopédico.

2.-HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro de la integridad cutánea relacionada a déficit de conocimientos por exposición durante periodos prolongados con el contacto de los desechos de eliminación manifestada por lesiones en la piel (dermatitis).

3.- PELIGROS DEL ENTORNO.

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado al déficit de maduración por ser lactante mayor manifestada por el desconocimiento de riesgos ambientales y necesitar protección y cuidados.

4.- APRENDIZAJE.

Diagnóstico de enfermería:

Dificultad para llevar a cabo las cuatro áreas del autocuidado (higiene- baño, vestido, eliminación, alimentación) relacionadas a su edad cronológica por requerir ayuda y supervisión de un adulto para llevarlas a su realización.

4.2. PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIO.

1.-POSTURA Y MOVIMIENTO.

1. Diagnóstico de enfermería. Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado a afección músculo esquelética: torsión tibial interna afectando la marcha normal manifestada por caídas frecuentes requiriendo ayuda de un dispositivo ortopédico.

PROBLEMA. Concientizar a los padres sobre la importancia de la utilización de la ortesis twister para la destorsión tibial.

OBJETIVO: Insistir para que la niña utilice el twister el mayor tiempo posible durante el día.

Lograr en un lapso más corto la corrección de la destorsión tibial.

Disminuir la angustia de los padres.

FUNDAMENTACION: Férula. Se llama así, genéricamente, a todo dispositivo, sistema o aparato que se adapta a parte de un sector del aparato locomotor, con fines de contención, inmovilización, alivio del dolor, etc.

Aparatos (tutores) se emplean como medio de sostén para mantener determinadas posiciones y permitir una mejor función, así como evitar ciertos movimientos. Se suele tratar la torsión tibial en los niños de 16 a 36 meses si la patología es seria y persistente. El objetivo que se desea conseguir es la corrección postural del pie y tobillo en rotación externa respecto de la epifisis proximal de la tibia.

Características que precisa la ortesis: 1.-debe ser útil para la marcha sin causar problema para el calzado, 2.-debe mantener el pie y el tobillo solidarios sin bloquear totalmente la flexoextensión del tobillo, 3.- debe ejercer una fuerza activa

torsional sobre el eje longitudinal de la tibia en el sentido contrario a la torsión, 4.- debe tener un anclaje proximal que no ceda ante la fuerza torsional del individuo y que permita a su vez la flexoextensión de la rodilla y del tobillo para no alterar la marcha y hacer posible la sedestación.

Biomecánica. El anclaje supracondíleo y las abrazaderas supra e infrarrotulianas nos aseguran la inmovilidad del segmento proximal.

El recubrimiento plantar hasta el primer metatarsiano y el calzado mantiene el pie en la posición fijada por la férula posterior, que actúa de fiador manteniendo el pie en rotación externa, en contra del vicio de torsión que presenta el paciente (efecto destorsionador).

Durante la marcha; en la fase de balanceo, cuando el pie se encuentra elevado, el pie afectado gira en rotación externa, que quedará compensada, en el momento de choque de talón, por el ángulo de progresión, y se normalizará la posición del pie en la fase de apoyo plantar (efecto de corrección postural dinámico).¹⁵

La férula esta hecha con cable flexible (mangueras) que van unidas al cinturón pelviano hasta los zapatos, las mangueras se adaptan a cada extremo externo de los miembros pélvicos y se insertan al nivel del tacón; estas mangueras producen rotación de la tibia y el pie y a su vez ejerce una menor sobrecarga sobre las rodillas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁵ Colí Oriol. **Actualizaciones en técnicas Ortopédicas**. Ed. Masson. Barcelona 2001. p. 140-143.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

-Enfatizar en la importancia de utilizar el twister.

Fundamentación:

Ya que corrige la torsión tibial, y al mismo tiempo, permite la marcha sin alterarla.

-Observar el adecuado funcionamiento del aparato ortopédico.

-Instruir a los padres sobre el funcionamiento y manejo del aparato ortopédico.

-Mantenerlo siempre limpio, no colocar objetos pesados sobre el(cuando no esté colocado).

-Lubricar las articulaciones y goznes con frecuencia del twister..

-Nunca debe hacer arreglos al twister sin consultar al médico.

-Observar cualquier defecto de alineación, así como la movilidad excesiva, extravió de partes, partes rotas u oxidadas.

-Verificar el desgaste exagerado de los tacones y suela.

-Supervisar si el aparato causa molestias o produce dolor, quitarlo y permitir que la niña descanse.

-Educar a la niña para corregir los vicios posturales. No sentarse sobre sus piernas con los pies en rotación interna o hincada.

-Alentar y ayudar a la pequeña a que realice ejercicios pasivos de estiramiento.

Fundamentación:

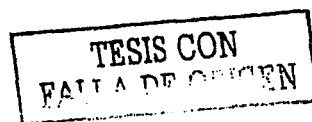
Para alargar cualquier contractura acompañante de los tejidos blandos que sostienen a la cadera en rotación interna.

-El pie se manipula hacia a la abducción y a la eversión 15 o 20 veces en varias sesiones diarias.

Fundamentación:

Esto ayudará a corregir cualquier contractura acompañante de tejidos blandos, como la del músculo tibial posterior.

-Que la pequeña camine de puntillas sosteniendola por delante de 10 a 15 minutos hasta completar 1 hora diaria.



-Que la pequeña camine con el talón únicamente tocando el piso y resto del pie elevado, sosteniendola por delante de 10 a 15 minutos hasta completar 1 hora diaria.

Fundamentación.

Ventajas con relación al ejercicio.

-Mejora el tono, la fuerza, el vigor y la flexibilidad de todos los músculos incluidos los del corazón y pulmón.

-Mejora la circulación sanguínea y tiende a disminuir la presión arterial y aumentar el calibre de las arterias.

-Aumenta la absorción y la utilización del alimento.

-Origina la sustitución de grasa intramuscular por tejido muscular.

-Mejora la postura corporal.

-Promueve la función respiratoria adecuada.

-Es una forma agradable de fomentar el bienestar general, al hacer que la persona se vea y sienta bien de si mismo. Ejercicios de arcos de movimientos. Un arco de movimiento es el que normalmente puede describir una articulación. Los ejercicios de arco de movimientos pueden ser pasivos o activos. Se da el nombre de ejercicios pasivos a los medios manuales o mecánicos de movilización de articulaciones y tejidos a fines. Los ejercicios activos son los del arco de movimiento de las articulaciones que inicia la propia persona, el paciente se muestra activo y mueve por si solo las articulaciones en todo su arco después de que se le enseñe la forma de llevar a cabo los ejercicios.¹⁶

INTERVENCION DE ENFERMERIA.

-Indicar a los padres la importancia de realizar los ejercicios de manera cotidiana.

-No obligar a la niña a realizarlos cuando este cansada.

-Empezar poco a poco y con lentitud.

-Evitar los ejercicios se continuen hasta el punto de que surja fatiga en la niña.

-Efectuar dos sesiones por la mañana y tarde, realizando los ejercicios con regularidad y constancia.

¹⁶ Donahoo Clara. **Enfermería Ortopédica.** La prensa médica mexicana. México 1980. p. 385.

EVALUACION.

Se logró concientizar a los padres sobre la importancia de que la niña utilice el twister durante todo el día si es posible.

-Lograron superar la crítica cuando se encuentran con la niña en la calle por la mirada curiosa e insistente de la gente.

-Se logró realizar durante un periodo más prolongado los ejercicios pasivos indicados para la niña.

-Un pronto restablecimiento o corrección de la patología no conllevaría a los gastos elevados que invierten en la reparación continua del twister, por el crecimiento del pie de la niña (zapatos nuevos) y arreglos solicitados por el médico ortopedista.

-Con el uso correcto del twister se logra la marcha adecuada (realizando la destorsión tibial interna del pie).

-Se corrigen los vicios posturales: cuando la niña se sienta sobre sus piernas con los pies en rotación interna o hincada.

-Vigilar a la niña cuando no se encuentre a la vista de las personas que la cuidan, por que puede atorarse de las mangueras y provocar caídas que podría lesionar a la niña.

-Se disminuye la angustia excesiva de los padres.

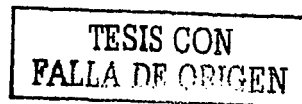
2.-HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

2.Diagnóstico de enfermería. Deterioro de la integridad cutánea relacionada a déficit de conocimientos por exposición durante periodos prolongados con el contacto de los desechos de eliminación manifestada por lesiones en la piel (dermatitis).

PROBLEMA. Evitar el deterioro de la integridad cutánea por dermatitis.

OBJETIVO. Favorecer la integridad cutánea.

Evitar la aparición de la dermatitis.



FUNDAMENTACION: Dejar puesto el pañal mojado demasiado tiempo. La humedad hace que la piel sea más susceptible a la dermatitis. Con el paso del tiempo, la orina contenida en el pañal comienza a descomponerse, produciendo sustancias químicas que pueden irritar la piel. Dejar puesto un pañal sucio con heces demasiado tiempo. Los agentes digestivos contenidos en las heces atacan la piel, haciéndola más susceptible a la irritación. Independientemente de cómo empiece la irritación, la cuestión es que, en cuanto la piel se lastima, se vuelve más vulnerable a ulteriores irritaciones por contacto con las heces y orina.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Cambiar el pañal cuando evacue lo antes posible. Limpiar el área que estaba en contacto con el pañal con agua y una toallita suave después de cada evacuación.
- Exponer las nalgas de la niña al aire.

Fundamentación:

Para evitar la humedad excesiva, y producción de infecciones por hongos.

- Utilizar pomada para proteger la piel contra dermatitis.
- Brindar suficientes líquidos para que la niña los ingiera y sean menos frecuentes la aparición de la dermatitis.
- Realizar el baño diario si es posible.
- Educar a la niña para que aprenda a avisar cuando ha hecho del baño:
 - Explicarle mediante palabras sencillas lo que significa que ha miccionado y evacuado.
 - Cambiar el pañal y enseñarle que se encuentra sucio y hay necesidad de cambiarlo.
 - Demostrarle que coloque su pañal limpio sobre la cama para cambiarlo.
 - Últimamente la niña le dice a mamá que le cambie el pañal.

EVALUACION. Se logró disminuir la presencia de dermatitis así mantener íntegra la piel. Revisar constantemente el pañal para evitar las lesiones de la piel, dado que en ocasiones la niña no avisa que ha hecho del baño.

Se favorece la necesidad de la niña de eliminación vesical e intestinal y así mismo mantenerla cómoda y limpia.

3.-PELIGROS DEL ENTORNO.

3.Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado al déficit de maduración por ser lactante mayor manifestada por el desconocimiento de riesgos ambientales y necesitar protección y cuidados.

PROBLEMA: Concientizar a los padres y demás miembros de la familia sobre la importancia de la prevención de accidentes en el hogar.

OBJETIVO. Comprender la importancia sobre la prevención de accidentes en la niña.

Participar en las medidas preventivas para aprender a evitar o disminuirse los accidentes en la infancia.

FUNDAMENTACION. Accidente es un hecho que se presenta en forma inesperada, que puede causar daño a la salud en forma temporal o permanente e incluso la muerte. La salud puede verse afectada por la ignorancia, el descuido y la irresponsabilidad ya que estos provocan accidentes que pudieran evitarse por lo que no deben considerarse exclusivos de la fatalidad. En el hogar ha sido considerado como el lugar más seguro, a pesar de esto es aquí donde suceden el 50% o más de los accidentes que ocurren diariamente, la población que sufre más de la mitad de estos son los niños entre 1 a 14 años.

Las causas mas frecuentes de accidentes son:

Caídas en un 85% , quemaduras, intoxicaciones, electrocuciones, ahogamientos (asfixia o inmersión). En lo referente a lesiones la mayor frecuencia son las heridas punzo cortantes, contusiones, fracturas, machacamientos, caídas que

pueden llegar a lesionar seriamente a los pequeños. Los lugares donde ocurren los accidentes con frecuencia son: recamara, patios, baños, cocina y escaleras.¹⁷

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA. Prevención de quemaduras:

- Evitar que la niña juegue cerca de lugares donde se cocina.
- No permitir que se acerque a electrodomésticos cuando estén funcionando: plancha, estufa, tostador, licuadora, etc.
- No colocar veladoras, ni objetos similares que la niña pueda volcar y provocar un incendio.
- Evitar dejar sola a la niña en el cuarto de baño, ya que podría abrir la llave del agua caliente y quemarse, resbalarse o caerse en el piso.
- Coloque tapas de seguridad en tomas de corrientes.

Prevención de intoxicaciones:

- Por alimentos. Contaminados (cuando están en estado de descomposición por bacterias, estafilococos y salmonellas).
- Evitar consumir alimentos que estén mucho tiempo en refrigeración sobre todo enlatados, envases que estén abombados y al abrirlos huelen mal.

Por sustancias químicas y medicamentos:

- Evitar almacenar sustancias corrosivas en envases de refrescos deben ser etiquetados mantenerlos fuera del alcance de la niña.
- Mantener los medicamentos bajo llave y fuera del alcance.

Prevención de asfixia:

- No permitir que juegue con bolsas plásticas (sobre la cabeza)
- Observar e indicarle que no debe introducir objetos pequeños por la nariz o boca (canicas, chicharos, frijoles, etc.)
- Durante la alimentación no introducir trozos grandes y duros que obstruyan las vías respiratorias.
- No dejarla nunca sola a la hora del baño o cerca de un recipiente con agua.

¹⁷ Carpeta de Apuntes de Enfermería del Niño. Asesorado por la Lic. Gandy Ponce Gómez. Mayo 1996. p 108-113

-No dejarle ningún juguete con piezas pequeñas o montables cuando se encuentre sola.

Prevencción de caídas.

-Colocar patrones de seguridad a las escaleras y ventanas (barandales o rejillas)

-Que no haya objetos resbalosos que ocasionan caídas (como cáscara de plátano, pequeños trozos de comida, bolsas plásticas, etc.)

-Observarla mientras sube y baja escaleras.

Prevencción fuera de la casa:

-Agarrar siempre de la mano a la niña, donde quiera que se encuentre.

-Aconsejar a los demás miembros de la familia cuidar perfectamente de la niña cuando salgan a la calle.

-Evitar hablar con desconocidos.

EVALUACION:

Desafortunadamente la niña por su edad cronológica no puede evitar todos los riesgos de su entorno y fomentar el aprendizaje adecuado.

Se les concientiza a los familiares sobre las medidas de prevención para evitar los accidentes en el hogar y se involucre en el cuidado de la niña.

4.- APRENDIZAJE.

4. Diagnóstico de enfermería. Dificultad para llevar a cabo las cuatro áreas del autocuidado (higiene- baño, vestido, eliminación, alimentación) relacionadas a su edad cronológica por requerir ayuda y supervisión de un adulto para llevarlas a su realización.

PROBLEMA.

Empezar entrenamiento para que la niña comience a controlar sus esfínteres y aprenda a utilizar el inodoro de plástico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS.

Favorecer el control de esfínteres.

Abandonar el uso del pañal.

FUNDAMENTACION. Muchos niños están preparados para aprender a usar el inodoro en cuanto cumple 2 años, pero es posible que aun no este lista. En tal caso usted lo sabrá por las siguientes señales:

- Sus deposiciones siguen un horario relativamente regular.
- Sus pañales no siempre están mojados, lo que sugiere que su vejiga puede almacenar bastante orina.
- Entiende y sigue las instrucciones.
- Muestra interés por imitar a otros miembros de la familia cuando utilizan el inodoro.
- A través de palabras, expresiones faciales o un cambio de actividad, demuestra que sabe cuando tiene la vejiga llena o cuando tiene ganas de evacuar.

Puede empezar a familiarizarla con el proceso enseñándole el pequeño inodoro de plástico y explicarle de una forma mas simple cómo funciona. Cuanto más familiarizada esté con el proceso, se sentirá menos confusa y temerosa cuando empiece el entrenamiento propiamente dicho.

Su hija estará lista para el entrenamiento cuando parezca deseosa de complacer a la mamá y de imitarle, y al mismo tiempo, ser más independiente.¹⁸

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

-Orientar a la madre para que enseñe y eduque a la niña.

-Mantener una actitud relajada y paciente ante la niña.

-Elógiela por sus logros y no se le ocurra mencionar los errores que cometa. Un estrés innecesario al proceso, dificultará el avance.

¹⁸ Shelov P. Steven y et al. **el cuidado de su bebe desde que nace hasta los tres años.** Academia americana de pediatría. México 2000, p 295-297.

-Dejar que la niña vea cómo mamá utiliza el inodoro (ya que los niños aprenden por el proceso de imitación).

-Colocar un inodoro de plástico en la habitación de la niña.

-Durante las primeras semanas, deje que la niña se siente en el inodoro completamente vestida mientras se le explica qué es, para qué sirve y cómo se utiliza.

-En cuanto se sienta cómoda, deje que pruebe a sentarse sin llevar puestos los pañales. Enseñarle cómo mantener los pies firmemente apoyados en el suelo (importante para cuando tenga que evacuar). Haga que el inodoro sea parte de su rutina cotidiana y que gradualmente la utilice para sentarse varias veces al día.

-Cuando se haya habituado a esta rutina, intente quitarle los pañales mientras está sentada en el inodoro, dejando que el contenido del pañal caiga dentro del inodoro para que compruebe cual es su verdadera función.

-En cuanto la niña compruebe en qué consiste el proceso, probablemente le interesará más utilizar el inodoro correctamente.

Para animarla déjela jugar cerca del inodoro sin llevar los pañales puestos para que pueda utilizar el inodoro cuando lo necesite.

-Cuando empiece a utilizar el inodoro con regularidad, sustituya durante el día los pañales corrientes por uno de entrenamiento.

EVALUACION:

Cuando la niña tenga "percances" no le demuestre su decepción ya que se rehusara a seguir su entrenamiento.

-Convertir este proceso en lo más positivo, natural y relajado posible para que la niña pierda el miedo para usar el inodoro.

-La niña ya aprendió a no tener miedo al inodoro, pero aún se sienta con ropa y se rehúsa a utilizarlo.

-Lamentablemente aún no se consigue que la niña haga sus deposiciones en el inodoro, pero se aconseja a la madre para que ponga más dedicación al proceso de entrenamiento.

-El uso del inodoro beneficia a la familia en cuanto al ahorro económico de los pañales desechables.

PROBLEMA. Proporcionar ayuda para efectuar el baño en tina, cambio de ropa y lubricación de la piel.

OBJETIVO: mantener los principios de higiene.

Fomentar los hábitos adecuados para vestirse y acicalarse.

Aumentar la participación poco a poco de la niña hacia su independencia.

FUNDAMENTACION.

La piel y las mucosas íntegras y saludables constituyen la primera línea de defensa contra agentes dañinos. Por otra parte el baño ayuda a relajar a una persona inquieta, el calor del agua y efectos de un masaje tienden a relajar los músculos, promueve la circulación al estimular las terminaciones nerviosas periféricas de la piel y tejidos subyacentes. Promueve la comodidad por medio de la relajación muscular y estimulación de la piel, ayuda a promover la autoimagen, el paciente se siente más relajado y a gusto consigo mismo cuando satisface sus necesidades de higiene corporal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

-Orientar a la madre:

-Proporcionar el baño a la niña si es posible diario.

-Hacer del baño una experiencia relajante y agradable: dejar que se entretenga salpicando el agua, juguetes que flotan se convierten en magnificas distracciones a la hora del baño.

-Que la niña explore su entorno, nunca dejarla sola en la tina del baño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACION.

La niña se siente más relajada y cómoda por el hecho de satisfacer su higiene corporal.

INTERVENCION DE ENFERMERIA.

Lubricación de la piel: cremas emolientes con lanolina o mantequilla de cocoa.

FUNDAMENTACION. Son productos empleados para reblandecer, uniformar y proteger la piel seca después de su limpieza. Las cremas emolientes o humectantes no agregan humedad a la piel, sino una película que ayuda a retener las superficies descamadas.

EVALUACION. Se logró proteger la piel evitando la resequedad.

INTERVENCION DE ENFERMERIA:

Proporcionar ayuda para efectuar el cambio de ropa y peinado.

FUNDAMENTACION: La vestimenta es fundamental para la protección del medio ambiente, además que nos proporciona bienestar físico. Evitar cualquier prenda que le apriete el cuello, los brazos y las piernas. Estas prendas no sólo pueden ser peligrosas sino que, además resultan muy incómodas dado que obstruyen la adecuada circulación sanguínea.

EVALUACION: El cambio oportuno de la vestimenta favorece las medidas de higiene y ayuda a mantener la autoimagen.

-Lamentablemente no se logró educar a la niña para prepararla a lograr independencia en este proceso por su corta edad.

-En cuanto al peinado, la niña no lo puede hacer, motivo por el cual la mamá le satisface esta necesidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROBLEMA: Proporcionar una dieta equilibrada en sus menús.

OBJETIVO: Favorecer un equilibrio nutricional adecuado a su edad.

FUNDAMENTACION. Con dos años, su hija debe hacer tres comidas principales al día y proporcionar colaciones entre comidas una o dos veces al día. A esta edad, necesita comer alimentos pertenecientes a los tres grupos básicos:

- Leguminosa y alimentos de origen animal.
- Frutas y verduras.
- Cereales.

La regla central para lograr una buena alimentación es: incluir por lo menos un alimento de cada grupo en cada comida y, entre una comida y otra, variar lo más posible los alimentos que se usan en cada grupo, así como la forma de prepararlos.

La dieta debe cubrir los requerimientos de cada uno de los nutrimentos, alguno de esos requerimientos, en especial el de energía, difieren mucho de una persona a otra de un día a otro en la misma persona. Los tres requisitos de una dieta correcta son: a) destinar la preparación de la comida el tiempo, el interés y la imaginación necesarios para que sea agradable, b) procurar la adecuación, c) procurar la inocuidad.

Se conoce por colación o refrigerio a una porción de alimento proporcionalmente más pequeña que las comidas mayores. La cantidad de alimento en la colación debe ser suficiente para proveer a los niños la energía necesaria pero no tanta que les impida tener apetito para la siguiente comida. Por ejemplo puede ser agua fresca, yogurt, pepitas, palomitas, queso, etc.¹⁹

¹⁹ Casanueva Esther, et al. **Nutriología Médica.** Ed. Médica panamericana. 2ª ed. Madrid 2001 p-504-505

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

-Orientar a la madre:

-A ofrecer una selección de alimentos nutritivos en cada comida y déjele elegir el que prefiera.

-Variar el sabor y la textura de los alimentos en lo posible.

-Reducir el consumo de dulces para prevenir la caries.

-Asegurarse de que la comida no está demasiado caliente y quemé la boca .

-Evitar que se atragante con trozos demasiado grandes y duros que podrían bloquear las vías respiratorias.

-Asegurarse de que cuando coma sola este sentada y supervisada siempre por un adulto.

-Enseñar a cepillarse los dientes por lo menos una vez al día, para que el cepillo retire toda la placa dental y los depósitos pegajosos de bacterias que causan caries.

EVALUACION. La adecuada alimentación satisface las necesidades nutricionales, así como también favorece y mantiene la salud. Se mantiene un adecuado equilibrio nutricional en la alimentación de la niña, haciendo está necesidad parcialmente independiente por que come ella sola. Se fomenta en la niña la utilización del cepillo dental.

PROBLEMA. Aumentar la ingesta de líquidos.

OBJETIVO. Mantener una adecuada ingestión de líquidos.

FUNDAMENTACION: El balance hídrico es indispensable para la salud. Del cuerpo con su notable capacidad de adaptación normalmente mantiene el equilibrio entre los fenómenos fisiológicos integrados, lo cual da por resultado un medio celular relativamente constante pero dinámico. El organismo excreta los excesos y deshechos como resultado de complejos fenómenos que permiten mantener el medio interno en los límites de una escala relativamente angosta de

normalidad. Cuando no se logra el equilibrio, es necesaria la ayuda por que los desequilibrios pueden constituir una amenaza para la vida misma.

INTERVENCION DE ENFERMERIA:

- Orientar a la madre:
- Hacer notar la importancia de que la niña consuma más líquidos de los que acostumbra (cantidad que es muy poca).
- Ofrecerle no solamente agua, sino jugos, agua de frutas.
- Evitar que adquiera el hábito de consumir " refrescos".

EVALUACION:

- Se mantiene un adecuado equilibrio hídrico.
- Se favorece la ingestión más frecuente y adecuada de líquidos consumidos durante el día por la niña.
- Se disminuye la concentración y olor de la orina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.1 PLAN DE ALTA.

1. Próxima cita: Acudir a revisión con el médico ortopedista que lleva su caso, para verificar si el tratamiento tiene los resultados esperados en la paciente, que básicamente consiste en la desrotación tibial de los miembros pélvicos y revisión de la ortesis twistwer para revisar si se encuentra en los grados correctos de rotación (90°), si requiere menos rotación, cambios de mangueras, de virones externos, etc.

2.-Dieta: Se le recomienda a la madre, continuar con la alimentación habitual que resulta bastante equilibrada, sugiriéndole variar constantemente los menús para que la niña no se fastidie de comer siempre lo mismo. Además también se le recomienda aumentar la ingestión de suficientes líquidos, ya sea agua natural, de frutas, jugos, evitando que consuma en exceso “ refrescos” y por otra parte evitarle el consumo abundante de golosinas. También no olvidar lavarle los dientes después de comer y especial cuando mastique los dulces.

3.-Signos y síntomas de alarma: Se le notifica a la madre que en caso de que la niña presente alguna manifestación de enfermedad, ya sea fiebre, infecciones de garganta, estómago, de la piel, de los ojos, diarreas, caídas frecuentes y fuertes, etc. No automedique a la niña y acuda a su clínica de salud para su atención médica. Por otra parte es importante que acuda a sus citas de control de crecimiento y desarrollo en E.M.I. para detectar cualquier problema existente.

4.-Recomendaciones:

-Insistir a la niña hasta donde sea posible usar el twister el mayor tiempo posible, ya que se opone a utilizarlo pretextando que le lastiman los zapatos.

-Realizar los ejercicios recomendados por el ortopedista constantemente para ayudar a la destorsión tibial, pese a que la niña se rehúsa a hacerlos, porque tal vez no entiende como realizarlos, ni con que finalidad los tiene que realizar.

- Proporcionarle sus comidas en el horario adecuado, por que por las ocupaciones de la madre, en ocasiones la niña no las realiza en el horario adecuado.
- Brindarle un poco más de atención a la niña, porque necesita de la atención, cariño y amor de sus padres, como por ejemplo, acompañarla a jugar, enseñarle cosas y juegos que le llamen la atención, sacarla constantemente a pasear dado que la niña le gusta mucho estar en la calle en el parque, en el supermercado, etc.
- Se le recomienda a los padres que si no están del todo satisfechos con la atención médica y resultados del tratamiento o dudas acerca del mismo, pueden consultar con otra institución de atención para el problema de la niña como el I.N.R. (Instituto Nacional de Rehabilitación) como otra opción de atención para el padecimiento de la niña.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.-CONCLUSIONES.

En particular para mi, ha sido una experiencia nueva y agradable haber aplicado y realizado un Proceso de Atención de Enfermería a nivel domiciliario, ya que siempre los realicé a nivel hospitalario, es muy diferente el tipo de atención y cuidados aplicados, así mismo te encuentras en contacto directo con el paciente con más tiempo y empeño contando con la participación absoluta de los familiares.

Con este plan de atención aplicado se le brindan cuidados que aparentemente suelen ser actividades de la vida diaria sencillas o rutinarias, pero que tienen una relevancia importante para mantener la salud de la niña.

Es por eso, que mediante las actividades y cuidados de enfermería brindados se le logró satisfacer y mantener estas necesidades en sentido favorable para la pequeña, logrando avanzar y concientizar a los padres sobre la importancia que deben darle al padecimiento de la niña y llevar a cabo las acciones planeadas.

Por otra parte, el modelo de atención de enfermería utilizado se basó en las teorías de Virginia Hendersón de las 14 necesidades básicas que tienen que satisfacer para lograr la independencia del individuo y el equilibrio entre su entorno y la salud. Pero como ya habíamos mencionado en este caso aún no se puede lograr una independencia total dado a la edad de la niña, por lo que depende del cuidado que le brinden las personas que la cuidan. Durante la aplicación del PAE se puede constatar que al involucrar a la familia se le puede ir educando y haciéndola participe del cuidado. La aceptación, por parte de la niña fue de gran importancia para llevar a cabo los cuidados de enfermería en la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades, las que en su mayoría lograron resolverse favorablemente.

Así mismo para la enfermera que se encuentra en la consulta externa (E.M.I.) es muy fácil, identificar esta alteración de la marcha tan solo al observar caminar al

niño, es evidente como este lleva sus pies hacia adentro, lo que dificulta en cierta forma la marcha, canalizando su atención inmediata con el pediatra u ortopedista. Este padecimiento es más frecuente en niñas de 3 y 12 años de edad. Las consultas más frecuentes en la infancia son:

- Pie plano (54%)
- Torsión o rotación tibial interna (10%)
- Deformidades en rodillas en Varus o Valgo. (9%)

La enfermería es una profesión que en interacción con otras profesiones del área de la salud, presta un servicio a la sociedad para el fomento de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de los enfermos. La función de la enfermería se enfoca a la atención, cuidados y el bienestar, encaminados a la prevención o solución de los problemas de salud, reales o potenciales, cuando los sujetos sanos o enfermos que los presentan, no puedan resolverlos por sí mismos, ya sea por carencia de información, recursos o por algún impedimento físico o mental, tendiendo siempre a que los individuos y grupos logren la autosuficiencia en el cuidado de la salud.

Como profesión la enfermería cubre acciones en cada uno de los niveles de atención en los campos a la salud pública, la atención médica y asistencia social.

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficientes al individuo que lo requiera y así lograr los objetivos planteados basándose en el modelo de Virginia Henderson, el cual consta de cinco pasos secuenciales interrelacionados que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, el cual esta fundamentado en las 14 necesidades básicas del ser humano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.-SUGERENCIAS.

1. Fomentar en los alumnos de enfermería el hecho de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a nivel domiciliario.
2. Enfatizar en la importancia de que el P.A.E. se lleve a cabo y no solamente se quede como un trabajo elaborado.
3. No elaborar el P.A.E. con el único objetivo de acreditar una materia.
4. Interactuar con otras escuelas de enfermería para que conozcan y apliquen los P.A.E. como una alternativa de atención del paciente dentro y fuera de una atención hospitalaria.
5. Realizar los P.A.E. siempre con la finalidad de beneficiar a nosotros como estudiantes por el aprendizaje y experiencia adquirida y al paciente para ayudarlo y brindarle cuidados para recuperarse de sus procesos patológicos con una atención integral de enfermería.
6. Difundir entre el personal de enfermería en el área hospitalarias (tratamiento) la importancia de aplicar P.A.E. enfocado en una atención integral de calidad y calidez para el beneficio del paciente.
7. Brindar asesoría directa al alumno-paciente al momento de realizar el PAE, para que adquieran experiencia y su aprendizaje sea más concreto y enriquecedor.

7.-BIBLIOGRAFÍAS.

- 1.-CASANUEVA Esther Et al. Nutriología Médica. Ed. Médica Panamericana. 2ª ed. Madrid 2001. 719p.
- 2.-CARPENITO Juall Linda Manual de diagnóstico de enfermería. Interamericana-Mcgraw-Hill. México D.F. 1994. 587 p.
- 3.-Carpeta de Apuntes de Enfermería del Niño. Asesorado por la Lic. Ghandhy Ponce Gómez. Mayo de 1996.
- 4.-COHI Oriol. Actualizaciones en técnicas ortopédicas. Masson. Barcelona 2001. 411 p.
- 5.-DONAHOO Clara. Enfermería ortopédica. La prensa Médica Mexicana. México 1980. 407 p.
- 6.-KOZIER Bárbara y et al. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y prácticas. Interamericana, 2ª ed. Tomo I. Madrid 1990. 484 p.
- 7.-LEWIS Cozen y et al. Ortopedia Práctica. Ed. Jims. Barcelona 1978. 544 p.
- 8.-MALAGON Castro Valentín. Ortopedia Infantil. Ed. Jims. 2a ed. Barcelona 1987. 407 p.
- 9.-MARRINER Tomey Ann y et al. Modelos y Teorías de Enfermería. Harcourt, 4ª ed. Barcelona 1999. 555 p.
- 10.- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2001-2002. Harcourt, Madrid 2001. 264p.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.- SHELOV P. Steven y et al. El Cuidado de su Bebé. Desde que nace hasta los tres años. Academia Americana de Pediatría. México 2000. 319 p.

12.-TACHDJIAN O. Mihran. Ortopedia Pediátrica. Interamericana. Madrid 1984. Tomo I. 757 p.

13.-TACHDJIAN O. Mihran. Ortopedia Pediátrica. Interamericana. Madrid 1984. Tomo II. 1785 p.

14.- TORTORA J. Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harla. 6ª ed. México D.F. 1993. 1206 p.

15.- ZAMBUDIO Periogo Ramón. Torsiones de Miembros Inferiores. Año 2000. Documento descargado de www.ortoinfo.com. El primer portal en español especializado en ortopedia.

16.-Anomalías Rotacionales de los miembros inferiores.
<http://www.traumazamora.org/ortoinfantil/rotmmii//rotmmi.htm>. 10/10/2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. ANEXOS.

4.1 HISTORIA CLINICA

I. FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre del niño: A.L.H.F.

Edad: 2 años 5 meses. Sexo: Femenino. Fecha de nacimiento: 12-06-2000.

Nombre del padre: J.A.H.M. Edad: 30 años. Ocupación: Obrero. Escolaridad. Preparatoria terminada.

Nombre de la madre: C.F.N. Edad: 27 años, Ocupación: Hogar. Escolaridad: preparatoria terminada.

Domicilio: Calle Vicente Guerrero, Mza 12, Lte 16, col Vicente Guerrero, Naucalpan de Juárez. Edo de Méx.

II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Edad de los padres al nacimiento: Padre 28 Años. Madre 25 años.

Antecedentes patológicos: (padres, abuelos y tíos.)

Padre: ninguno.

Madre. Embarazo molar + preeclampsia en 1997.

2 LUI en 1997 por el mismo padecimiento.

1 transfusión sanguínea (tipo a +)

Abuelo materno: Hipertensión controlada.

Abuela paterna: Finada por cirrosis hepática.

Numero de hermanos. Ninguno, hija única.

III. ANTECEDENTES PRENATALES.

Producto de la gesta #2, Atención prenatal en: Centro de Salud Dr. "Manuel González " por un médico general, durante todo el embarazo. Padecimiento de la madre durante el embarazo: el último trimestre del embarazo presenta dolor excesivo en la pelvis impidiendo el movimiento y la marcha, pasando el resto del embarazo en "reposo absoluto". Acudiendo a valoración médica indicándole que el PUVI se encontraba encajado motivo del dolor pélvico.

Alimentación de la madre durante el embarazo. Consumía de todo. Carnes, pollo, leche, derivados lácteos, verduras, frutas, mariscos, tortillas, pan y abundante agua, etc.

Alimentación de la madre durante el embarazo. Consumía de todo. Carnes, pollo, leche, derivados lácteos, verduras, frutas, mariscos, tortillas, pan y abundante agua, etc.

IV. ANTECEDENTES PERINATALES.

Parto atendido en: Hospital General de Naucalpan, por médico interno. Tipo de parto eutócico sin complicaciones obstétricas. Respiró inmediatamente al nacer, no necesitó ninguna maniobra de resucitación, producto a término, no presentó ictericia fisiológica, no requirió del uso de incubadora y oxigenoterapia, con apgar al minuto de 8 y a los 5 minutos de 9. con peso de 3.500Kg. talla de 50cm. , PT de 33cm, PC 33.5cm, PA 32 cm., SI 24cm, PIE8.5 cm.

La alimentación se basa a la lactancia materna exclusivamente, iniciando la ablactación a los 6 meses con probadas de papillas de frutas y verduras, no utilizo biberones, cuenta con el esquema de vacunación completo, cursando con padecimientos normales para su edad y crecimiento, como son: regurgitaciones, vómitos, infecciones respiratorias,(cuadro gripales y faringitis), infecciones o alergias de la piel, diarreas, etc.

No es alérgica a ningún medicamento hasta el momento, con hábitos de conducta adecuados para su edad; es sociable y a veces un poco agresiva con otros niños, a la hora de dormir presenta pesadillas ya que se despierta llorando y en ocasiones no es fácil controlarla. Su desarrollo y crecimiento se encuentra de acuerdo a su edad. Corre, salta, sube escaleras, juega con otros niños, sonríe, canta, baila, organiza frases y enunciados complejos, presenta un lenguaje perfectamente entendible, hojea libros y revistas rayándolas, le gusta ver televisión, oír música, salir a la calle a pasear, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSPECCION GENERAL:

Paciente femenino, de edad igual a la cronológica, conciente, activa, reactiva, con adecuado estado de hidratación general, coloración tegumentaria adecuada, presencia de la ortesis twister adaptado a los miembros pélvicos que le ayudan para tener una corrección al problema de la marcha por padecer torsión tibial interna.

Cabeza: cráneo normocéfalo, sin hundimientos, con fontanela anterior no cerrada totalmente debido a su desarrollo cronológico, con adecuada implantación de cabello, ojos: pupilas con buena respuesta a estímulos luminosos, isocóricas y normoreflexivas, con buena agudeza visual bilateral, conjuntivas normocrómicas. Pabellones auriculares simétricos sin anomalía aparente y proporcional a la cabeza con buena agudeza auditiva bilateral.

Nariz: simétrica, pequeña, con narinas permeables, sin desviación de tabique nasal. Cavidad oral hidratada, lengua de coloración rosada, con papilas gustativas presentes, piezas dentarias conforme a edad, no hay presencia de caries. Tórax: con movimientos respiratorios de inhalación y exhalación simétricos y uniformes con una FR de 25 X', campos pulmonares bien ventilados, con ruidos cardíacos de buena intensidad y ritmo con una FC 110 X', con adecuada circulación sanguínea. Glándulas mamarias simétricas, pequeñas relacionadas a su edad. Abdomen con adecuado tono muscular, blando, depresible, con peristalsis presente, no doloroso a la palpación profunda, sin visceromegalias. Miembros torácicos y pélvicos íntegros, simétricos, hidratados con buen aporte sanguíneo, llenado capilar de tres segundos, con movimientos de flexión y extensión adecuados y simétricos. Utilizando la ortesis llamada twister en ambos miembros pélvicos por la torsión tibial interna que presenta. Genitales de acuerdo a su edad y sexo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2 GLOSARIO DE TERMINOS.

1. **ABDUCCION:** Es el movimiento de la parte que se aleja del eje del cuerpo.
2. **ADUCCION:** Es el acercamiento de la parte hacia el eje del cuerpo.
3. **AUTOCUIDADO:** Agrupa las actividades necesarias para satisfacer las necesidades diaria, actividades que se aprenden con el tiempo y se convierten en hábitos a lo largo de la vida.
4. **EVERSION:** Es el movimiento opuesto.
5. **EXTENSION:** Es el acto de enderezar la articulación, de devolver los movimientos hacia la posición de iniciación en cero.
6. **FLEXION:** Es el movimiento de doblar una articulación, movimiento que se aleja de la posición de iniciación en cero.
7. **GENU VARUM:** Son normales en la infancia las piernas arqueadas en grado mínimo o moderado. La rotación interna de las extremidades inferiores exageran en aspecto de las piernas arqueadas.
8. **GENU VALGUM:** Es el grado mínimo o moderado de genu valgum es un dato fisiológico normal en niños de 2 a 6 años de edad. Cuando el trastorno es notable, el pequeño marcha con torpeza, frotando sus rodillas y conservando separados los pies. Los pies se encontraran en pronación, y el dorso de los zapatos se abombara y arrugara en la superficie interna sobre el arco longitudinal interno.
9. **INVERSION:** Es el término que se aplica al movimiento que vuelve una extremidad hacia arriba, y que se observa principalmente en la articulación subastragalina del pie.
10. **HIPEREXTENSION:** Cuando el movimiento que se opone a la flexión es excesivo, como puede ocurrir en la rodilla o en el codo, es hiperextensión.
11. **PRONACION:** Es el movimiento que se vuelve la palma de la mano hacia la superficie posterior del cuerpo o hacia abajo.
12. **ROTACION:** Torsión o movimiento de una parte a su alrededor de su eje.
13. **ROTACION INTERNA:** Torsión hacia el centro.

14. ROTACION EXTERNA: Torsión alejándose del centro.

15. SUPINACION: Es el acto de volver a la palma de la mano hacia la superficie anterior del cuerpo o hacia arriba.

PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIOS.

NECESIDAD POSTURA Y MOVIMIENTO:

Dx. de Enfermería.	Objetivos.	Intervención de Enf.	Evaluación.
<p>Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado a afección músculo-esquelética: torsión tibial interna afectando la marcha normal manifestada por caídas frecuentes, requiriendo ayuda de un dispositivo ortopédico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Insistir a la niña para que utilice el twister. -Lograr en un lapso más corto la corrección de la destorsión tibial. -Disminuir la angustia excesiva de los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfatizar en la importancia de utilizar el twister. -Ayudar a la niña para que realice sus ejercicios diariamente. -Educar a la niña para corregir los vicios posturales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se logró concientizar a los padres sobre la importancia de que la niña utilice el twister. -Se logró realizar durante un periodo más prolongado los ejercicios. -Se corrigen los vicios posturales. -Se disminuye la angustia de los padres.

NECESIDAD PELIGROS DEL ENTORNO:

Dx. de Enfermería.	Objetivos.	Intervención de Enf.	Evaluación.
<p>Riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado al déficit de maduración por ser lactante mayor manifestado por el desconocimiento de riesgos ambientales y necesitar protección y cuidados.</p>	<p>-Comprender la importancia sobre la prevención de accidentes en la niña. -Participar en las medidas preventivas para aprender a evitar o disminuir los accidentes.</p>	<p>-Orientar a la familia sobre las medidas preventivas de accidentes en el hogar. -Orientar sobre: *Prevención de quemaduras. *Prevención de asfixia. *Prevención de caídas.</p>	<p>-Se concientiza a la familia sobre las medidas de prevención para evitar los accidentes y así mismo se involucren en el cuidado de la niña.</p>

72

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

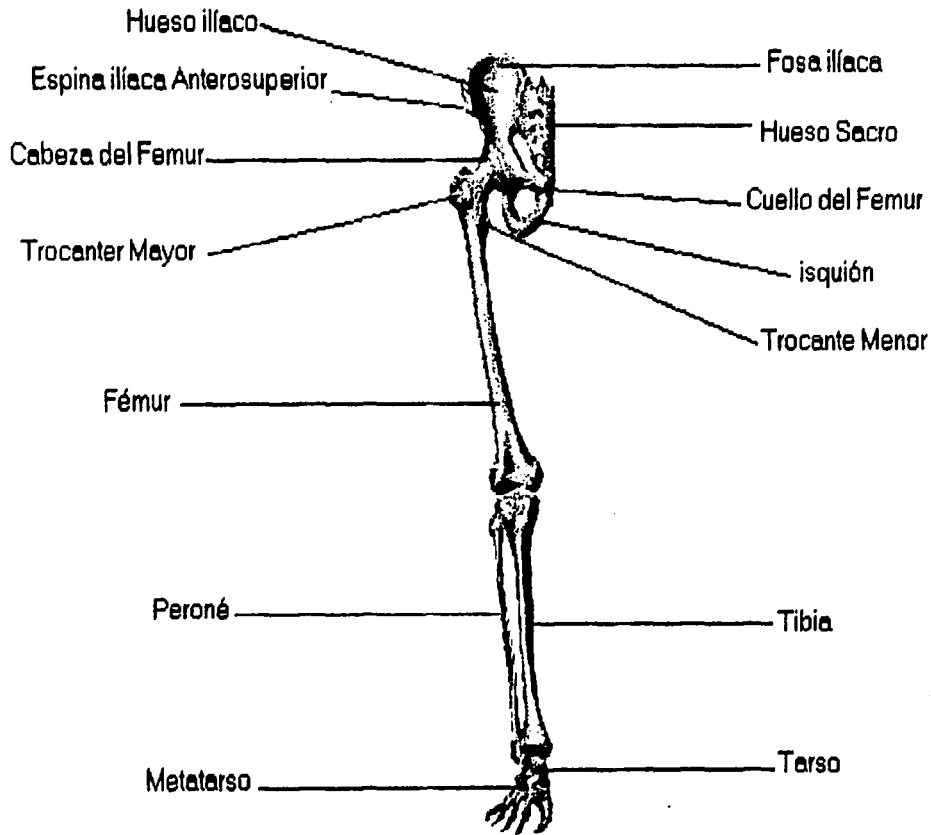
NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Dx. de Enfermería.	Objetivos.	Intervención de Enf.	Evaluación.
Dificultad para llevar a cabo las cuatro áreas del autocuidado (higiene-baño, vestido, eliminación, alimentación), relacionado a la edad cronológica por requerir ayuda y supervisión de un adulto para llevarlas a su realización.	Eliminación: -Favorecer el control de esfínteres. -Abandonar el uso del pañal.	-Iniciar el proceso de enseñanza-aprendizaje para utilizar el inodoro de plástico.	-Lamentablemente no se consigue que la niña evacue y miccione en el inodoro. -Orientar a la madre para que ponga más dedicación al proceso de entrenamiento.

73

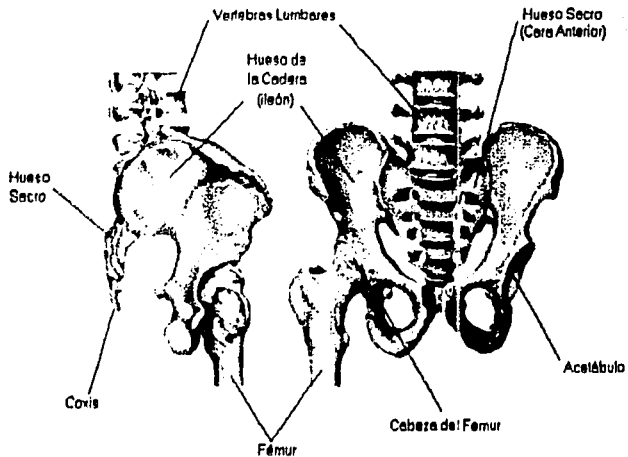
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estructura Pélvica y Miembro Inferior Derecho.

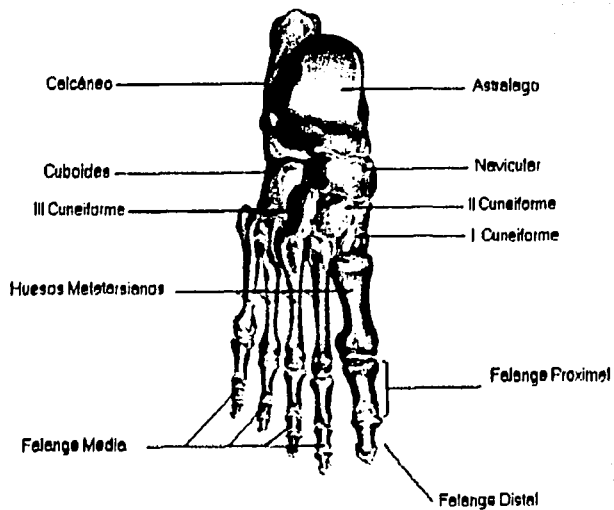


me

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



Estructura Pélvica



Estructura Del Pie.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



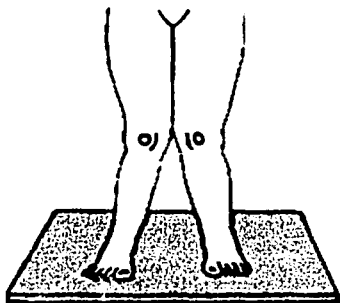
Aparato Ortopédico.

“TWISTER”

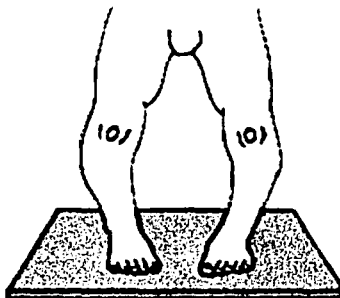
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFORMIDAD DE RODILLAS 1

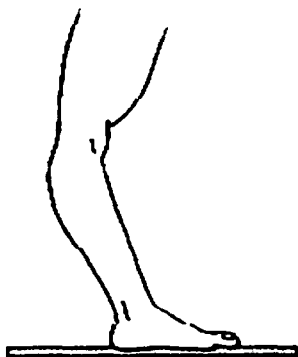
GENU VALGO



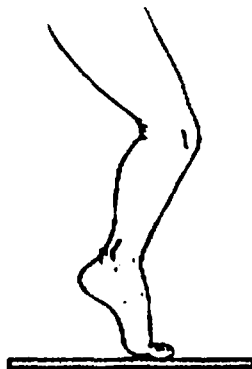
GENU VARO



GENU RECURVATUM



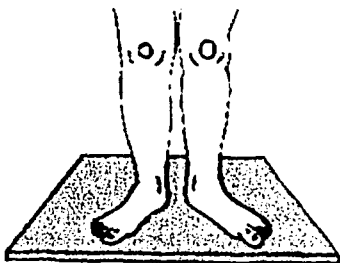
**GENU FLEXO
EQUINISMO DEL PIE**



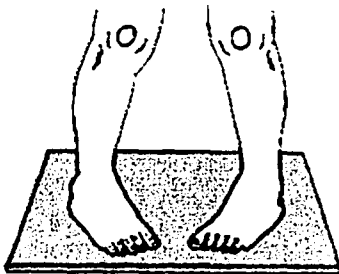
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFORMIDAD DE RODILLAS 2.

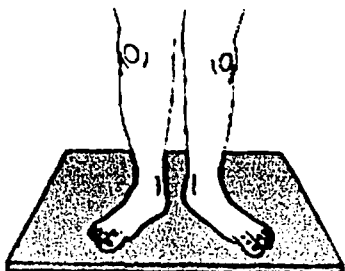
**ROTACION TIBIAL
EXTERNA**



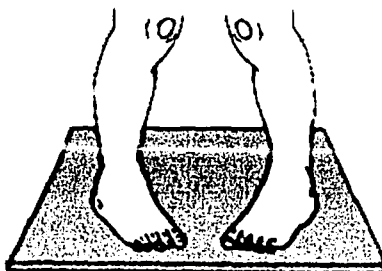
**ROTACION TIBIAL
INTERNA**



**MARCHA EN
ROTACION EXTERNA**



**MARCHA EN ROTACION
INTERNA**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN