



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, APLICADO A UN
PACIENTE PEDIÁTRICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN CON DISPLASIA DEL DESARROLLO DE
CADERA.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

MARGARITA FABIOLA CRUZ CHOMBO

No. DE CUENTA

402005034

ASESOR DEL TRABAJO:

LEO. PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ



MÉXICO, D.F. 2007



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por haberme dado la dicha de nacer, iluminar mi entendimiento para poder llegar a ser una persona de bien y por darme licencia de llegar hasta donde ahora he llegado. Por esto y por mil cosas más te doy gracias Señor.

A MI ABUELA

Que por que gracias a su fe a Dios y por el sacrificio que ha llevado por todos estos años, he podido continuar a lado de lo que mas quiero en este mundo "mi familia".

A MIS PADRES Y HERMANOS

Quienes con su confianza, cariño y apoyo incondicional, sin escatimar esfuerzo alguno, me han convertido en persona de provecho, ayudándome al logro de una meta más en mi Carrera Profesional.

Por compartir tristezas y alegrías, por todos los detalles que me han brindado durante mi vida como estudiante y por hacer de mi lo que ahora soy.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVO	3
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4. JUSTIFICACIÓN	5
5. MARCO TEÓRICO	6
5.1. Proceso de Atención de Enfermería	6
5.1.1. Definición	6
5.1.2. Ventajas	6
5.1.3. Características	7
5.2. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	8
5.2.1. Valoración	8
5.2.1.1. Tipos de datos a recoger	8
5.2.1.2. Métodos para obtener datos	8
5.2.1.2.1. Observación	8
5.2.1.2.2. Entrevista clínica	9
5.2.1.2.3. Exploración física	10
5.2.1.2.4. Técnicas de exploración física	11
5.2.1.2.5. Organización de datos	11
5.2.1.2.6. Documentación y registro de la valoración	12
5.2.2. Diagnostico	12
5.2.2.1. Tipos de diagnósticos	14
5.2.3. Planificación de los cuidados de enfermería	14
5.2.3.1. Normas generales para la descripción de objetivos	16
5.2.3.2. Objetivos de Enfermería	16
5.2.3.3. Objetivos del cliente /paciente	17
5.2.3.4. Documentación en el plan de cuidados de Enfermería	19
5.2.3.5. Partes que componen los Planes de Cuidados	19
5.2.4. Ejecución	20
5.2.5. Evaluación	20
5.3. Marco Conceptual	23
5.3.1. Virginia Henderson	23
5.3.2. Relación enfermera-paciente	27
5.3.3. Relación enfermera-médico	28
5.3.4. La enfermera como miembro del equipo sanitario	28
5.3.5. Método lógico	28
5.3.6. Aceptación por la comunidad de la Enfermería	28
5.3.6.1. Ejercicio Profesional	28
5.3.6.2. Formación	29
5.3.6.3. Investigación	30
5.3.7. Necesidades fundamentales de independencia	31
5.3.7.1. Alimentación	31
5.3.7.2. Eliminación	32
5.3.7.3. Moverse y mantener una buena postura	33
5.3.7.4. Actividades recreativas	34
5.3.7.5. Higiene y protección de la piel	35
5.3.7.6. Evitar peligros	36

5.4. Anatomía y Fisiología	37
5.4.1. Anatomía de la Cadera	37
5.4.1.1. Ilion	38
5.4.1.2. Isquion	38
5.4.1.3. Pubis	38
5.4.1.4. Irrigación sanguínea	39
5.5. Displasia del Desarrollo de Cadera	41
5.5.1. Definición	41
5.5.2. Incidencia	42
5.5.3. Etiología	42
5.5.3.1. Factores inestabilizadores	43
5.5.3.2. Factores desencadenantes	43
5.5.4. Fisiopatología	44
5.5.5. Clasificación	44
5.5.5.1. Cadera inestable, inmadura o simple	45
5.5.5.1.1. Grado 1 de Displasia	45
5.5.5.1.2. Subluxación grado 2	45
5.5.5.1.3. Luxación grado 3	45
5.5.5.1.4. Displasia luxación residual	45
5.5.5.1.5. Luxación embrionaria o teratológica	45
5.5.6. Manifestaciones Clínicas	46
5.5.7. Diagnóstico	46
5.5.7.1. Historia Clínica	46
5.5.7.2. Exploración Física	47
5.5.7.3. Exámenes de Gabinete	48
5.5.7.3.1. Ecografía	48
5.5.7.3.2. Radiología Convencional	49
5.5.7.3.3. Artrografía	49
5.5.7.3.4. TAC	51
5.5.8. Tratamiento	51
5.5.8.1. Entre los dos años y medio y cuatro años	52
5.5.8.2. A partir de los cuatro años	52
5.5.8.3. Historia Natural sin Tratamiento	53
5.5.8.4. Tratamiento Tracción Esquelética	54
5.5.8.4.1. Tracción	54
5.5.8.4.1.1. Tipos de Tracción	54
5.5.8.5. Complicaciones	55
6. CASO CLÍNICO	56
6.1. Valoración Clínica de Enfermería	65
6.2. Valoración de las necesidades básicas	67
6.3. Medicación	69
6.4. Plan de intervenciones	73
6.5. Plan de Alta	88
7. CONCLUSIONES	89
8. BIBLIOGRAFÍA	91
9. GLOSARIO	93
10. ANEXOS	98

1. INTRODUCCIÓN

La integración teórico- práctica que realiza el pasante de enfermería, a través de la elaboración y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), le permite darse cuenta de lo importante que es el brindar un adecuado cuidado de enfermería, retomando continuamente los elementos del meta paradigma (salud, entorno, persona y enfermería). Para desarrollar la atención propia de enfermería se utilizan dichos elementos y además se ve impulsada a profundizar en los conocimientos, el trabajar en equipo, la aplicación de los conocimientos y los hallazgos teóricos que ayudan a comprender y corregir errores, así como actuar con disciplina y respeto hacia si mismos, hacia los pacientes y autoridades.

Para elaborar un plan de cuidados, se debe tener absoluto conocimiento de los pasos a seguir del PAE, que como ya sabemos, es el método sistemático y organizado para proporcionar los cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada individuo, el cual responde de distinta manera ante una alteración real o potencial de la salud, para lo cual se realiza una valoración de enfermería de manera cefalo caudal, se hace uso de instrumentos mediante los cuales se identifican necesidades de dependencia, así el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y realizar una planeación de cuidados para dar respuesta a los problemas reales o potenciales de salud del paciente..

El PAE consiste en una relación de interacción constante con el paciente, debido a sus cinco pasos a seguir que son:

1. Valoración: la cual se centra en la obtención de la información relacionada con el paciente, con el fin de identificar las necesidades, problemas, o respuestas humanas.
2. Diagnóstico: donde se analiza e interpreta la información obtenida. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades del paciente.
3. Planificación o Plantación: se desarrollan estrategias para corregir problemas identificados y evitar complicaciones de los mismos.
4. Ejecución: es el inicio y término de las acciones establecidas para conseguir los resultados definidos en la etapa de la planeación.
5. Evaluación: se determinan las medidas en que se han conseguido los objetivos de la atención. Se evalúa el progreso del paciente, se establecen medidas correctoras si fuese necesario y se revisa el plan de cuidados.

En este trabajo se presenta la planeación y realización de un PAE aplicado a un paciente de sexo femenino, que ingresa al servicio de ortopedia pediátrica del 7º piso del Instituto Nacional de Rehabilitación y Ortopedia, al que se le realiza una valoración de enfermería, y a partir de ella, se propone un plan de cuidados basado en su padecimiento actual, además de valorar las 14 necesidades de bienestar de Virginia Henderson, las cuales deben de mantenerse en equilibrio para el buen funcionamiento del organismo. Como marco teórico se encuentra información de las etapas del PAE, antecedentes históricos de Virginia Henderson, así como su teoría, en cuanto al padecimiento real y actual de la paciente, se encuentra información de la anatomía y fisiología de la cadera, sobre el diagnóstico médico que es Displasia del Desarrollo de Cadera, se encontrará descrito el caso clínico, la valoración realizada de enfermería misma que se hizo de manera cefalocaudal, la valoración de las necesidades básicas encontradas alteradas en la paciente, se describen en este mismo los diagnósticos de enfermería encontrados en la paciente, después de haber sido valorada y las posibles intervenciones a realizar para mantener en equilibrio las necesidades del paciente con problemas del Sistema Neuromusculo-esquelético. Se realiza un Plan de Alta, con el fin de ayudar a su pronta recuperación, el cual incluye actividades y cuidados que el familiar y paciente mismo, tendrán que llevar a cabo en su domicilio. Se realiza una conclusión del trabajo. Se anexa la bibliografía utilizada, así como anexo.

2. OBJETIVO

Brindar al paciente con afecciones del sistema músculo esquelético, el cuidado enfermero basado en el método científico, para, identificar factores de riesgo, así como daños a la salud que predisponen a alteraciones en las 14 necesidades básicas de bienestar, de tal manera que permita aplicar un Proceso de Atención de Enfermería, para, describir los métodos diagnósticos y los procedimientos preventivos y terapéuticos aplicables en la situación que complican la realización de las actividades de la vida cotidiana del individuo y así prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a un paciente con alteración en el sistema músculo esquelético, para poder elaborar un Proceso de Atención de Enfermería.
- Realizar una valoración de enfermería, a través de la entrevista de manera directa o indirecta para poder obtener datos de nuestro paciente.
- Aplicar instrumentos de valoración de enfermería, pudiendo así identificar alteraciones en las 14 necesidades de bienestar, a demás de determinar el grado de dependencia e independencia del paciente, para poder brindar cuidados de enfermería con calidad y calidez.
- Dar solución en lo posible mediante intervenciones de enfermería, para cubrir y resolver las necesidades alteradas.
- Establecer planes de cuidados individuales para que la familia se involucre en la pronta recuperación del paciente.

4. JUSTIFICACIÓN

Las necesidades de salud del paciente, ya sea individuo mismo, la familia o la comunidad, surgen de la interacción entre el paciente y el entorno. Mismas que están influidas por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales. Las necesidades de salud disfuncionales pueden aparecer con la enfermedad, aunque también pueden conducir a ella.

Como profesional de la salud, se deben tener los conocimientos necesarios acerca de los padecimientos de salud que atañen a la población. Por ello hay que prepararse cada día más, mediante la actualización de información y manejo de la tecnología para proporcionar un cuidado integral al paciente, tanto en estado de salud como de enfermedad.

Se realiza un Proceso de Atención de Enfermería a una paciente preescolar con un diagnóstico médico de Displasia del Desarrollo de Cadera, la cual se encuentra hospitalizada en el servicio de Pediatría, ubicado en el 7º piso del Instituto Nacional de Rehabilitación y Ortopedia, con el fin de ser presentado ante un jurado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, con el objetivo de obtener el Título de Lic. En Enfermería y Obstetricia.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

5.1.1. Definición

Es un método sistemático y racional, basado en reglas y principios científicos durante la planeación y ejecución de los cuidados enfermeros, los cuales ayudarán a resolver problemas y satisfacer la atención de la salud y las necesidades de un individuo, familia o comunidad, así como la evaluación de los resultados obtenidos. Esta compuesto de cinco pasos sucesivos que se relacionan entre si, que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
1,2,3

5.1.2. Ventajas

La aplicación del PAE tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente:

- 1º- Permite dar cuidados integrales de forma individual y continúa asegurando la calidad de cuidados.
- 2º- El plan de cuidados está centrado en las respuestas humanas y no en tratar a la enfermedad.
- 3º- Fomenta el establecimiento de objetivos comunes.
- 4º- Estimula la participación del paciente en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud.

^{1,2,3} Nettina M. Sandra, "ENFERMERÍA PRÁCTICA DE LIPPINCOTT" Vol I, editorial, Mc Graw-Hill, 6ª edición., México 1998, pág. 5.
Kozier Bárbara, "ENFERMERÍA FUNDAMENTAL: conceptos, procesos y práctica", Tomo I, editorial, Mc Graw-Hill, 7ª edición, México 1990, pág. 112.
Rosales B. Susana, Reyes G. Eva, "FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA", editorial, Manual Moderno, 3ª edición, México 1999, pág. 199.

5º- Evita la reiteración de información del paciente a cada enfermero/a.

6º- Logra una continuidad de los cuidados.

Para la enfermera:

1º- Constituye un instrumento para evaluar continuamente la calidad del proceso.

2º- Permite realizar las actividades de forma eficaz, eficiente y dirigido a los objetivos planteados.

3º- Hace posible la investigación en enfermería.

4º- Facilita la comunicación entre profesionales de enfermería.

5º- Permite trabajar de forma ordenada y con los mismos criterios.

6º- Racionaliza el tiempo, el trabajo y los recursos.

7º- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución de los resultados.

8º- Coordina los esfuerzos de todo el equipo de enfermería.

9º- Previene de acciones legales.

5.1.3. Características

1. Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
2. Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
3. Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
4. Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
5. Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
6. Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

5.2. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

5.2.1. Valoración

Primera fase del proceso de atención de enfermería que es la más importante, ya que se sustenta en la información obtenida,⁴ la cual se basa en la recogida y organización de los datos que conciernen al enfermo, mismos que se obtienen de varias fuentes:⁵

- Fuente Primaria: paciente, familia, expediente clínico, exploración física.
- Fuente Secundaria: médico, informes de pruebas diagnósticas, historias médicas, registro de ingreso.

5.2.1.1. Tipos de datos a recoger

- Datos subjetivos: Son evidentes exclusivamente para el afectado y sólo este los describe y verifica (sentimientos, dolor), no se pueden medir y son propios del paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe.
- Datos objetivos: Suelen ser detectados por un observador o se pueden examinar por medio de los modelos establecidos, se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial, color de piel y el llanto).
- Datos históricos-antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

5.2.1.2. Métodos para obtener datos

5.2.1.2.1. Observación:

Es el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos mediante la observación que deberá realizar minuciosamente del estado de salud o enfermedad del paciente, así como el entorno físico o psicodinámico que lo rodea, que continua a través de la relación

⁴ Rosales, Op cit pág 202

⁵ Kozier, Op cit pág 112

enfermera-paciente. Las observaciones se deben organizar de forma que no se pierda nada importante. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La mayoría de las profesionales establecen una secuencia individual para constatar los hechos, por ejemplo:

- 1.-Signos clínicos.
- 2.-Estado de salud.
- 3.- Funcionamiento de material.
- 4.-Amenazas a la seguridad del paciente.
- 5.- El medio ambiente.
- 6.-La comunidad.

5.2.1.2.2. Entrevista clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Es una conversación que tiene un propósito determinado. Algunos de sus fines son: obtención de datos, evaluación de los cambios, enseñanza, identificación de los problemas, ayuda y asesoramiento en el tratamiento.

Existen dos tipos de entrevista:

- Entrevista formal: Consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente que no es la misma que la historia médica, ya que ésta considera la percepción por parte del paciente, de su enfermedad y su respuesta a ella.
- Entrevista informal: De la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados y con frecuencia este último expresa sus sentimientos y problemas.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades:

- 1.-Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

- 2.-Facilitar la relación enfermera/paciente.
- 3.-Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- 4.-Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

5.2.1.2.3. Exploración física:

Es otra fase de la recolección de datos, que nos conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta el paciente. Para obtener los datos, la exploración debe realizarse de cabeza a pies, ya sea por aparatos o sistemas. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: **Sordos:** aparecen cuando se percuten músculos o huesos. **Mates:** aparecen sobre el hígado y el bazo. **Hipersonoros:** aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y **Timpánicos:** se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

5.2.1.2.4. Técnicas de exploración física

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de **"cabeza a pies"**: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies, sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por **"sistemas y aparatos"**: Nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención, se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por **"patrones Funcionales de Salud"**: Permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas, la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

5.2.1.2.5. Organización de los datos

Es la segunda fase de la valoración y consiste en la jerarquización de los datos obtenidos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

5.2.1.2.6. Documentación y registro de la valoración

Es el tercer componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación en enfermería.
- Permite la formación pregrado y postgrado.

5.2.2. Diagnóstico

Es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención de la enfermera con el objeto de resolverlos o disminuirlos.⁶

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Si las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- **La dimensión dependiente** de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- **La dimensión interdependiente** de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las

⁶ Rosales, Op cit pág. 210.

enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

- **La dimensión independiente** de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes que son:

1.- Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

3.- Las características que definen el diagnóstico real son los **signos y síntomas** principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

4.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan en torno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

5.2.2.1 Tipos de diagnósticos

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son:

- **Real:** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Una descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

5.2.3. Planificación de los cuidados de enfermería

Una vez que se ha concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar un individuo, una familia y una comunidad, raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

5.2.3.1. Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

5.2.3.2. Objetivos de enfermería:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

5.2.3.3. Objetivos del cliente / paciente:

Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- **Deben ser alcanzables:** esto es, asequibles para conseguirlos.
- **Deben ser medibles:** así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- **Deben ser específicas** en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería:** esto es, determinar los objetivos de enfermería. Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar, qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los

objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- **Prescripciones enfermeras:** Son aquellas en que la enfermera puede prescribir de forma independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- **Prescripciones médicas:** Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

Tipo de actividades de enfermería:

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Características de las actuaciones de enfermería:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería encontradas en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería.
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

5.2.3.4. Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados. Y actuaciones de enfermería.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- **Los cuidados individualizados.**
- **La continuidad de los cuidados.**
- **La comunicación.**
- **La evaluación.**

5.2.3.5. Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- **Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.**
- **Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado),**

- **Ordenes de enfermería (actividades),**
- **Evaluación (informe de evolución).**

5.2.4. Ejecución

La ejecución es la aplicación real del plan de atención de enfermería. Este contribuye a un cuidado integral y progresivo ya que el plan considera los aspectos biosociales del paciente.⁷

Esta fase incluye subetapas que son:

1.- Validación del plan de atención: Cuando el personal de enfermería sin experiencia redacta un plan de atención, es recomendable que consulte con un colega con más experiencia, ya que de esto dependerá el éxito de la atención a su paciente.

2.-Fundamentación o razonamiento científico: La fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados. Además el fundamento se basa en teorías, modelos, esquemas y principios científicos.

3.- Brindar cuidado de enfermería: Una vez fundamentadas científicamente las acciones, deberá contar con un plan que estructura el cuidado que brindará al paciente. Es aquí cuando puede proceder a dar la atención planeada, sin embargo pueden presentarse situaciones que interfieran con la ejecución del mismo, por lo que se debe de estar alerta para hacer modificaciones pertinentes sin que se altere la atención del paciente.

5.2.5. Evaluación

La evaluación es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibió por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen.⁸

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

⁷ Rosales, Op cit pág. 215.

⁸ Rosales, Op cit pág. 217.

- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación tiene como propósito:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados, son:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

2.- Señales y Síntomas específicos:

- Observación directa.
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia.

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades):

- Observación directa durante la realización de la actividad.

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

5.3. Marco conceptual



5.3.1. Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, originaria de Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Virginia. Durante la primera guerra mundial, despertó su interés por la enfermería. En 1918 ingreso en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C. En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teachers Collage de la Universidad de Colombia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de la enfermería. En 1929 ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva Cork. En 1930 regresa al Teachers College como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948, en estos años reescribió la cuarta edición de Textbook of the Principies and Practice of Nursing, publicado en 1939. La quinta edición apareció en 1955 y contenía la propia definición de enfermería de Henderson, vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora tuvo relación con la Universidad de Yale en los primeros años de la década de 1950 y aportó una valiosa colaboración para la investigación de enfermería. En los años de 1959 a 1971 dirigió el proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad. Al mismo tiempo, en 1960, fue autora y coautora de otros trabajos, uno de ellos, su folleto Basic Principles of Nursing Care para el Internacional Council of Nurses, que fue traducido a más de 20 idiomas. En 1964, como fruto de la colaboración durante cinco años con Leo Simmons editó una encuesta nacional sobre la investigación en enfermería. En su obra The Nature of Nursing, editada en 1966, se describe su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería. Este libro fue impreso en 1991 por la Nacional League for Nursing. La sexta edición de The Principies and Practice of Nursing, publicado en 1978, elaborada por Henderson y Gladis Nite y editada por la primera. Este texto ha constituido parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería, traducido a más de 25 idiomas. En la década de los 80's permaneció en activo como asociada amerita de investigación en Cale. Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales y honoríficos y del primer premio Christian Reimann. También recibió el premio Mary Adelaida Nutting de la Nacional Laegue for Nursing de los Estados Unidos y fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres, y de la Royal Collage of Nursing de Inglaterra. En 1983, recibió el premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad. En la

convención de 1988 de la Americana Nurses Asociación (ANA), recibió una mención de honor por sus contribuciones de investigación, formación y profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.

Falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería fue conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería. Se convirtió en una leyenda viva, por lo que la biblioteca de enfermería internacional de Sigma Theta EAU fue bautizada con su nombre.⁹

“La señorita Virginia Avenle Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nightingale para el siglo XIX. Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial.” (Internet, 21 de marzo de 1996).

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería. En su curso de psicología, Stackpole tomó como base la declaración de Claude Bernard en la que afirma que para conservar la salud hay que mantener constante la linfa que rodea a la célula, a partir de esta idea, supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico. A partir de la teoría de Bernard adquirió un conocimiento sobre la medicina psicosomática y su relación con la enfermería. Describió su punto de vista con las siguientes palabras: “era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares”.¹⁰

No identifico las teorías exactas de Thorndike, solo indico que se refería a las necesidades básicas de los seres humanos. En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades de Maslow, así describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de *Principles and Practice of Nursing Care*, de 1978.

Henderson, incluye en su filosofía conceptos, definiciones y supuestos en cuanto a:

ENFERMERÍA: definición propia de ella 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, recuperación o una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos

⁹ Ann Marriner Tomey, Martha Ruile Alligood; “Modelos y Teorías en Enfermería”, editorial, Harcourt Brace, 4ta edición, España 1999, pág. 99-100.

¹⁰ Op cit pág. 101.

necesarios, haciéndolo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo mas rápidamente posible”.¹¹

SUPUESTOS:

- Una enfermera tienen como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Actúa como miembro de un equipo medico.
- Actúa al margen del medico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado la enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere.
- Debe tener conocimientos tanto de biología como de sociología.
- Puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería, abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

SALUD: Del término, no da una definición propia, pero en sus escritos compara la salud con la independencia. Interpretaba la salud como “la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería”.¹²

SUPUESTOS:

- La salud es la calidad de la vida.
- Es fundamental para el funcionamiento humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

ENTORNO: Tampoco da definición propia, acude al Webster’s New Collegiate Dictionary en el que se define como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.¹³

SUPUESTOS:

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.

¹¹ Opcit pág. 102.

¹² Marriner, Op cit pág. 102.

¹³ Marriner, Op cit pág. 102.

- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

PERSONA (paciente): pensaba en el paciente como un individuo que necesitaba asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a su familia como una unidad.¹⁴

SUPUESTOS:

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

NECESIDAD: En su obra no aparece una definición concreta, si bien se señalan 14 necesidades básicas del paciente que abarcan los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Y estas son las siguientes:¹⁵

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.

¹⁴ Marriner, Op cit pág. 102.

¹⁵ Marriner, Op cit pág. 102.

7. Mantener la temperatura del cuerpo 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 dañar a los demás.
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a 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.

5.3.2. Relación enfermera-paciente

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera- paciente, que van desde una relación muy dependiente a la práctica de independencia:

La enfermera como sustituta del paciente, en el momento de una enfermedad grave, ya que es sustituta de las carencias del paciente para ser completo, integro 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. Henderson afirmó que Independencia es un término relativo, nadie es independiente de los demás, pero nos esforzaremos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.

Como compañeros formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultural.

Las enfermeras deben de ser capaces 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 por la independencia o por una muerte tranquila. Una de las metas debe ser mantener la vida cotidiana del paciente lo mas normal posible, así como favorecer la salud.

5.3.3. Relación enfermera - médico

Henderson insistía que la enfermera tenía una función especial, diferente a la de los médicos, remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos.

5.3.4. La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas, esto quiere decir que ningún miembro del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda realizar dentro de sus funciones especializadas.

A medida de que cambian las necesidades del paciente, de igual manera puede cambiar la definición de enfermería. Henderson amplió su definición a los profesionales de enfermería, según sus propias palabras, “la enfermería no existe en un vacío. Debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando”.¹⁶

5.3.5. Método lógico

Henderson aplica una forma deductiva de razonamiento lógico en el desarrollo de su definición de enfermería. Dedujo esta definición y las 14 necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Los supuestos de su definición deben estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica.

5.3.6. Aceptación por la comunidad de la enfermería

5.3.6.1. Ejercicio profesional

La definición de Henderson en lo que se refiere al ejercicio profesional señala que si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el

¹⁶ Marriner, Op cit pág. 104.

mismo desde la dependencia a la independencia. La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando este no posee la voluntad, conciencia o fortaleza necesarias. La enfermera debe ponerse en el lugar del paciente, puede ayudar al paciente a avanzar hacia un estado de independencia por medio de la valoración, el plan y la evaluación de cada uno de los 14 componentes básicos de la asistencia en enfermería.

El método de Henderson para cuidar al paciente era deliberado y obliga a tomar decisiones, pensaba que día a día consistía en ir resolviendo los problemas algo no limitados sólo al ámbito de la enfermería.

En la fase de valoración, la enfermera deberá repasar en el paciente los 14 componentes de atención básica, uno a uno, para ello deberá observar, oler, sentir y escuchar, esta fase se completará mediante el análisis de los datos compilados, para lo que es necesario conocer lo que es normal y anormal en la salud y enfermedad.

Según Henderson, en la fase de la planeación supone trazar un plan que se ajuste a las necesidades del paciente, la actualización del mismo según se requiera, el uso del plan como registro y la confianza de que se adapta a la planificación prescrita por el médico.

Al aplicarse el plan, se ayudará al paciente a realizar sus actividades para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir de una forma tranquila. Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, equilibrio emocional, la capacidad física y mental del paciente.

5.3.6.2. Formación

La formación de una enfermera requiere una comprensión global de todos los seres humanos. Henderson declara que “para que una enfermera ejerza su profesión de forma experta y aproveche los métodos científicos para mejorar sus técnicas, necesita contar con un tipo de formación que sólo se imparte en las escuelas superiores y universidades”.¹⁷ Para Henderson “el valor de la educación deriva no sólo de la suma de conocimientos adquiridos sino también de la confianza personal desarrollada en el instituto de educación superior del entorno”, “la enfermería constituye una ocupación universal y una educación superior permite ejercerla mejor”.¹⁸

¹⁷ Marriner, Op cit pág. 106.

¹⁸ Marriner, Op cit pág. 106.

Henderson contempla tres fases en el plan de estudios dentro del aprendizaje de cualquier estudiante, las cuales giran en torno a la asistencia del paciente para llevar a cabo sus actividades cotidianas o cumplir una terapia hacia la meta final de la independencia:

- En la primera fase, hace hincapié en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de los cuidados y la función especializada de la enfermera para auxiliar al paciente en la realización de las tareas rutinarias cotidianas.
- En la segunda fase, se pone énfasis en la ayuda a los pacientes para satisfacer sus necesidades en caso de grandes trastornos corporales o estados patológicos que requieren la modificación del plan de cuidados de la enfermera.
- En la tercera fase, la formación se centra en el paciente y familiar.

5.3.6.3. Investigación

Según Henderson, “la enfermera debe adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que pueda basar sus experiencias”.¹⁹

En un estudio presentado por Henderson y Leo W. Simmons en 1964, resume varias razones de la falta de investigación en la enfermería clínica entre las que se incluyen:

1. Las principales energías dentro de la profesión se consumen en mejorar la preparación de las enfermeras.
2. Aprender a conseguir un número de enfermeras suficientes y mantenerlas para satisfacer la creciente demanda supone un gasto de energía considerable.
3. La necesidad de gestores y educadores ha agotado prácticamente la disponibilidad de enfermeras tituladas.
4. La falta de apoyo por parte de la administración, la gestión de enfermería y los médicos ha desanimado a los investigadores.

De cada uno de los 14 componentes de asistencia básica de enfermería surgen cuestiones relativas a la investigación, y la función de la enfermera deberá consistir en asumir la responsabilidad de identificar los problemas para validar de forma continua su función, mejorar los métodos que emplea y asegurar la eficacia de sus cuidados.

¹⁹ Marriner, Op cit pág. 107.

Henderson concluyó que “ningún oficio, ocupación o profesión en esta época se puede valorar o mejorar adecuadamente en la práctica sin investigación”.²⁰

5.3.7. Necesidades fundamentales de independencia

5.3.7.1. Alimentación

Comer y beber es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento. El ser humano tiene la necesidad de una cantidad adecuada de alimento que contengan los nutrientes indispensables para sobrevivir, como calorías, agua, proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. La cantidad y naturaleza de los nutrientes esta relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla del individuo: Una alimentación adecuada contiene los cuatro grupos de alimentos básicos. El aporte de líquidos es indispensable para la supervivencia, ya que los líquidos, principalmente el agua, mantienen el equilibrio electrolíticos la temperatura corporal, conserva la humedad de la piel y las mucosas, favorece la eliminación de los desechos metabólicos y es componente esencial de protoplasma celular.

El mantenimiento continuado de una ingesta adecuada, así como el aporte nutricional suficiente, es básico para que el ser humana pueda tener el aporte energético necesario para desarrollar las actividades de la vida cotidiana, sentirse vital y prevenir procesos de salud que pueden ser frecuentes en la población.

GRUPOS DE ALIMENTOS

Leche y lácteos	Carne y sustitutos	Frutas y legumbres	Pan y cereales
2porciones por día. Leche, yogurt, quesos, sopa de leche.	2porciones por día. Res, ternera, puerco, tocino, aves, pescado, huevo, manteca.	4-5 porciones por día Manzana, naranja, melón, uva, calabaza, zanahoria, espinacas, nabos, papa, etc.	3+5 porciones por día, pan, cereales integrales, arroz, avena, trigo, centeno, pan de frutos.

Fuente: GROANDIN, L. P.

²⁰ Marriner, Op cit pág. 107.

5.3.7.2. Eliminación

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y heces fecales, por transpiración y la espiración pulmonar.

El mantenimiento de la composición del medio interno (líquido extracelular) de forma continua, se efectúa por el proceso de homeostasis. Todo cambio en el volumen extracelular conlleva modificaciones en la composición líquida de la célula: es esencial que el medio interno tenga una composición constante. Este mantenimiento continuo se debe a los pulmones, que controlan el CO₂ y el O₂, y a los riñones, que mantienen la composición química de los líquidos del organismo a un nivel normal. Los riñones son los órganos principales de la homeostasis, pues mantienen el equilibrio hídrico, electrolítico y ácido básico del medio interno y dejan la sangre libre de desechos producidos por el metabolismo de cuerpos nitrogenados y de sustancias tóxicas para el organismo. La piel completa la eliminación renal por su rol de excreción, eliminando desechos como urea y agua. El organismo debe también eliminar desechos de digestión. El quimo intestinal, cuando llega al intestino grueso, contiene sustancias indigestas como las fibras celulósicas de las legumbres, células intestinales y pigmentos biliares. Las sustancias útiles al organismo, son absorbidas por osmosis; solo quedan los residuos, que sufren la acción de las bacterias antes de ser eliminadas al exterior.

Eliminación	Neonato	Niño	Adulto	Persona mayor
Orina				
Coloración	Paja, ámbar,	Transparente		
Olor	Aromática débil			
pH	4.5 a 7.5	Ligeramente	Acida	
Densidad	1.010 a 1.025			
Cantidad	30-500 ml/día	500-1200	1200-	
Frecuencia	Micciones frecuentes	M ³ /DIA 4-5 veces/día	1400ml/día 5-6 veces/día	1200- 1400ml 6-8 veces
Heces:				
Coloración	Meconio los primeros días, seguidamente amarilla.	Marrón		
Olor	Difiere de	Una persona	a otra	

Consistencia Frecuencia	Blanda y 1-2 veces/día	Formada 1 vez por día o por 2 días
----------------------------	---------------------------	--

Fuente: GROANDIN, L. P.

5.3.7.3. Moverse y mantener una buena postura

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad de todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y actividades físicas.

La movilidad o una postura dinámica, depende de la coordinación de las actividades de los huesos, de los músculos y de los nervios. Los huesos actúan como palanca y proporcionan los puntos de apoyo de los ligamentos y de los músculos. Estos deben contraerse para producir un movimiento. Los nervios conducen los impulsos del sistema nervioso central a los músculos y estos devuelven los impulsos de los receptores sensoriales al sistema nervioso central. La habilidad que posee el individuo para moverse libremente le permite evaluar su estado de salud y su forma física. La actividad motriz es además un medio de eliminar sus emociones, particularmente en el niño. Este, a menudo expresa su cólera o frustración gritando, gesticulando o escapándose, más tarde aprende a sublimarlos por ejercicios vigorosos. El adulto ha aprendido a controlar sus emociones y a menudo las elimina por el movimiento o los ejercicios físicos que tienen un efecto benéfico para su organismo, ya que favorece la oxigenación celular.

Puntos de referencia para la observación de las manifestaciones de independencia.

Postura adecuada		
De pie	Sentado	Acostado
Cabeza recta sin flexionar	Cabeza recta	Dorsal
Espalda recta	Espalda recta y apoyada	Lateral
Brazos a los lados	Brazos apoyados	Ventral
Caderas y piernas derechas	Muslos en posición horizontal	
Pies en ángulo recto con las piernas	Pies en suelo o sobre un taburete	

Movimientos

Tipos	Ejercicios	Características	Ejecución	Actividad
Abducción Aducción Eversión Extensión Hiperextensión Inversión Rotación Supinación	Activos Pasivos Isométricos De resistencia	Coordinados Armoniosos Completos	Levantarse, caminar, inclinarse, sentarse, acostarse, correr, agacharse, arrodillarse, levantar peso, estirarse, coger objetos, alcanzar objetos.	Formas violentas moderadas frecuencia duración.

Fuente: GROANDIN, L. P.

5.3.7.4. Actividades recreativas

Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

El desarrollo físico del niño está favorecido por el juego que ocupa gran parte de su tiempo. El tiempo concedido a los juegos y a la diversidad de actividades recreativas se modifican en la edad escolar y durante la adolescencia. La madurez física permite al adulto escoger las actividades recreativas que le gusta realizar en sus periodos de ocio. La disminución de la agilidad de las personas mayores puede limitar la elección y duración de las actividades recreativas. Las actividades recreativas que piden un gran esfuerzo físico están relacionadas a la constitución y a las capacidades físicas de cada individuo.

Puntos de referencia para obtención de las manifestaciones de independencia.

Edad	Actividades recreativas	Efectos de las actividades recreativas
Niño	Juego: Comportamientos lúdicos relacionados a su estado de desarrollo	Placer: Sonrisas Risas Gritos de alegría Jugueteos
Adolescente	Practica de un deporte Pasatiempos: Lectura Música	Placer: Risas Sonrisas Gritos de alegría

Adulto y persona anciana	Arte Ocio: Tipo de actividades (deporte, lectura, etc.) Tiempo dedicado a actividades recreativas	Llanto Tranquilidad: Relajación muscular Ambiente calmado sereno Placer y tranquilidad
--------------------------	--	--

Fuente: GROANDIN, L. P.

5.3.7.5. Higiene y protección de la piel

La higiene personal es uno de los actos más íntimos que una persona puede realizar consigo mismo. La higiene se ocupa del establecimiento y preservación del bienestar, mediante cuidado personal. La piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participa en la eliminación de residuos, refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite las sensaciones térmicas, de tacto, de presión y de dolor. Para cumplir estas funciones, la piel debe de estar limpia, aseada y cuidada. La piel se prolonga a través de las mucosas que protegen los orificios, tiene la función de absorber ciertas sustancias como cremas hidratantes. El organismo posee faneras que estando limpias y cuidados, participan en la protección del organismo contra la penetración de sustancias perjudiciales o nocivas.

Procurarse una piel íntegra, sana, limpia y cuidada, es imprescindible para protegerse de las agresiones del medio.

Baño: Es una parte importante de la higiene, ya sea con tina, regadera o esponja. Tiene como objetivo:

- Limpiar la piel y proporcionar una sensación de frescura.
- Estimular la circulación, como resultado de la fricción causada por el lavado y secado de la piel.
- Actúa como tonificante muscular y acondicionamiento corporal.
- Contribuye a enriquecer el ánimo e imagen propios.
- Reafirmar músculos lastimados gracias al agua caliente. Pueden añadirse medicamentos al agua a fin de tratar ciertas condiciones de la piel, como resequead o comezón.

Limpieza perineal: no debe omitirse el cuidado de tales áreas, ya que pueden acumularse bacterias y secreciones que ocasionan a su vez olores desagradables y hasta infecciones.

Aseo bucal: la acumulación de alimentos, puede formar una película que se adhiere a los dientes y provoca, olor desagradable, ulceraciones, infección en el interior de la boca. La mayoría de las personas disfrutan de los efectos estéticos que resultan de un cuidado y limpieza eficaz de boca y dientes. Una higiene bucal adecuada y la prevención de enfermedades dentales mejoran la imagen que la persona tiene de si misma.

Aseo de las fosas nasales: sonarse suavemente, manteniendo abiertas ambas fosas. El sonarse con las fosas cerradas tiene el riesgo de forzar el ingreso de secreciones a la trompa de Eustaquio, que se acumulan al exterior de la nariz.

Limpieza de las uñas y, manos: las uñas son las estructuras de la piel, se componen de células de queratina, son planas y duras. Para mantenerlas limpias se debe realizar lo siguiente:

- Arreglarse las uñas con lima, tijeras o cortaúñas.
- Limpiar las áreas bajo de las mismas con un instrumento plano.
- Lubricar las manos con crema o loción para evitar resequedad y cuarteadoras.

Lavado de cabello: Casi todas las partes del cuerpo experimentan el crecimiento del pelo. La transpiración el y cebo pueden impregnarse en el cabello y opacarlo, en la medida en que el cuerpo intenta compensar la perdida de calor. El cabello esta sujeto a ensuciarse y engrasarse en la misma medida que la piel, por lo que deberá lavarse con la frecuencia necesaria a fin de mantenerlo limpio y brillante.

5.3.7.6. Evitar peligros

Evitar peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica. Los individuos, a lo largo de su vida, están continuamente amenazados por estímulos que provienen de su entorno físico y social, estas agresiones pueden provenir de agentes físicos, químicos o microbianos como también de aquellas que provienen de otros seres humanos. Para defenderse posee numerosos medio naturales como la piel, los pelos y secreciones que impiden la penetración de agentes externos en el organismo. Pero para protegerse mejor, añade a sus medias medidas preventivas para mantener su integridad biológica, psicológica y social.

La habilidad que tenga el individuo de protegerse dependerá de su edad. El niño adquiere ele sentido del peligro a medida que se va desarrollando mentalmente, y desarrolla poco a poco la autoprotección. El adulto es consiente del peligro y toma medidas para su protección. La persona mayor siente a menudo una disminución de ciertas funciones debido al proceso de envejecimiento, y como consecuencia debe tomar medidas particulares de autoprotección.

Los individuos poseen mecanismos de defensa inherentes y otros que adquieren debido a situaciones vividas, tales como la formación de anticuerpos al aplicárseles una vacuna. Estos mecanismos permiten al ser humano a estar protegido contra agresiones a su integridad.

Las emociones y la ansiedad pueden provocar en el individuo la utilización de mecanismos de defensa que le permitan conservar su integridad frente a agresiones de orden psicológico.

Un cierto estado de estrés puede influenciar la adaptación del individuo a diferentes formas de agresión, estimulando sus mecanismos de defensa.

Un entorno sano es esencial para que los individuos puedan vivir sin peligro.

Según las exigencias de su trabajo, los individuos deben utilizar medidas de protección contra todos los peligros existentes, para ello los empresarios deben procurar un medio y unas condiciones de trabajo que permitan la satisfacción de las necesidades de sus empleados.

Las medidas de protección contra los peligros varían según la cultura. Están relacionadas con la tradición y con los medios socioeconómicos de una sociedad.

5.4. Anatomía y Fisiopatología

5.4.1. Anatomía de la cadera

La cadera es una articulación formada por la cabeza del fémur, que es el hueso del muslo y el acetábulo o coxal, los músculos y ligamentos que rodean dichas estructuras. El coxal está formado por tres huesos: ilion, isquion y pubis, los cuales convergen para formar la cavidad acetabular que se sitúa centralmente al ilion. La cabeza femoral se articula en el acetábulo. El contacto entre las superficies articulares debe ser uniforme y homogéneo. El ligamento redondo y la cápsula articular mantienen la cabeza femoral en íntimo contacto con la cavidad acetabular.²¹ La cintura pélvica tiene dos huesos coxales unidos uno con otro anteriormente en la articulación llamada sínfisis del pubis, y en el plano posterior, con el sacro, en las articulaciones sacro ilíacas, en lo funcional proporciona sostén a la columna vertebral y a las vísceras pélvicas, también recibe los huesos de las extremidades inferiores y los une al esqueleto axial.²²

²¹ Yoshiko H. H. Bertha, "CIENCIAS DE LA SALUD", editorial, Mc Graw-Hill, 3º edición, México 2000, pág. 95-96.

²² Tortora, G.J., Grabowski, S.R. "PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISILOGIA", editorial, Oxford, 9ª edición, México 2001, pág. 229

5.4.1.1. Ilión

Es el más grande de los tres componentes del hueso coxal, se divide en ala superior y cuerpo inferior, el cual participa en la formación del acetábulo, la concavidad ósea que aloja la cabeza del fémur. Su borde superior, la cresta iliaca, termina en la espina iliaca anterior y superior roma, debajo de la cual se encuentra la espina iliaca anterior e inferior, terminando en la espina iliaca posterosuperior, bajo la cual se encuentra la espina iliaca posteroinferior. Todas ellas sirven como punto de adhesión de los tendones de los músculos del tronco, la cadera y los muslos. Debajo de la última, se localiza la escotadura ciática mayor que atraviesa el nervio ciático, el de mayor calibre en el cuerpo. La cara interna del ilion contiene la fosa iliaca interna, concavidad en la cual se inserta el tendón del músculo iliaco. En sentido posterior se encuentra la tuberosidad, un punto que sirve de unión para el ligamento sacro iliaco, y la carilla auricular donde se acopla el sacro, que se empalma con el hueso a que hace referencia su nombre en la articulación sacro iliaca. Tiene tres curvas de su cara externa denominadas líneas semicirculares posterior, media e inferior, donde se insertan tendones de los músculos glúteos.²³

5.4.1.2. Isquion

Porción inferior y posterior del hueso coxal, se compone de cuerpo superior y rama inferior, que se une con el pubis, El isquion contiene la prominente espina ciática, la escotadura ciática menor en plano inferior a la espina y la tuberosidad del isquion, rugosa y engrosada. La rama del isquion y el pubis en conjunto, rodean al agujero obturador, el más grande de esqueleto, recibe tal nombre porque lo cierra casi por completo la membrana obturatriz, pese a que nervios y vasos sanguíneos tiene trayecto en él.²⁴

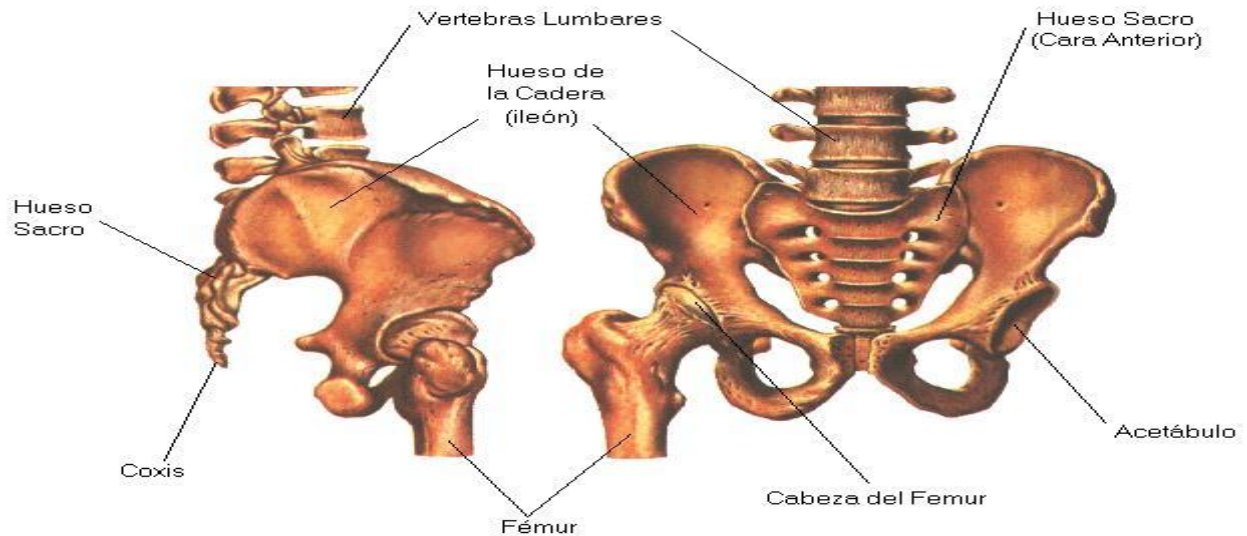
5.4.1.3. Pubis

Porción inferior anterior del hueso coxal se compone de rama inferior y superior, y un cuerpo situado entre las ramas que contribuyen a la formación de la sínfisis del pubis. El borde anterior cuerpo llamado cresta púbica, y su extremo externo, prominencia llamada espina del pubis, la cual es el inicio de una línea llamada línea iliopectinea que se extiende en dirección superior y externa por la rama superior hasta fusionarse con la línea arqueada del ilion.

²³Tortora, Op cit pág. 230

²⁴Tortora, Op cit pág. 230-231.

Compuesta de un disco fibrocartilaginoso, es la articulación que une los dos huesos coxales. El arco púbico es el resultado de la convergencia de la rama inferior de los dos pubis. El acetábulo es la cavidad profunda integrada por el ilion, isquion y pubis, en la cual se aloja la cabeza esférica del fémur. Conjuntamente, acetábulo y cabeza femoral dan origen a la articulación de la cadera. En su porción inferior del acetábulo, se encuentra la escotadura acetabular. Constituye un orificio por el que cruzan vasos nutrientes y nervios hacia la articulación, así también es punto de inserción para ligamentos femorales.²⁵



5.4.1.4. Irrigación sanguínea

La irrigación sanguínea extracapsular del fémur proximal deriva de las arterias circunflejas medial y lateral, las cuales se anastomosan para formar un anillo alrededor de la base del cuello del fémur, del que parte una red capilar perística significativa que rodea la cara inferior de la región del cuello, además de la porción diafisitaria del fémur proximal. Las caras mediales, posterior y lateral del anillo se continúan en la arteria circunfleja femoral medial, mientras que la arteria circunfleja lateral forma la cara anterior del anillo..

La arteria circunfleja femoral medial corre por la parte posterior, entre los músculos del iliopsoas y pectíneos, y luego entre los músculos de la capsula medial y el obturador externo. Las ramas brindan sostén vascular a la cara medial inferior del cuello, entre la inserción capsular infero medial y el trocánter menor: Una rama pequeña corre a lo largo de la inserción capsular anterior. La porción principal de

²⁵ Tortora, Op cit pág. 231.

la arteria circunfleja medial atraviesa el nudo intertrocantèrico posterior como arteria intraepifisiaria y por ultimo cruza hacia la cara antero posterior de la cavidad intertrocantèrica , donde se anastomosa con las ramificaciones terminales de la arteria circunfleja lateral.

La arteria circunfleja lateral incrementa su predominio en la irrigación sanguínea de la metafisis intracapsular en desarrollo. A medida de que la superficie articular y la epífisis subyacente se superpone de manera gradual a la metafisis anterior e inferior quedan cada vez menos zonas en las que pueden penetrar los vasos anteriores. Hacia los 3-5 años, las ramas anteriores solo irrigan la metafisis, mientras que las ramas circunflejas mediales ubicadas en la parte posterior. Adoptan el papel principal de sostén vascular de la epífisis de la cabeza del fémur durante su desarrollo.

La arteria medial establece dos circulaciones posteriores importantes, la inferior posterior que se origina en la arteria circunfleja medial cerca del trocánter menor, penetra en la capsula de la cadera y corre a lo largo del cuello femoral inferior. Sistema posterosuperior, que atraviesa la cápsula de la cadera y corre a lo largo de la región superior del cuello femoral, compuesto por dos o mas arterias.

Las arterias ascendentes se anastomosan para formar un anillo subsinovial en, la superficie del cuello del fémur, con el margen del cartílago articular. La arteria posteroinferior, corre en una reflexión retinacular mucho más móvil, y emite ramificaciones mínimas hacia la epífisis y metafisis subyacentes, pero nunca atraviesa la placa de crecimiento en forma directa.²⁶

²⁶ Fitzgerald H. Robert, Kaufer H., etal, "ORTOPEDIA", Tomo 1, editorial, Panamericana, 2º edición, México 2004 pàg.

5.5. Displasia del desarrollo de cadera

5.5.1. Definición

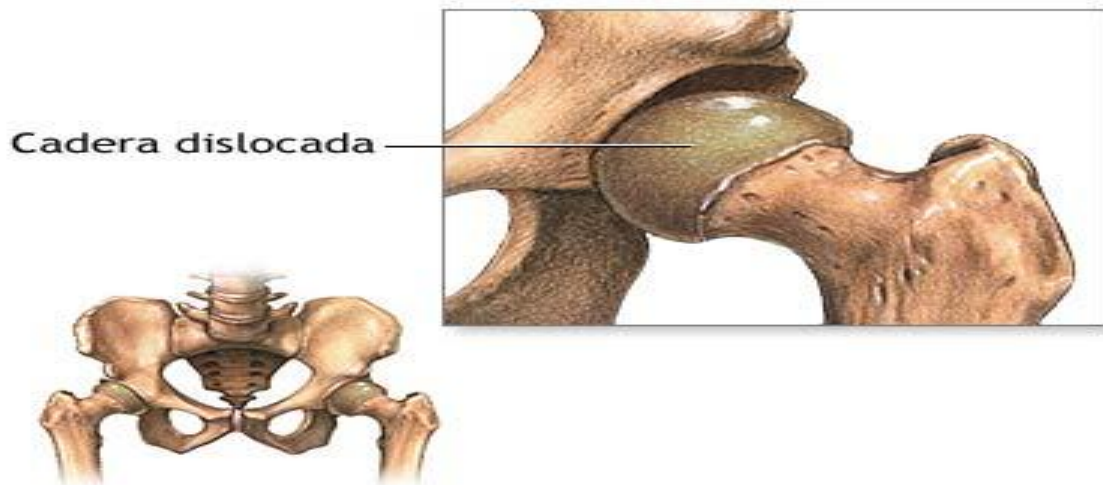
Displasia (del griego *dys*, que significa mal, y *plássein*, modelar) es un término que hace referencia a la presencia de un amplio espectro de anomalías en la conformación de la articulación, es decir, la falta de congruencia entre las dos superficies articulares, que es la porción proximal del fémur, el acetábulo o ambos, presentes desde edad temprana y que van desde formas muy leves sólo detectables a los rayos X, hasta su anomalía más severa, la luxación, que es la salida de la cabeza femoral del acetábulo

El antiguo término de "luxación congénita de la cadera", tan ampliamente difundido y arraigado, ha venido siendo reemplazado por una descripción más adecuada mediante las palabras Displasia del Desarrollo de la Cadera, identificado en inglés con las siglas D.D.H. como consecuencia de numerosos factores que afectan el crecimiento.²⁷

En la luxación del desarrollo no hay contacto entre las superficies articulares de la cabeza del fémur y el acetábulo. En una cadera luxable, la cabeza del fémur descansa en una posición de contacto total o parcial con la superficie articular del acetábulo, pero se puede ubicar de manera que se pierda todo contacto. En la subluxación del desarrollo se mantiene el contacto parcial entre las superficies articulares, pero la cabeza del fémur no está centrada en la superficie del acetábulo.²⁸

²⁷ Fitzgerald, Op cit pág. 1565

²⁸ Fitzgerald, Op cit pág. 1566



ADAM.

5.5.2. Incidencia

La displasia de cadera es un trastorno congénito (presente al nacer) de la articulación de la cadera. Se produce en 1 de cada 1.000 nacidos vivos.²⁹ Es seis veces más frecuente en mujeres que en varones. La cadera izquierda es la más frecuentemente comprometida en un 60% y la implicación bilateral en un 20% es más común que la aislada en la cadera derecha en un 20%. Se describen varios factores de riesgo que deben hacer sospechar la patología: la presentación podálica al nacimiento en un 16%, incrementa la posibilidad de alteración al igual que ser el primer producto de un embarazo; el riesgo de la influencia genética es reportado en varias publicaciones con una incidencia de 70% si hay historia familiar. La asociación con otras anomalías músculo esqueléticas como la tortícolis congénita el 8-20%, plagiocefalia, metatarso varo, pie calcáneo valgo es bien conocida. Luxación y displasia, dos comunes problemas de la cadera en el niño, son condiciones de tratamiento relativamente sencillo y resultados favorables cuando se detectan temprano.^{30,31}

5.5.3. Etiología

Se trata de un trastorno multifactorial.

Además los factores etiológicos se pueden clasificar como:

²⁹ <http://www.encolombia.com>

^{30,31} Fitzgerald, Op cit pág. 1566
<http://www.saludhoy.com.mx>

- Prenatales: todos los relacionados con la postura (presentación, primiparidad, embarazo múltiple)
- Postnatales o del entorno: incluyen la postura postnatal y las influencias climáticas.
- Algunos factores actuarían tanto pre como postnatalmente, como por ejemplo la laxitud, que a su vez se puede considerar como un factor genético.

5.5.3.1. Factores inestabilizadores

- Factores genéticos: la laxitud ligamentosa familiar. Otra teoría es la de las diferencias morfológicas en las diversas familias, las cuales condicionarían las diversas deformidades posturales.
- Factores hormonales: respuesta a las hormonas maternas que inducen laxitud ligamentosa.
- Laxitud ligamentosa: se relaciona con la laxitud ligamentosa familiar. Sin embargo, es infrecuente en enfermedades como el Ehlers-Danlos, el Marfan, o la trisomía 21. En niñas suele haber un incremento a la respuesta a los estrógenos maternos, y en los niños un patrón de hiperlaxitud familiar.

5.5.3.2. Factores desencadenantes

- Posición intrauterina: con un mayor riesgo por presentación podálica completa (0.7%), o podálica incompletas (2%), y sobre todo en presentación podálica con extensión de rodillas (20%). Otros factores relacionados con la posición intrauterina son el oligohidramnios, las deformidades de los pies (*metatarsus adductus*), y la primiparidad (primo gestación).
- Es frecuente encontrar que presentan displasia o luxación de caderas algunos niños con otras alteraciones de los miembros inferiores como el pie chapín, que es una deformidad congénita de los pies, o aquellos que tienen una excesiva flexibilidad de los ligamentos.

Todo niño con factores de riesgo o con un examen físico anormal debe ser sometido a las pruebas diagnósticas confirmatorias para descartar la presencia de displasia.^{32,33}

^{32,33} Nettina Op cit pág. 1346-1347
<http://www.saludhoy.com.mx>

5.5.4. Fisiopatología

El acetábulo tiende a ser superficial y extremadamente oblicuo. La cabeza del fémur tiende a ser de menor tamaño de lo normal. El centro de osificación aparece con retraso. Displasia: acetábulo superficial con inclinación del techo acetabular hacia arriba. Subluxación: la superficie acetabular de la cabeza femoral esta en contacto con una superficie acetabular displásica y superficial, y la cabeza se desliza lateralmente y hacia arriba. Luxación; el cartílago articular de una cabeza completamente desplazada no hace contacto con el cartílago articular del acetabulo.³⁴

5.5.5. Clasificación

La displasia congénita de cadera puede presentarse de dos formas: que ya exista al nacer, o que al nacer existan las condiciones para que posteriormente aparezca.

Putti las divide en embrionarias que equivalen a las antropológicas y fetales que equivalen a las teratológicas:

- Displásicas antropológicas. Tienen carácter hereditario y fundamentalmente se dan en niñas. En una proporción de 7:1. En el nacimiento, la cadera no está luxada pero se luxa inmediatamente. En una radiografía antero-posterior se diferencia muy poco de la cadera normal y si acaso en el tamaño. Si el diagnóstico es precoz, tendrá tratamiento satisfactorio.
- Displásicas teratológicas. El niño nace con la cadera ya luxada. Esta situación está íntimamente ligada a algo que ha sucedido en el período embrionario. Son niños con malformaciones congénitas asociadas: pie zambo, estrabismo, miembros inferiores displásicos, etc. Su frecuencia es igual en varones que en, mujeres.

Hase por su parte las divide en dos. Luxación típica (frecuencia máxima). Luxación atípica, que corresponde a las teratológicas y a otro grupo de luxaciones como la luxación de la mielo displasia.

La displasia o la alteración de la cadera en el desarrollo pueden presentar diversos grados de severidad al nacimiento, por lo que se utilizan varios términos para definirlos.

³⁴ Nettina Op cit pág.1347

5.5.5.1. Cadera inestable, inmadura o simple

5.5.5.1.1. Grado 1 de displasia

Es aquella cadera, aparentemente normal, pero que por la laxitud de sus estructuras puede pasivamente luxarse. En general, la cadera que se ha luxado por estas circunstancias se reduce luego en forma espontánea. Los estudios radiográficos en esta variedad no demuestran signos de anormalidad. La ultrasonografía, especialmente la dinámica, puede demostrar los signos de inestabilidad.

5.5.5.1.2. Subluxación, grado 2

La pérdida parcial de las relaciones articulares de la cadera. Se acompaña de laxitud de las partes blandas, el fibrocartilago acetabular, que prolonga el reborde del cotilo, se encuentra rechazado hacia afuera y arriba. La radiografía muestra lateralización del extremo proximal del fémur acompañado a veces de ascenso de este hueso. La sonografía, tanto la estática como dinámica puede ser muy demostrativa.

5.5.5.1.3. Luxación, grado 3

Es la pérdida completa de las relaciones articulares de la cadera. El fémur se encuentra lateralizado y ascendido; el limbo acetabular aparece interpuesto entre la cabeza y la cavidad.

5.5.5.1.4. Displasia o luxación residual

Se denomina así la deformidad que no responde al tratamiento, y que persiste años después de su origen. Este tipo de displasia de ordinario va seguido, en la edad madura y senil, de una coxoartrosis.

5.5.5.1.5. Luxación embrionaria o teratológica

Es aquella malformación, detectable al nacimiento y que ha tenido lugar en el período embrionario de desarrollo.³⁵ Es debida a un trastorno del plasma germinal. Frecuentemente se acompaña de otras anomalías congénitas, por ejemplo, artrogriposis múltiple. Constituye el 2% de las caderas luxadas al nacimiento.³⁶

³⁵ <http://www.saludhoy.com.mx>

³⁶ <http://.enferorg.com.mx>

5.5.6. Manifestaciones clínicas

- Asimetría o despliegue glúteo o del muslo.
- Limitación de la abducción de la cadera.
- Longitud desigual de las extremidades inferiores.
- Signo de Ortolani y de Barlow positivos.
- Patrón anormal de marcha.
- Signo de Trendelenburg: inclinación hacia debajo de la pelvis del lado afectado.
- Dolor en el niño mayor.
- Después de los 3 meses de edad, hay una marcada asimetría en los ángulos y la rotación de las piernas y el acortamiento de la pierna afectada se hace evidente³⁷

Otros signos clínicos de mucha menor utilidad diagnóstica pero clásicamente descritos son:

1. Asimetría de pliegues: no valorable en las luxaciones bilaterales.
2. Limitación de la abducción: no valorable en las luxaciones bilaterales.
3. Disimetría: signos de Galleazzi o Ellis positivos: no valorable en las luxaciones bilaterales.
4. Signo del acetábulo vacío
5. Signo de Klisic: la línea que une el trocánter mayor y la espina iliaca antero superior no señala al ombligo sino por debajo del mismo
6. Telescopaje.

5.5.7. Diagnóstico

5.5.7.1. Historia clínica:

Es muy importante anticiparse al diagnóstico, y esto se logra mediante la detección de los

Factores de riesgo:

- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales:
 - Sexo femenino
 - Primo gestación/primiparidad

³⁷ Nettina, Op cit pág. 1347

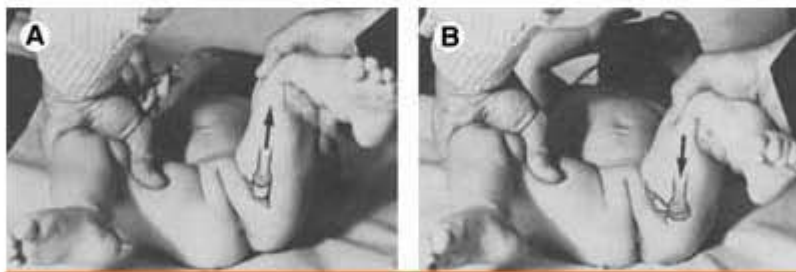
- Presentación de nalgas
- Oligohidramnios
- Gestación múltiple
- Desproporción pélvico-fetal (cesárea)
- Deformidades posturales:
 - Tortícolis
 - Malformaciones esqueléticas

5.5.7.2. Exploración física:

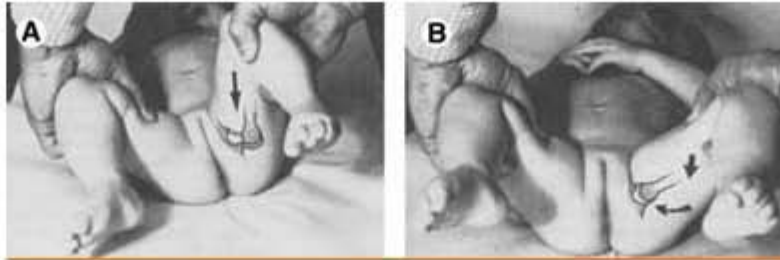
Los principales signos exploratorios son las maniobras de Ortolani y Barlow positivas produciendo un “Clunk” audible.

Estas maniobras se realizan en decúbito supino, 90° de flexión de cadera, y la pelvis fija con la mano contra lateral del explorador. La mano exploradora se sitúa con el pulgar sobre la cara interna y proximal del muslo, y el índice sobre el trocánter mayor.

- Barlow: Utilizada para detectar inestabilidad de la cadera, la cual se subluxa o se luxa con esta maniobra. Los dedos del examinador se colocan sobre los trocánteres mayores del niño, manteniendo las caderas y rodillas a 90° de flexión, y se aplica presión hacia atrás mientras se colocan las caderas en aducción. La cabeza femoral se siente que se desliza fuera del acetábulo en dirección posterolateral cuando la prueba es positiva.



- Ortolani: Este se presenta cuando la cadera esta luxada. La maniobra permite colocar a la cabeza femoral en su lugar con los dedos del examinador en los trocánteres mayores del niño, y con las caderas y rodillas en flexión a 90°. A continuación las caderas se colocan en abducción mientras se aplica presión hacia arriba sobre el trocánter mayor.



5.5.7.3. Exámenes de gabinete

5.5.7.3.1. Ecografía

Actualmente es la técnica diagnóstica de elección. Sus principales ventajas son que es una técnica no invasiva, que ha demostrado ser el método mejor y más seguro, válido para cualquier edad: permite el diagnóstico prenatal, postnatal, y la monitorización del seguimiento. Se identifican las estructuras cartilaginosas de la cadera antes de su osificación, y permite medir la cobertura de la cabeza femoral. Su sensibilidad es superior a la de la exploración física, de tal manera que se practica ante la presencia de factores de riesgo aunque la exploración física sea normal.

Indicaciones:

Sus principales indicaciones son la confirmación de la sospecha clínica, y la valoración del paciente con factores de riesgo y una exploración física normal.

Técnica:

Se procede a través de dos abordajes: transtrocantéreo o lateral, y anterior o inguinal.

Se practican 2 métodos diferentes de estudio:

- Estático: por debajo de las 6 semanas de edad el acetábulo cubre aproximadamente el 50% de la cabeza femoral y dicho porcentaje se incrementa progresivamente; a los 3 meses la cobertura es de 2/3 de la cabeza con el acetábulo horizontal.

Cadera patológica: dicho diagnóstico se lleva a cabo valorando 3 parámetros:

- Techo cartilaginoso del acetábulo
- Morfología y orientación del labrum
- Posición de la epífisis y de la metafisis femorales.

En función de los mismos se realiza el diagnóstico de cadera displásica, subluxada o luxada.

- Dinámico: es especialmente útil para la monitorización de caderas antes del mes de edad con factores de riesgo, y para la monitorización del tratamiento.

5.5.7.3.2. Radiología convencional:

Se evalúa una radiografía AP de pelvis con 20-30° de flexión de caderas o bien una proyección de Von Rosen: con caderas en abducción de 45° y máxima rotación interna para detectar la luxación. La evaluación es mucho más sencilla tras la aparición del núcleo de osificación femoral, siendo muy difícil en la etapa previa.

Actualmente no nos resultará útil en el diagnóstico de la “displasia de cadera del desarrollo”, sin embargo, es de gran utilidad para el estudio de la displasia a partir de los 9 meses de edad.

5.5.7.3.3. Artrografía

Actualmente tiene una utilidad limitada Sin embargo siguen vigentes ciertas indicaciones entre las que se encuentran:

- 1) Está indicada en la reducción cerrada, cuando es dificultosa para saber qué factores la impiden, y cuando persiste la inestabilidad, para estudiar las causas del fracaso.
- 2) Antes o después de una reducción cerrada.
- 3) Cuando existe discrepancia entre los ortopedas.
- 4) El síndrome de abducción limitada de cadera.
- 5) En caso de necrosis avascular, para establecer la congruencia y el grado de cobertura.

Se inyecta intra articularmente una pequeña cantidad de material de contraste (1-5ml) por una de las 3 vías posibles:

1. Anterior: la aguja se sitúa 1cm lateral a la arteria femoral a lo largo del ligamento I lioinguinal. Es el más utilizado.
2. Lateral: se introduce la aguja lateral a la punta del trocánter mayor y se mueve a lo largo del cuello hasta alcanzar la articulación.
3. Inferior: la aguja se introduce por debajo de los tendones aductores.

Se realiza el estudio dinámico con el que se reparte correctamente el contraste, se observan el recorrido articular y la estabilidad de la cadera con el intensificador de imágenes, y a continuación se practica el estudio estático que consiste en la toma de imágenes radiológicas convencionales en posiciones neutra, abducción-rotación neutra, y abducción-rotación interna, y posición de rana (abducción y flexión forzadas).

Las típicas estructuras que se observan son:

- Limbo o rodete cotiloideo: “Thorn-Sign” o signo de la espina de rosa.
- Pulvinar.
- Ligamento transversal acetabular.
- Cápsula articular.
- Superficies articulares.
- Ligamento orbicular.

Dentro de los criterios de normalidad de la artrografía se incluyen:

1. Cabeza femoral esférica excepto en la zona de la fovea.
2. Ligamento redondo no visualizable. Forma un defecto de 1-2 mm de espesor entre las superficies articulares.
3. Reborde superior externo del acetábulo estable. El limbo debe tener forma de thorn cortante.
4. Al menos la mitad de la cabeza debe estar cubierta por el acetábulo cartilaginoso.
5. Espesor del contraste en el fondo variable dependiendo de la posición de la cabeza, pero no superior a 4 mm.

5.5.7.3.4. Tac

Se utiliza como prueba diagnóstica tras la reducción de las caderas y colocación de yeso pelvipédico, y no precisa la sedación del paciente, cuando se sospecha de una subluxación posterior.

La TC tridimensional puede proporcionar datos destacados acerca de los problemas anatómicos de la displasia en los niños mayores.

5.5.8. Tratamiento

El objetivo del tratamiento será reestablecer lo más posible el alineamiento anatómico de la cadera. La metodología dependerá de la edad del niño a la presentación.

Tan pronto sea confirmado el diagnóstico de displasia o luxación de cadera debe iniciarse el tratamiento. Cuanto más temprano se inicie el manejo, mayores son las probabilidades de una respuesta favorable y una recuperación completa.

El tratamiento depende del momento en que se detecte el problema y de su gravedad.

En general niños con displasia de cadera son tratados inicialmente con aparatos o yesos que mantienen la cadera en una posición fija adecuada para la maduración de la articulación.

Si en los primeros años de la infancia se hace un posicionamiento con un dispositivo que permita mantener las piernas separadas y que giren hacia afuera (posición de pata de rana), usualmente se logra sostener la cabeza del fémur en el receptáculo. Si se presentan dificultades para mantener la posición apropiada, se puede colocar una férula fija que se cambia periódicamente para ajustarla al crecimiento del niño. El tratamiento de la cadera desplazada o inestable debe de ser precoz y su principal objetivo se basa en el principio de la reducción concéntrica en posición de abducción y flexión de cadera. Tomando en consideración el principio de Leveuf y Bertrand, de que la cabeza modela el acetábulo, los objetivos son los siguientes:

- Obtener una reducción concéntrica, suave y traumática.
- Confirmar y mantener mediante una posición de la cadera en flexión y abducción un centraje concéntrico entre la cabeza y el acetábulo que sea estable. Esta posición se mantendrá hasta que se corrija la laxitud de la cápsula articular, y si existe una displasia del acetábulo, se mantendrá una

posición estable hasta que se compruebe por radiografía o ecografía que se ha resuelto el problema.

- Que la estabilización de la cadera no impida su movilidad.
- El objetivo final del tratamiento es hacer de la cadera displásica una cadera normal anatómica y funcionalmente.

5.5.8.1. Entre los dos años y medio y los cuatro años

Generalmente la tracción, no es eficaz aunque se puede intentar durante dos semanas. En el caso de que fracase se procede la siguiente forma:

- Tenotomía de abductores y de psoas.
- Reducción abierta y osteotomía de Salter ya que es difícil que el acetábulo se remodela espontáneamente a esta edad, por un lado y por otro como factor de estabilización de la cabeza en reducción.
- Capsuloplastia.
- Osteotomía femoral varizante desrotatoria.
- Inmovilización con un yeso pelvipédico en neutro durante seis semanas.
- A los tres meses se retira el yeso.

Se recomienda combinar la reducción con una osteotomía pelviana o femoral, o ambas, porque la remodelación espontánea parece no corregir significativamente la displasia acetabular.

Las osteotomías femorales aisladas son útiles para el tratamiento de una displasia acetabular residual después de una reducción satisfactoria de la cadera sólo en los niños menores de cuatro años de edad. Entre los cuatro y los ocho años, la respuesta acetabular a la osteotomía femoral es variable. Por encima de los ocho años de edad no existe indicación para una osteotomía femoral aisladas como tratamiento de la displasia acetabular residual.

5.5.8.2. A partir de los cuatro años

Si se plantea una osteotomía varizante y desrotatoria debe hacerse antes de los cuatro años, debido a la capacidad limitada del acetábulo para remodelar después de esa edad. Después de los cuatro años las técnicas acetabulares son consideradas generalmente más eficaces que las femorales. Entre los cuatro y los ocho años, la respuesta acetabular a la osteotomía femoral es variable. En general el procedimiento de elección que es la osteotomía pelviana (tipo Salter o Pemberton) para resolver la displasia acetabular residual en el tratamiento de la

displasia del desarrollo de la cadera. Los niños con un acetábulo muy aumentado de tamaño pueden beneficiarse de una osteotomía que reduzca la capacidad de acetábulo, a la vez que horizontal el techo superior del mismo (acetábulo plastia de Pemberton). En caso de displasias asintomáticas con cambios degenerativos en adolescentes y adultos jóvenes el tratamiento es controvertido. En los casos sintomáticos se puede recurrir a técnicas de reconstrucción con reorientaciones acetabulares, combinada, en ocasiones, con osteotomía femoral. Si la reorientación compleja de la cadera es imposible para conseguir una cadera estable concéntricamente se puede intentar una técnica de recuperación, como la osteotomía de Chiari o la tectoplasia acetabular de Staheli. La posterior necrosis, si produce colapso y subluxación residual debe tratarse mediante el uso continuo de una ortesis de abducción u osteotomía pelviana. La disimetría se puede tratar mediante epifisiodesis femoral contra lateral a la edad oportuna obligatorio el seguimiento de todas las caderas tratadas hasta que el niño alcance la madurez esquelética. Existe el riesgo de que durante la adolescencia se deteriore el proceso de curación por el frenado tardío del crecimiento acetabular o femoral proximal y sobre todo por el fracaso del desarrollo de la epífisis acetabular lateral y por el cierre asimétrico de la placa epifisaria del fémur proximal.

El resultado final de abandonar el tratamiento o del no tratamiento es la artrosis de la cadera, lo cual les produce dolor y claudicación. Estas personas deben ser sometidas en ocasiones a múltiples intervenciones cuyos resultados no son en general tan buenos como los del tratamiento temprano en el niño.

La duración del tratamiento es en general difícil de predecir, pero depende en buena medida de la severidad del problema y del grado de colaboración de los padres ante las indicaciones del ortopedista. Los niños con diagnóstico de displasia o luxación de cadera deben seguir en controles periódicos con su ortopedista tratante hasta casi el término del crecimiento o aún después si se considera necesario por la presencia de alguna alteración persistente.^{38,39,40}

5.5.8.3. Historia natural sin tratamiento

Las luxaciones completas que permanecen sin tratamiento no originan dolor hasta que se producen cambios degenerativos entre la superficie femoral y el falso acetábulo. Puede ocurrir en la vida media, aunque en algunos pacientes tienen una vida normal sin dolor discapacitante, la marcha de Trendelenburg y la diferencia de la longitud de las extremidades siempre persisten. La reconstrucción

^{38,39,40} Fitzgerald H. Robert, Kaufer H., et al, "ORTOPEDIA", Tomo 1, ed. Panamericana, 2ª edición, México 2004.
Nettina Op cit 1347
<http://WWW.saludhoy.com.mx>

en los adultos exige el aumento con injerto óseo acetabular, el acortamiento femoral y componentes pequeños hechos de medida.

La subluxación se acentúa con el crecimiento, y conduce a una displasia persistente, que a su vez estimula una subluxación creciente. En la adolescencia la capsula fibrotica de la cadera limitan por lo común la migración de la cabeza femoral.

La displasia puede empeorar o resolverse según la estabilidad de la articulación. Si se logra una reducción estable y concéntrica en los 4 a 6 primeros años de vida, la displasia puede remodelarse con una cadera normal o casi normal en la madurez. Cuando persiste la inestabilidad, la displasia progresa y el resultado será una cadera subluxada y dolorosa.⁴¹

5.5.8.4. Tratamiento tracción esquelética

5.5.8.4.1. Tracción

La tracción es la aplicación de una fuerza que jala una parte lesionada o enferma del cuerpo o una extremidad, mientras que una tracción contraria lo hace en sentido opuesto. Se puede utilizar para reducir fracturas o luxaciones, mantener la alineación y corregir deformidades, para disminuir el espasmo muscular y aliviar el dolor, para favorecer el reposo de una parte lesionada.⁴²

5.5.8.4.1.1. Tipos de tracción

- **MANUAL:** tracción manual de una extremidad o parte corporal. Por lo común se utiliza para reducir fracturas antes del tratamiento o la inmovilización.
- **CUTÁNEA:** la fuerza se aplica directamente a la piel por medio de bandas de tracción o tela adhesiva aseguradas con vendas o por medio de botas de tracción. Por lo general durante poco tiempo y con frecuencia se utiliza en niños que requieren fuerza en pequeña cantidad.
- **TRACCIÓN ESQUELÉTICA:** la fuerza se aplica a la parte corporal por medio de fijación directamente en el hueso o a través de este por medio de seguros o tornillos de tracción. Permitir una fuerza mayor durante un

⁴¹ Fitzgerald, Op cit pág. 1581

⁴² Nettina. Op cit pág. 1355

periodo más prolongado o cuando la tracción cutánea no sea factible como en el caso de lesiones o traumatismos de tejido blando.

- **CONTINÚA O INTERMITENTE:** las fuerzas de tracción deben alterarse solo con ordenes del medico.⁴³

5.5.8.5. Complicaciones

Las complicaciones de una tracción pueden ser:

- Relaxacion.
- Subluxación persistente tras la reducción exitosa:
 - i. Displasia acetabular
 - ii. Ante versión femoral
- Compresión del nervio femoral.
- Compromiso neurovascular de la extremidad.
- Lesión de la piel y tejidos blandos por los dispositivos de tracción.
- Infección por el clavo o tornillo, osteomielitis.

⁴³ Nettina Op cit pág. 1355

6. CASO CLÍNICO

PACIENTE PREESCOLAR CON DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA IZQUIERDA (DDCI)

PADECIMIENTO ACTUAL

Se trata de femenina de 4 años de edad, la cual, al intentar la deambulaci3n aproximadamente al a1o y medio, no presenta deambulaci3n adecuada, por dolor intenso, as3 como limitaci3n funcional, por lo que es valorada en el DIF, de donde es referida al INP, donde por motivos personales dejan las citas y acuden al INR para valoraci3n. Se valora y se decide su ingreso hospitalario el 25 04 06 para programarla para cirug3a de TENOTOMIA DE ABDUCTORES Y PSOAS, para el d3a 26 04 06, la cual se realiza mediante un abordaje anterior, utilizando clavo para tracci3n, cubriendo herida quir3rgica con gasa y colocan fibra de vidrio tipo espica, la cual se decide cambiar por fibra de vidrio tipo Bachelot se mantiene con tracci3n esquel3tica de 1.5Kg de peso por tres semanas, se programa para una segunda intervenci3n quir3rgica para el d3a 17 05 06 ACETABULOPLASTIA CON REPISA IZQ., se coloca fibra de vidrio tipo hemicallot, se mantiene en observaci3n por unos d3as, al observar mejor3a, se decide darla de alta por mejor3a el d3a 19-05-06. Queda con cita subsecuente para ver evoluci3n.

RX AL INGRESO HOSPITALARIO





COLOCACIÓN DE FIBRA DE VIDRIO TIPO BACHELLOT



COLOCACIÓN FIBRA DE VIDRIO TIPO HEMICALLOT



RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

1.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: H.C. Paola Y. Domicilio: Edad:
4años
Sexo: femenino Nacionalidad: mexicana Fecha de nacimiento:181101
Ocupación: Escolaridad: ninguna Religión:
católica
Lugar de origen: D.F Familiar responsable: MADRE

2.-PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FÍSICO

Casa propia : SI rentada prestada no.
de habitaciones: 2
Tipo de construcción: concreto y asbesto animales domésticos: perro
Características (ventilación, iluminación) : 1 Ventana

SERVICIOS SANITARIOS

Agua intradomiciliaria: si
Alumbrado público: si
Pavimento :si

ELIMINACIÓN DE DESECHOS

Drenaje: SI letrina fosa séptica
Control de basura: el carro recolecto, acude a domicilio 3 veces por semana

VÍAS DE COMUNICACIÓN

Pavimentación: SI
Carreteras: SI
Taxi: SI
Colectivos: SI
Metro: SI
Carro particular: NO
Teléfono: SI
Camiones: SI

RECURSOS PARA LA SALUD (a cual de estas instituciones acude cuando tiene algún problema de salud)

Centro de salud: SI

IMSS: NO

ISSSTE: NO

Consultorio particular: AVECES

Otro

HABITOS HIGIENICOS DIETETICOS

ASEO

Baño (tipo y frecuencia): el baño es cada 3er día.

Lavado de manos (frecuencia): diario antes y después de cada comida y después de ir al baño

Bucal (frecuencia): 2 veces al día, mañana y noche.

Cambio de ropa personal (total y frecuencia): diario total

ALIMENTACIÓN

Tipo de alimento	No. de veces a la semana
CARNE	3er DIA
VERDURAS	3er DIA
FRUTAS	Diario
LEGUMINOSAS (fríjol, haba, garbanzos alubias, lentejas etc.)	1 vez por semana
PASTAS	Diario
LECHE	Diario 3 veces
HUEVO	3er día
TORTILLAS	Diario
PAN	diario 2 veces
AGUA lts X día	500 ml x día

ELIMINACIÓN

Horario y características de las heces fecales: 1 ves 3er día

Duras escasas no formadas

Horario y características de las orinas: 3-4 normal

DESCANSO

Tipo y frecuencia: duerme aproximadamente 10 hrs por la noche

Sueño (horario y características): profundo

Diversión y o deportes: ver televisión y jugar con su hermano.

Trabajo y/o estudios: no trabaja por su corta edad y por el momento no acude a la escuela, debido a su problema ortopédico.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

FAMILIAR	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
1.- Esposo	21	Chofer	Sostén
2.-Esposa	23	Hogar	
3.-Paola	4		
4.-Alexis	3		

COMPORTAMIENTO (conducta cotidiana)

Agresivo: ocasionalmente

Tranquilo: si

Indiferente: a veces

Alegre : si

Cooperador: muy pocas veces

Tímida: si

Manipuladora: si

3.-ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Grupo y Rh: O Rh+

Tabaquismo: no

Alcoholismo: no

Fármaco dependencia: no

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Diabetes: no

Epilepsia: no

HTA: no

Cardiopatías: no

Neuropatías: no

Enf. Infecto contagiosas: no
Toxoplasmosis: no
Antecedentes quirúrgicos: si
Antecedentes transfusionales: no
Antecedentes traumáticos: no

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Sífilis: no
S.I.D.A.:no
Malformaciones congénitas: no
Consanguinidad: no
Retraso mental: no
Trastornos psiquiátricos: no
Cardiopatías: no
Neuropatías: no

4.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CARDIORESPIRATORIO

Palpitaciones: no	Acúdenos: no	Fosfenos: no
Lipotimias: no	Dolor torácico: no	Ruidos cardiacos: no
Disnea: no	Edema: no	Cianosis: no
Tos: ocasional	Disfonías: no	Expectoración. no

DIGESTIVO

Apetito: disminuido	Pirosis: no	Disfagia: no
Vómito: ocasional	Náuseas: en ocasiones	Dolor abdominal. No
Regurgitaciones: no	Meteorismo: si	Distensión: si
Ruidos peristálticos (aumentados): si		Constipación: si
Diarrea: no	Hematemesis o melena: no	
Pujo y tenesmo. si		

GENITOURINARIO

Dolor : no	Disuria. No	Tenesmo: no
Hematuria: no	Piuria: no	Poliuria: no
Escurrecimiento uretral: no	Dismenorrea: no	Prurito: no
Leucorrea: no	Patología mamaria: no	

NERVIOSO

Cefalea. No	Temblores: no	Depresión: si
Ansiedad: si	Aislamiento: no	Insomnio. No
Falta de memoria: no	Inconciencia. No	Anisócoria: no
Midriasis: no	Mitosis: no	

MUSCULOESQUELÉTICO

Deformidades óseas, articulares y musculares. Si Tipo: displasia de cadera
 Malgias: no Artralgias: no Varices: no
 Crepitación: no ROTs: no Polidipsia: no
 Polifagia: no Perdida de peso: si Aumento de peso: no
 Galactorrea: no Sudoración. Ocasional Diabetes: no
 Hipertricosis: no Hipertiroidismo: no Hipotiroidismo: no

PIEL Y ANEXOS

Hiperpigmentación: no Apigmentación: no Acné: no
 Alergias: si Dermatitis: no Heridas: si, en
 ingle
 Edema: si Prurito. No Otorrea: no
 Hipoacusia: no Dolor: si Rinorrea: no
 Trastornos del olfato: no Conjuntivitis. No Epistaxis: no

5.-EXAMENES DE LABORATORIO

GABINETE LABORATORIO	Y	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE
250406			
BH			
Leu		5.5-15.5 c/mm ³	7.8
Erit		150-450c/ml	4.20
HB		9-14 g/dl	12.3
HTC		35-45	37.5
DLT			431
PTC			303
VCM		77-95mm ³	89
HCM		24-30 pg/cel	29.3
CCMH		31-37 gHb/100ml	32.8
IDE			11.6
UPM			7.0
IDP			13.9
DIFERENCIA			
LIN %		3-7 %	58.2
MON%		1-3 %	10.1
GRAN%		0.0.75 %	31.7
LIN			4.5
MON			0.7
GRAN		50-350 c/mm ³	2.5

QS			
GLUCOSA	60-100 mg/100ml	10.5	
UREA		26	
CREAT	10-15 mg/kg	0.6	
COAGULACIÓN			
TP	11-15 s	17.2	
INR		1.38	
Tromboplastina parcial	60-85 s	41.9	
GRUPO SANGUINEO		O Rh +	

PROBLEMAS DETECTADOS

(DE MAYOR A MENOR IMPORTANCIA)

- 1.-NUTRICION
- 2.-ELIMINACION
- 3.-MOVILIDAD
- 4.-HIGIENE Y PROTECION DE LA PIEL
- 5.-ACTIVIDADES RECREATIVAS
- 6.- EVITAR PELIGROS

6.1. Valoración Clínica de Enfermería

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: H.C. Paola Y. EDO: 4 años Edo. CIVIL: soltera
ESCOLARIDAD: Ninguna NACIONALIDAD: Mexicana (D.F.)
Fecha ingreso: 25-04-06 Fecha egreso: 19-05-06

SIGNOS VITALES

T/A: 100/60 FC: 90 FR: 20 TEMP: 36.2°C

EDO. DE CONCIENCIA

Alerta, orientada, mantiene contacto visual, pronunciación clara, adecuado a su edad.

PIEL

Tez morena clara, con buena coloración de tegumentos mucosas hidratadas. Las uñas están presentes, delgadas, cortas, el llenado capilar es de 2". Presenta prurito y enrojecimiento en algunas zonas del cuerpo. Presenta algunas picaduras de insectos (mosco).

CABEZA

Cráneo: redondo, tamaño de acuerdo a su edad, cabello distribuido sobre cuero cabelludo de color castaño oscuro, delgado, largo y lacio.

Ojos: simétricos, globos oculares sin protusiones, el borde del párpado inferior queda justo por debajo de la unión esclerocorneal. Pestañas, dirigida hacia fuera y abajo de color oscuros al igual que las cejas las cuales están bien distribuidas, conjuntiva palpebral rosada, conjuntiva bulbar blanca y transparente, pupilas pequeñas, redondas de color café oscuro, reacción a la luz y a la acomodación, esclerótica blanca, córnea transparente. No presenta dificultad de movimientos.

Oídos: simétricos, de igual tamaño y posición adecuados a su edad, no existen zonas de hipersensibilidad, presencia de cerumen en cantidad moderada, conducto auditivo permeable.

Nariz: localizada en centro de la cara, ambas fosas nasales del mismo tamaño, con presencia de vellosidades, mucosa rosada, permeable, sin secreciones, No existe hipersensibilidad en senos paranasales. El intercambio aéreo por las fosas nasales parece ser normal, libre y sin ruidos.

Boca: lengua se encuentra en la línea media de la boca, de color rosado, con pupilas gustativas bien definidas, sin limitación de movimientos, sin lesiones, mucosa rosada, tersa y sin presencia de úlceras, saliva clara y semiespesa. Regular condición de higiene.

Labios: más pigmentados que la piel circulante, rosados, lisos y húmedos, de tamaño adecuado a su edad.

CUELLO

Cilíndrico y corto, fuerza muscular de buena intensidad, se palpan ganglios de tamaño adecuado, extensión y flexión adecuada, se siente pulso carótideo normal y regular. No se encuentran deformidades ni protusiones.

TRAQUEA

En línea media, cuando pasa saliva aumenta su tamaño, a la palpación no se encuentran anomalías.

TÓRAX ANTERIOR

Simétrico, con movimientos de expansión adecuados, ruidos cardíacos de buena intensidad, no se palpan masas ni se siente dolor. Se logran escuchar ruidos respiratorios adecuados.

Mamas: de acuerdo a sexo y edad, simétricas, de igual tamaño y coloración normal, sin anormalidades.

TÓRAX POSTERIOR

Simétrico movimientos y ruidos respiratorios adecuados, no se encuentra hipersensibilidad, la columna vertebral se encuentra alineada.

ABDOMEN

Piel lisa, depresible, el ombligo se encuentra en el centro, semihundido y de color más oscuro que el resto del abdomen, limpio y sin olor, no existe hipersensibilidad. Se escuchan ruidos peristálticos normales, los órganos se palpan de tamaño adecuado.

Días posteriores:

Depresible, poco endurecido, disminución de peristalsis, disminución de ruidos intestinales. Presenta estreñimiento de hasta dos días, se avisa a medico tratante y se administra medicamento, se logra evacuación por un día, pero vuelve a presentarlo en días posteriores.

MIEMBROS TORÀXICOS

Piel lisa, no existe dificultad para realizar movimientos de flexión, extensión, pronación y supinación adecuados. Sin anomalías.

MIEMBROS PELVICOS

Con fibra de vidrio tipo espica, con llenado capilar de 2", normo térmicos, sin datos de compromiso neurovascular distal.

GENITALES

De aspecto y tamaño adecuado a su edad cronológica.

6.2. Valoración de las 14 necesidades básicas

1.-NESECIDAD DE OXIGENACIÓN

DATOS DE INDEPENDENCIA: Permeabilidad de las vías respiratorias, frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normal.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observan

2.-NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DATOS DE INDEPENDENCIA: La madre refiere que en casa, la niña come bien, tres veces al día, y tiene una dieta balanceada. Su dieta en el hospital es balanceada.

DATOS DE DEPENDENCIA: Por el momento, hay que darle de comer, debido a que la niña no puede estar sentada, debido a la fibra de vidrio de miembros inferiores. La madre no ofrece adecuada cantidad de alimento a la infante, de igual manera líquidos.

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DATOS DE INDEPENDENCIA: Micciones de 3 a 4 veces por día, con características normales, evacuaciones de 1 hasta en tres días, con características normales.

DATOS DE DEPENDENCIA: Se observa estreñimiento, se da lactulosa para favorecer evacuación, además de dar masaje a marco cólico. Ingesta abundante de líquidos.

4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DATOS DE INDEPENDENCIA: No existen, es totalmente dependiente

DATOS DE DEPENDENCIA: Se mantiene en reposo por el tipo de tracción y yeso con la que se mantiene.

5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS DE INDEPENDENCIA: Duerme de 9-10hrs diarias

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observan

6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DATOS DE INDEPENDENCIA: Viste ropa adecuada para su edad.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observan

7.-NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DATOS DE INDEPENDENCIA: Temperatura corporal de 36.5-37°C.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observan, hasta el momento no ha presentado hipotermia o hipertermia.

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DATOS DE INDEPENDENCIA: Aspecto limpio y aseado. Toma baño de artesa diariamente. Higiene bucal por lo menos 2 veces al día.

DATOS DE DEPENDENCIA: Es bañada por la madre, por el tipo de fibra corre riesgo de lesión cutánea, e infección de herida.

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DATOS DE INDEPENDENCIA: La madre y familiares, conocen las medidas preventivas que tendrán que realizar tanto dentro del hospital como en su domicilio, con el fin de evitar que exista complicación.

DATOS DE DEPENDENCIA: Se le enseñan medidas de prevención, tanto en el hospital como las que puede llevar a cabo en su casa. Debido a la disminución de la movilidad y la edad constituyen un peligro, por lo que debe haber un adulto con la paciente el mayor tiempo posible. Debido a esto la paciente opta por una actitud demandante.

10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE

DATOS DE INDEPENDENCIA: Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos, se muestra cooperadora, platicadora.

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observan

11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

DATOS DE INDEPENDENCIA: Católica, es la religión que se le esta inculcando por parte de los padres

DATOS DE DEPENDENCIA: Debido a la edad de la paciente todavía no puede crear una conciencia de creencias y valores, por lo que vive según las creencias y valores que le inculquen sus padres.

12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

DATOS DE INDEPENDENCIA: No se observan

DATOS DE DEPENDENCIA: No se observan

13.-NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DATOS DE INDEPENDENCIA: Le gusta jugar e ir al parque.

DATOS DE DEPENDENCIA: Por el momento no puede salir al parque, ni jugar de pie, por el tipo de fibra utilizada.

14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DATOS DE INDEPENDENCIA: Se encuentra estimulada por todo aquello que lo rodea, ya que es un aspecto

DATOS DE DEPENDENCIA: Debido a problemas de salud como lo es la Displasia de Cadera, por el momento no puede acudir a la escuela. Por ello sus padres le ayudan en ese aspecto explicándole con palabras simples aquello que ella pregunta.

6.3. Medicación

Medicamento	Dosis	Indicaciones	Contraindicaciones	Efectos secundarios
Gentamicina (antibiótico)	40mg IV c./12hrs	Septicemia, infección abdominal infecciones graves por Pseudo monas infecciones bronquiales purulentas o en la neumonía Infecciones graves por gramnegativos	Hipersensibilidad a la gentamicina o a otros amino glucósidos. Pacientes con afectación renal	Leucopenia, Raras veces se ha informado sobre hipopotasemia , glucosuria, hipomagnese mia, hipocalcemia y alcalosis en pacientes tratados con gentamicina.
Ketorolaco (analgésico no narcótico)	30mg IV C/8hrs	Tratamiento a corto plazo del dolor	Úlcera gastroduodenal Insuficiencia renal moderada En tratamiento con ácido acetilsalicílico	Molestias abdominales de cualquier tipo. Alteraciones en el sueño y pensamiento. Hiponatremia, poliaquiuria, retención urinaria, oliguria. Bradicardia, hipertensión arterial, palpitaciones. Asma bronquial, disnea y edema pulmonar.
Tramadol (analgésico)	PRN	Dolor moderado a severo crónico o agudo ocasionado por	Hipersensibilidad al principio activo. en epilepsia. padecimientos	Miosis, náuseas, vómito, nerviosismo,

		cáncer, neuralgias, etc. Analgesia pre y posquirúrgica. Sedación.	obstructivos de vías urinarias, biliares o del aparato gastrointestinal.	insomnio, excitación, fatiga, hipotensión, depresión respiratoria, rubor, constipación, rash, eritemas, disuria. El uso de este medicamento puede alterar la capacidad de reacción y provocar somnolencia, por lo que, no debe ser usado por personas que vayan a manejar vehículos. Así como, ingerir bebidas alcohólicas.
Ranitida (antiulceroso)	30mg IV C/12hrs	Úlcera duodenal y gástrica benigna, gastritis. Profilaxis y tratamiento de úlcera gastrointestinal, de hemorragias recurrentes y úlcera péptica sangrante.	Hipersensibilidad al medicamento. Pacientes con insuficiencia renal severa.	Cefalea, vértigo, rash cutáneo y reacciones de hipersensibilidad, urticaria, edema angioneurótico, broncoespasmo, hipotensión, además de fiebre y shock anafiláctico, hipoplasia medular,

				elevación de transaminasa, hepatitis reversible, bradicardia.
Paracetamol	25ml V.O c/8hrs	Está indicado en el tratamiento de rinitis aguda en la congestión de las mucosas de las vías aéreas superiores, así como también cuando todos estos procesos se acompañan de tos.	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula. Úlcera péptica. Embarazo, Lactancia. Asma. Diabetes mellitus. Cardiopatías. Hipertiroidismo. Hipertrofia prostática. Glaucoma.	Excitación del SNC, alteraciones del sueño, cefalea, taquicardia, anorexia, inquietud. El paracetamol puede causar neutropenia o pancitopenia. Los antihistamínicos pueden causar somnolencia, urticaria, escalofríos, sequedad de boca, nariz y garganta.
Lactulosa	5ml V.O. hasta presentar excretas, si persiste, c/8hrs	Constipación intestinal crónica, ya que gracias a su mecanismo de acción se logra un aumento en el peristaltismo colónico y reblandecimiento (rehidratación) de las heces. Encefalopatía hepática o porto sistémica.	Está contraindicado su uso en pacientes que requieren de una dieta baja en galactosa, hipersensibilidad, síndrome de abdomen agudo y oclusión intestinal.	Se puede presentar flatulencia y cólicos intestinales al inicio del tratamiento con características transitorias. Cuando la dosis es excesiva, puede producirse diarrea que

				potencialmente pudiera condicionar pérdida considerable de líquidos con la consecuente hipocaliemia e hiponatremia. Otros efectos como náuseas y vómito, se han reportado aisladamente.
Avapena	5mg I.V. diluida en 10ml c/8hrs PRN	rinitis alérgica, prurito, urticaria, edema, alergias a alimentos y/o fármacos y prurito. Picaduras y mordeduras de insectos. Como medida preventiva para las reacciones provocadas por la transfusión de medios de contraste y como medicación preoperatorio en pacientes alérgicos.	Hipersensibilidad a la sustancia activa. Hipertensión arterial, arritmia cardíaca, glaucoma, embarazo, lactancia, niños menores de 5 años.	Somnolencia, resequead de boca, mareo, agitación y dolor gastrointestinal. Como otros antihistamínicos puede producir reacciones alérgicas, que desaparecen al suspender el tratamiento.
Caladril loción	Aplicar en zona de piel afectada 2 veces por día.			

6.4. Plan de intervenciones

OBJETIVOS GENERALES

- Dar solución a los problemas del paciente pediátrico en relación a sus necesidades encontradas, mediante intervenciones de enfermería.
- Lograr que los padres y familia participen en la recuperación de la paciente con actividades que fortalezcan su salud.

DX DE ENFERMERÍA

PREOPERATORIOS

1.-DXE: Alteración en la movilidad física, relacionado con deterioro músculo esquelético, manifestado por inestabilidad postural durante la ejecución de actividades, dolor y ansiedad.

OBJETIVOS: Que la paciente presente en lo más mínimo malestar durante actividades realizadas.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Mantener en cama una posición cómoda, con la extremidad elevada.	La elevación de los miembros inferiores, ayudara a disminuir el edema y por consiguiente el dolor.	Se mantuvieron los miembros elevados.
Implicar al familiar en el auto cuidado, para promover su independencia.	La participación del familiar, es importante para la recuperación de la salud.	Se enseñó a la madre a participar en el tratamiento, misma que mostró interés por aprender.
Identificar las actividades que la persona puede desarrollar por si misma.		
Ayudar a mantener en todo momento una posición alineada.	Una alineación adecuada ayudara a evitar complicaciones, además de favorecer la disminución del edema distal.	No se observa compromiso neurovascular distal.
Elaborar y llevar a cabo un programa de ejercicios	Un programa adecuado	Se realizan ejercicios que

<p>activos y pasivos.</p> <p>Cuando la paciente permanezca en la cama, colocar extremidades inferiores elevadas con el fin de una buena irrigación sanguínea.</p> <p>Administrar medicación según este prescrito.</p> <p>Animar a la paciente a realizar por sí misma todas las actividades que pueda, aumentándolas progresivamente según tolere.</p> <p>Se brinda ayuda para poder trasladar a la paciente cuando lo requiera.</p>	<p>de ejercicios, ayudará a fortalecer músculos que debido al padecimiento se encuentran alterados.</p> <p>El retorno venoso suele ser deficiente en toda la parte lesionada.</p> <p>La administración de analgésicos ayudará a disminuir el dolor.</p> <p>El mantenimiento de esta necesidad requiere, por parte del organismo la capacidad de integrar habilidades motoras finas y gruesas que le permitan realizar sus actividades de la vida diaria.</p>	<p>tolera la paciente, por lo menos una vez al día.</p> <p>Las extremidades se mantuvieron elevadas el mayor tiempo posible.</p> <p>El dolor disminuye después de administrar la medicamento indicado.</p> <p>Se realizan actividades como, clasificación de objetos, memoramas, vocabulario etc. a tolerancia de la paciente.</p>
--	--	--

2.-DXE: Riesgo de alteración de la perfusión tisular periférica, relacionada con utilización de fibra de vidrio.

OBJETIVO: Evitar la presencia de síndrome compartimental.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>Vigilar las constantes vitales cada 2-4 horas.</p> <p>Vigilar el estado neurovascular de la extremidad afectada:</p>	<p>Alguna alteración en las constantes vitales nos puede indicar riesgo de insuficiencia venosa.</p>	<p>Se encuentran constantes vitales dentro de parámetros normales. Estado neurovascular sin compromiso, sensibilidad y movilidad</p>

<p>valorar color, temperatura, pulso, llenado capilar, sensibilidad y movilidad.</p> <p>Valorar el llenado capilar comparándolo con la extremidad opuesta.</p> <p>Elevar la extremidad sobre almohadas, hasta el nivel del corazón, para evitar el enlentecimiento del flujo arterial.</p> <p>Mantener la alineación corporal y la posición prescrita.</p> <p>Aconsejar la realización de pequeños movimientos en los dedos afectados para mantener el flujo venoso.</p>	<p>Un llenado capilar retardado indica compromiso neurovascular.</p> <p>Una alineación adecuada garantiza una buena circulación venosa.</p> <p>La movilidad distal ayuda a disminuir el edema y dolor.</p>	<p>de extremidades presentes.</p> <p>Presenta llenado capilar adecuado de 3seg.</p> <p>Se mantuvo una la alineación de extremidades inferiores el mayor tiempo posible, evitando así riesgo de compromiso neurovascular.</p> <p>Realiza los movimientos dístales que se le sugieren ayudada por la madre.</p>
--	--	---

3.-DXE. Dolor agudo, relacionado con la utilización de fibra de vidrio manifestado por, llanto, incomodidad, e informe verbal.

OBJETIVO: Eliminar el dolor en la paciente durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>Valorar la descripción del dolor y el comportamiento que lo denota.</p> <p>Administrar opiáceos, analgésicos y relajantes musculares, evitar que el dolor llegue a ser intenso; valorar la eficacia de las medidas de alivio del</p>	<p>En la atención a la salud, el papel del prestador primario de servicios de salud, consiste en identificar y tratar la causa del dolor, así como administrar los medicamentos y el tratamiento para aliviarlo.</p>	<p>Comunica una reducción de dolor de eva 8 a eva 4, tiempo después de administrar analgesia.</p> <p>Se evalúa intensidad de dolor, refiriendo disminución del mismo.</p> <p>Muestra una conducta</p>

<p>dolor.</p> <p>Controlar la eficacia de los analgésicos.</p> <p>Procurar un ambiente tranquilo y potenciar las actividades de ocio para disminuir la conciencia de la incomodidad.</p> <p>Cambiar con frecuencia de posición al paciente y administrar fricciones y masajes en la espalda para proporcionar comodidad.</p> <p>Permitir que el adopte una posición cómoda si no esta contra indicado.</p> <p>A cada cambio de posición realizar fisioterapia pulmonar.</p>	<p>Realizar actividades de ocio, ayuda a la mente a ocuparse de otras situaciones y no concentrarse en la sensación de dolor.</p> <p>Las lesiones o enfermedades que asocian dolor agudo pueden curarse espontáneamente o requieren tratamiento. El masaje corporal y posiciones adecuadas ayudan a disminuir el dolor.</p> <p>La fisioterapia pulmonar ayuda a solidificar las secreciones a acumuladas en vías respiratorias, debido a la estancia prolongada en cama.</p>	<p>relajada.</p> <p>Participa en las actividades de ocio, lo que mas lo gusta realizar es colorear.</p> <p>Se realizan cambios de postura constantes y a tolerancia de la paciente.</p> <p>Se realiza fisioterapia pulmonar por lo menos una vez por turno en periodos de 5 minutos.</p>
---	--	--

POSTOPERATORIOS

4.-DXE: Riesgo de alteración de la perfusión tisular periférica, relacionada con el procedimiento quirúrgico.

OBJETIVO: Evitar alguna complicación en la paciente durante los cuidados inmediatos.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Vigilar constantes vitales cada 2-4 horas	Alguna alteración en las constantes vitales nos puede indicar riesgo de insuficiencia venosa.	Se encuentran constantes vitales en parámetros normales.

<p>Vigilar estado neurovascular de extremidades, temperatura, llenado capilar, sensibilidad, movilidad cada 2-4 horas.</p>	<p>Un llenado capilar retardado, temperatura elevada en extremidad, disminución del pulso, movilidad disminuida, etc., indican compromiso neurovascular.</p>	<p>No se observan signos de compromiso neurovascular distal.</p>
<p>Recomendar el movimiento frecuente de partes distales de los pies con el fin de favorecer el retorno venoso.</p>	<p>El ejercicio continuo ayuda a recuperar la fuerza muscular y la movilidad articular que debido al huso de yeso, férula, o fibra de vidrio, pudo haber disminuido.</p>	<p>Se mantiene una alineación adecuada de extremidades ayudándose de almohadas debajo del mismo.</p>
		<p>Mantiene los dedos en movimiento, con colaboración de la madre.</p>

5.-DXE. Riesgo de infección relacionado con intervención quirúrgica (Tenotomía de abductores, y acetábulooplastia).

OBJETIVO: Evitar un proceso infeccioso en la paciente durante la estancia hospitalaria.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>Valorar la integridad de la incisión y observar la presencia de signos de infección o secreción, especialmente en la localización de los clavos para tracción.</p>	<p>Toda herida o llaga de la piel es una puerta abierta a la invasión bacteriana, por lo que hay que mantenerla limpia y seca.</p>	<p>La herida quirúrgica no se encuentra con signos de infección.</p>
<p>Administrar antibióticos y valorar su eficacia y efectos secundarios.</p>	<p>La piel tiene un papel muy importante a realizar en el organismo, es la encargada de regularizar la temperatura corporal, participa en la eliminación de residuos, refleja el equilibrio electrolítico del organismo y transmite las sensaciones térmicas, de</p>	<p>Los antibióticos, son administrados en el horario indicado en el kardex.</p>
<p>Mantener la herida limpia, seca y evitar la contaminación con otros líquidos o sustancias corporales.</p>		<p>La herida de la ingle se mantiene limpia y seca cubierta con tegaderm + pad. Cambiándose cada</p>

<p>Proteger con algodón los bordes de la fibra de vidrio para evitar la irritación de la piel.</p> <p>Proteger la fibra de manera que esta no se moje al momento del baño diario. Pudiendo utilizar bolsas de plástico o toallas.</p> <p>Observe la presencia de signos de infección. Obtenga muestra de cultivo si el drenaje es sospechoso.</p>	<p>tacto, de presión y de dolor. Para cumplir estas funciones, la piel debe de estar limpia, aseada y cuidada.</p> <p>Una zona húmeda y cerrada tiende a ser un foco de proliferación de microorganismos que pueden desencadenar un proceso infeccioso.</p> <p>Uno de los signos que nos puede indicar un proceso infeccioso es la hipertermia.</p>	<p>vez que es necesario.</p> <p>Al momento del baño se tiene mucho cuidado de no mojar la fibra de vidrio.</p> <p>No se observan datos de infección.</p> <p>Hasta el momento no se han presentando febrículas ni hipertermia.</p>
---	---	---

CUIDADOS DE TRACCIÓN ESQUELÉTICA

Introducción de una aguja o alambre directamente en el interior del hueso para proporcionar una tracción continúa.

En caso de tracciones esqueléticas o cutáneas se debe tener en cuenta:

- El paciente debe estar en posición alineada respecto al peso de la tracción que es de 1kg.
- Asegurarse que el paciente tenga el peso apropiado y por lo tanto, disminución del dolor.
- Las cuerdas deben correr libremente por las poleas, sin que los nudos lo impidan, las pesas deben colgar libremente
- Incentivar al paciente para que realice ejercicios activos de miembros inferiores y realizar ejercicios pasivos para mantener el tono, la fuerza y evitar la atrofia muscular.
- No agregar o retirar pesos a menos de que sea ordenado por el médico.

Permitir que los pesos cuelguen libremente.

Controlar el dolor mediante la administración de los analgésicos formulados y manteniendo al paciente en posición cómoda y adecuada.

Evitar que el paciente adopte posiciones que no favorecen el tratamiento y puedan contribuir a la formación de contracturas.

Ofrecer al paciente un aporte nutricional balanceado de acuerdo con sus necesidades metabólicas.

Valorar la tolerancia a la nutrición, prevenir y tratar el estreñimiento.

6.-DXE: Dolor relacionado con el procedimiento quirúrgico y afección de la movilidad, manifestado por quejas verbales.

OBJETIVO: Eliminar el dolor en la paciente.

Intervención	Fundamentación	Evaluación
<p>Valorar la intensidad y características del dolor utilizando la escala de dolor.</p> <p>Administrar analgésicos , valorando la eficacia de las medidas del dolor</p> <p>Estar alerta ante un aumento importante del dolor informar inmediatamente al medico.</p> <p>Proporcionar actividades recreativas para disminuir la atención en el dolor.</p>	<p>El dolor es real aun si no se identifica su origen o causa física. Muchas sensaciones dolorosas se derivan de estímulos físicos y mentales o emocionales. Lo que el individuo expresa acerca del dolor no se limita a los señalamientos verbales. Se caracteriza por una sensación constante o intermitente que persiste durante cierto tiempo, un mes o más. Se prolonga más allá del periodo de curación y a menudo no puede atribuirse a una causa o lesión específica. Su inicio no siempre se encuentra bien definido y por lo general es difícil de tratar.</p>	<p>Refiere dolor en escala de EVA 7.</p> <p>Se observa disminución de dolor después de administrada la analgesia.</p> <p>La paciente tiene periodos de descanso, por lo que no ha incrementado el dolor.</p> <p>Realiza algunas actividades, como armar rompecabezas, muñecas, con otros pacientes de la misma habitación, etc.</p>

7.-DXE: Alteración de la nutrición por defecto, relacionado con estancia hospitalaria prolongada, manifestado por no ganancia de peso, piel reseca.

OBJETIVO: Que la paciente ingiera la mayor cantidad de nutrientes necesaria de acuerdo a su edad.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>Explicar a la familiar la importancia de consumir una dieta adecuada en carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas, minerales y líquidos, de acuerdo a su edad.</p> <p>Consultar con el nutriólogo, para determinar las necesidades calóricas y el tipo de alimentación adecuado para la paciente (podrían aconsejarse complementos alimenticios)</p> <p>Enseñarle que tipo de alimentos puede (leche, legumbres, frutas de temporada, carne, verduras, etc.) y no puede consumir (frituras, dulces, refrescos, etc.)</p> <p>Tomar medidas para abrir el apetito:</p> <ol style="list-style-type: none"> determinar las preferencias alimenticias de la paciente y organizar que se proporcionen cuando sea 	<p>Comer y beber es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento. El ser humano tiene la necesidad de una cantidad adecuada de alimento que contengan los nutrientes indispensables para sobrevivir, como calorías, agua, proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. La cantidad y naturaleza de los nutrientes esta relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla del individuo.</p>	<p>El familiar mostró gran interés en todo lo que se le informó a cerca de una alimentación adecuada, así como de los beneficios y complicaciones, por lo que aseguro que hará todo lo posible para proporcionarle una dieta adecuada a su edad y necesidades.</p> <p>La madre ofrece los alimentos que se le han proporcionado por el departamento de dietas.</p> <p>La paciente come la mayor cantidad de alimento de la charola.</p> <p>No se le permite a la madre que proporcione golosinas.,</p>

<p>factible.</p> <p>2. eliminar de la zona donde se come olores que puedan ser desagradables para la paciente.</p> <p>3. controlar cualquier dolor o náusea antes de la comida.</p> <p>Recomendar ingesta ligeras, de poca cantidad, frecuentes (6 al día) y con variación de alimentos.</p> <p>Enseñar al familiar a mantener una buena higiene buco dental.</p> <p>Proporcionar al familiar textos sobre una nutrición adecuada.</p>	<p>Una mala higiene bucal produce mal aliento y disminución del apetito.</p> <p>La planificación de la nutrición se centra en la disminución de grasa, azúcares, que puede reducir.</p>	<p>Aceptará aumentar la cantidad y variedad de alimentos ingeridos.</p> <p>Aprendió perfectamente la técnica de cepillado bucal, aplicándola a su hija.</p> <p>Se pide al departamento de dietas tríplicas de la alimentación mismos que se entregan a la madre.</p>
--	---	--

8-DXE: Alteración en la eliminación intestinal, relacionada con reposo prolongado, disminución en la ingesta de nutrientes, manifestado por estreñimiento de hasta 2 días.

OBJETIVO: Mantener en la paciente hábitos de evacuación adecuados.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>Revisar la dieta habitual y fomentar la toma de alimentos ricos en residuos y fibra (frutas, verduras hortalizas, etc.), de acuerdo con las preferencias individuales.</p>	<p>Esta información ayudara a determinar si ha tenido algún problema de evacuación antes de su hospitalización.</p>	<p>La madre reconoce los hábitos higiénico-dietéticos causales o contribuyentes a su problema.</p>
<p>Limitar la ingesta de alimentos astringentes (arroz, manzana,</p>	<p>Una alimentación equilibrada rica en fibra fomenta la actividad</p>	<p>La madre refiere que dará una dieta equilibrada rica en fibra y residuos.</p>

<p>granadas, harinas etc.)</p> <p>Establecer una pauta para tomar por lo menos 2Lt de agua al día.</p> <p>Hacer ejercicios de movilidad y contracción de la musculatura abdominal, dar masaje a marco cólico.</p> <p>Evaluar la presencia y grado de distensión abdominal.</p>	<p>peristáltica y la evacuación regular.</p> <p>Un aporte hídrico adecuado ayuda a mantener la consistencia correcta de las heces en el intestino y determina la regularidad en la evacuación.</p> <p>Este tipo de masaje, ayuda a aumentar el peristaltismo intestinal, se da en sentido a las manecillas del reloj, en sentido ascendente transversal y descendente.</p> <p>La evaluación ayuda al profesional de enfermería a controlar el retorno del peristaltismo si estuviera ausente.</p>	<p>Toma aproximadamente 1l de agua al día.</p> <p>A pesar del masaje y la administración de lactulosa, no ha presentado excretas.</p> <p>Peristaltismo disminuido.</p> <p>En su estancia en el hospital, ha disminuido la ingesta de alimento.</p>
--	---	--

9.-DXE: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con, reposo prolongado y alteración en la nutrición.

OBJETIVO: Mantener en la paciente la integridad de piel y tejidos lo mejor posible.

Evitar zonas de enrojecimiento en la paciente, especialmente en prominencias óseas.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Realizar un protocolo de prevención de úlceras por	El periodo crítico para que se produzca una	Se mantiene en una posición adecuada con

<p>presión: Alivio de la presión</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambiar la posición del paciente en la cama como mínimo cada dos horas de manera continuada. • Alternar las zonas de contacto del paciente entre mayor y menor peso. • Limitar las fuerzas de desgarro y fricción de la piel (poner almohadillas en prominencias óseas). 	<p>alteración del tejido por presión es entre unas y dos horas tras el cual pueden ocurrir cambios irreversibles.</p>	<p>almohadillas y soluciones en zonas de presión.</p>
<p>No dar masaje zonas de presión enrojecidas.</p>	<p>Una adecuada alimentación e hidratación contribuirán a un proceso favorable de cicatrización y se evitara complicaciones en la herida quirúrgica.</p>	<p>Se ha notado una disminución en la ingesta de nutrientes.</p>
<p>Favorecer el proceso de cicatrización mediante una correcta hidratación y alimentación rica en proteínas, calorías y vitaminas.</p>	<p>La inspección de la piel es fundamental en cualquier planificación, puesto que proporciona información fundamental para diseñar las intervenciones que reducen riesgos y a su vez permite evaluar los resultados de las intervenciones.</p>	<p>La piel es inspeccionada diariamente, no presenta zonas irritación y de enrojecimiento.</p>
<p>Inspeccionar la piel por lo menos una vez al día durante el baño, buscando zonas enrojecidas o desgarradas.</p>	<p>Para obtener una vitalidad de la piel se deben retirar los desechos metabólicos y los contaminantes</p>	<p>Se realiza baño diario.</p>
		<p>La piel se mantiene limpia y seca el mayor tiempo posible.</p>

<p>Mantener limpia la piel y seca. Aplicar con suavidad cremas hidratantes cuando se considere necesario.</p> <p>Inspeccionar talones, tobillos, espacio popíteo y parte superior del pie ante posibles signos de presión por las vendas elásticas.</p> <p>Mantener las sábanas sin arrugas ni restos de comida,</p> <p>No permitir que los cordones de la tracción se hundan en la piel del niño.</p>	<p>medioambientales acumulados en la piel. Tratar los signos de piel reseca con un hidratante tópico.</p> <p>Estas son las áreas más expuestas a solución de continuidad.</p> <p>Esto evita áreas con presión indebida.</p> <p>Como medida de seguridad.</p>	<p>Diariamente se inspeccionan estas zonas con el fin de detectar anomalías en la piel.</p> <p>La cama se mantiene sin arrugas.</p> <p>Los cordones son utilizados correctamente y cada vez que se llegan a mover, se reacomodan.</p>
--	--	---

10.-DXE: Déficit de actividades recreativas relacionado con, la afección músculo esquelética y estancia hospitalaria prolongada, manifestado por aburrimiento.

OBJETIVO: Que la paciente realice algún tipo de actividad recreativa con el fin de evitar el aburrimiento.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>Alentar la visita de familiares y amigos, con el fin de que le cuenten cuentos o historietas. Ofrecer la oportunidad de socializar con los de más</p>	<p>El juego, es una de las actividades más importantes en la etapa de desarrollo del niño, ya</p>	<p>La paciente interactúa con la familia y los demás niños de la habitación.</p>

<p>niños de la habitación, ofreciendo juegos donde intervengan más de dos personas, (muñecas para vestir, carros, rompecabezas, etc.)</p> <p>Ofrecer actividades adecuadas a la situación de la paciente, sus limitaciones y grado de desarrollo. (Rompecabezas, juguetes musicales, figuras geométricas, casa de muñecas, etc.)</p> <p>Alentar a la familia a que pase un rato a agradable con el niño, que juegue con el, que le cuente cuentos, le ayude a armar rompecabezas, etc.)</p> <p>Permitir un tiempo de juego amplio.</p> <p>Proporcionar materiales de juego (pinturas, tijeras romas, papel, pegamento, imprenta, lápices, discos, cintas, pizarra y tiza, juegos de construcción de madera y plástico.)</p> <p>Utilizar el juego como estrategia de enseñanza y técnica de reducción de la ansiedad.</p> <p>Estimular la tendencia natural de la paciente a ser activo.</p>	<p>que interviene en el desarrollo sensomotor, intelectual, socialización, creatividad, autoconocimiento: al mejorar la habilidad motora y fina y gruesa, así como la coordinación, favorece el desarrollo de todos los sentidos , ofrece múltiples fuentes de aprendizaje, brinda oportunidades para comprobar las relaciones, desarrollar habilidades sociales, ofrece una salida expresiva para ideas creativas e intereses, permite la fantasía y la imaginación, facilita el desarrollo de la auto identidad, posibilita la enseñanza en una situación no familiar, proporciona diversión y permite la relajación, ayuda a que el niño se sienta más seguro en un ambiente extraño, ayuda a reducir la nostalgia, ofrece un medio de liberar la tensión y expresar los sentimientos, favorece la interacción y el desarrollo de actitudes positivas frente a los demás, ofrece un método para el logrote los objetivos terapéuticos.</p>	<p>Interviene en actividades adecuadas a su edad, intereses y limitaciones físicas.</p> <p>La paciente recibe atención y bienestar.</p> <p>Interviene en juegos adecuados a su edad.</p> <p>Se le da el tiempo de juego hasta que diga que ya no quiere jugar.</p> <p>Esta contenta con los materiales didácticos que se le proporcionan.</p> <p>Con el juego se siente más tranquila y menos ansiosa.</p> <p>Se incluye en el auto cuidado.</p>
---	---	--

Incluir a la paciente en la planificación y la pauta de los cuidados.		
---	--	--

11.-DXE: Riesgo de caídas relacionado con la edad.

OBJETIVO: Evitar que la paciente sufra algún tipo de caída que perjudique su salud.

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>Vigilar constantemente la actividad de la paciente, ya que por su edad tiende a ser inquieto.</p> <p>No dejar por ningún motivo a la paciente en la habitación sola.</p> <p>Mantener los barandales de la cama todo el tiempo en alto.</p> <p>Explicar al familia la importancia de mantener los barandales en alto.</p> <p>Tener lo más cerca posible de la paciente los artículos que utilice (juguetes) para evitar movimientos que le puedan provocar alguna</p>	<p>La habilidad que tenga el individuo de protegerse dependerá de su edad. El niño adquiere ese sentido del peligro a medida que se va desarrollando mentalmente, y desarrolla poco a poco la autoprotección.</p> <p>Una manera para poder evitar caídas en los pacientes pediátricos, es la de mantener permanentemente los barandales de la cama en alto, esto ayudará que sirva de barrera para evitar algún tipo de caídas.</p> <p>Cuando los objetos personales de la paciente se encuentran lo más cercano posible a su alcance, evita que realice movimientos no adecuados o bruscos que puedan provocar caídas.</p>	<p>La paciente es vigilada constantemente.</p> <p>De ninguna manera se deja a la paciente sola en la habitación.</p> <p>Tanto el personal de enfermería, como los familiares que se encuentran cuidándola, mantienen los barandales en alto todo el tiempo que sea posible.</p> <p>Los objetos que no son alcanzados por la paciente son proporcionados por los familiares.</p>

caída.		
--------	--	--

6.5. Plan de alta

Un plan de alta se realiza con el fin de prever y planificar las necesidades del paciente al salir del hospital y ser llevado a su domicilio. Se le dan indicaciones tanto a la paciente como al familiar, así como educación a la salud, sobre lo que tiene que realizar en casa para ayudar a la pronta recuperación de la paciente (su hija).

- ✓ Cuando sienta dolor, investigar primero cual es el origen del mismo, y dependiendo de ello, tomará el analgésico necesario.
- ✓ Administrará adecuadamente la medicación prescrita
- ✓ Realice una tarjeta horario para la administración de sus medicamentos, y vaya tachando en ella, los horarios en que ya se haya administrado el mismo. Así evitara equivocaciones, como sobredosis, intoxicaciones etc.
- ✓ Seguirá aplicando loción de caladril en piel 2 veces por día en zonas de irritación cutánea.
- ✓ Mantendrá el miembro afectado en elevación, para ayudar a la circulación y disminuir el edema distal.
- ✓ Moverá lo mas posible los dedos, esto ayudará a eliminar el edema.
- ✓ Colocar una compresa fría en las partes distales, con el fin de aliviar un poco el dolor y disminuir el edema.
- ✓ Mantendrá los cuidados a la férula tal como se realizaba en el hospital.
- ✓ Continuar cubriendo la fibra de vidrio con una bolsa de plástico o evitar de todas la maneras posibles, durante el baño, para no mojarla, y así evitar infección e irritación de la piel.
- ✓ Ofrecerá juegos de destreza, memoramas etc. Para que pueda jugar en la cama, con el fin de que no se aburra.
- ✓ Podrá leerle cuentos, historietas, etc.
- ✓ En caso de presentar estreñimiento, realizar masaje a marco cólico por lo menos dos veces al día.
- ✓ Darle a tomar bastante agua y aumentar la ingesta de fibra.
- ✓ De continuar con estreñimiento, deberá acudir con a la clínica para una valoración.
- ✓ No debe dejar de acudir y llevar a la niña con su medico tratante a la cita que se le fue establecida para la valoración de su mejoría.
- ✓ Si presenta dolor, frialdad de dedos, datos de infección, edema, mal olor o alguna otra anomalía en los dedos, deberá acudir de inmediato a urgencias del hospital para una nueva valoración médica.
- ✓ Tendrá que llevar una dieta nutritiva y líquidos para facilitar la unión ósea y mantener una circulación y eliminación optimas.
- ✓ Dará una dieta adecuada de acuerdo a su edad, balanceada y con un aporte abundante de líquidos, esto con el fin de evitar estreñimiento y mantener un adecuado funcionamiento de intestinos.

7. Conclusiones

La valoración de las 14 necesidades de bienestar, que como dice Virginia Henderson, deberán de estar en equilibrio, ya sea en un individuo, familia o comunidad, surgen de la interacción entre el individuo y el entorno. La percepción del individuo tiene en cuanto a su estado de salud, de su relevancia a las actividades futuras, el manejo de los riesgos para la salud y las conductas de cuidado hacia si mismo, en donde se incluyen, la necesidad de nutrición donde se tiene que valorar principalmente el consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas, la necesidad de eliminación que describe la función excretora, incluyendo intestino, vejiga y piel, el patrón de actividad, que incluye ejercicio, ocio y recreación, la necesidad de reposo y sueño, el cual incluye, reposo, relajación y descanso, la necesidad de valores y creencias, donde se da cuanta lo importante de la vida, así como creencias espirituales y relacionadas con la salud, etc., nos dará entonces la pauta para ejecutar intervenciones de enfermería, con el fin de aliviar problemas reales que atañen a la salud del individuo, y de la misma manera crear medidas terapéuticas, con el fin de evitar daños a la salud del cliente.

Toda aquella persona que este relacionada con la atención a la salud del individuo, familia o comunidad, debe prepararse constantemente, actualizándose en las innovaciones científicas y tecnológicas, que día con día van surgiendo, para poder brindar un cuidado de manera holística y humanística al individuo, que, debido a alguna alteración en la salud, requiere de una atención de calidad y calidez por parte de dicho personal.

Un profesional de enfermería, tiene que tener en cuenta y valorar las 14 necesidades del individuo, para poder darse cuenta de la independencia del mismo, y así entonces, poder establecer intervenciones a realizar para la satisfacción de las mismas, de esta manera podemos decir que se esta brindando un cuidado de manera holística, humanística, de calidad y calidez hacia a el individuo que requiere de nuestra atención.

Cuando se tiene el conocimiento del Proceso Atención de Enfermería y los elementos que lo conforman, se puede comenzar con la planeación y realización del mismo, entonces así se podrá ofrecer una mejor calidad de vida a aquel paciente, que por alguna circunstancia tenga alterada alguna o algunas de las 14 necesidades básicas del individuo que para Henderson se deben de mantener en equilibrio, y que mediante intervenciones y cuidados de enfermería se puedan conservar las que no estén alteradas y reestablecer en lo mayor posible aquellas que si estén alteradas, de tal manera que el individuo puede regresar a realizar sus actividades cotidianas en forma normal lo mas pronto posible.

Los objetivos establecidos en este trabajo se cumplieron y se pudieron observar, ya que durante la estancia hospitalaria de la paciente se pudo llevar a cabo un PAE con los cuidados e intervenciones planeados que se describieron en el mismo, teniendo como resultado la participación tanto de la paciente como de la madre, puesto que era ella quien pasaba el mayor tiempo al cuidado de la misma. Pienso que es de suma importancia que el profesional de la salud principalmente como enfermera (o) y quienes somos quienes estamos el mayor tiempo en interacción con el paciente y la familia, debemos de dar educación para la salud enfocándose principalmente en las alteraciones en las 14 necesidades encontradas una vez que se han valorado. El realizar un plan de alta es un primer paso para que la familia se involucre con la pronta recuperación de la paciente, ya que en el se describen actividades y cuidados que el familiar podrá llevar a cabo junto con otros miembros de la familia y el propio paciente, para lograr una mejor calidad de vida

8. Bibliografía

AVALOS, Beatriz, etal., **Curaciones y Tratamientos Médicos**, Reader's Digest, 1ª ed. México 1997, 480 Pág.

CARPENITO L. J., **Planes de Cuidados y Documentación Clínica en Enfermería** 4ª ed., Mc Graw Hill; España 2004, 1101 Pág. .

Diccionario Mosby, 5ª ed., Harcourt, Madrid España 2000.

FITZGERALD H. Robert, Kaufer H., etal, **Ortopedia**, Tomo 1, 2ª ed., Panamericana, México 2004.

GROANDIN, L. P etal. **Cuidados de Enfermería: Un proceso centrado en las necesidades de la persona**, 1ª ed., Mc Graw Hill, Madrid 1993, 352 Pág.

KOZIER, Bárbara, **Enfermería Fundamental: conceptos, procesos y práctica**, Tomo I, 7ª ed., MC Graw-Hill, México 2005.

MARRINER, T.A., Ruile A. M., **Modelos y Teorías en Enfermería**, 4ª ed., Harcourt Brace, España 1999.

NETTINA, Sandra M., **Enfermería práctica de Lippincott**, Vol II, 6ª ed., Mc Graw-Hill, México 1998.

RODRIGO L. Ma Teresa, **Los Diagnosticos Enfermeros: revisión crítica y Guía Práctica** , 1ª ed., Masson, Barcelona 2000, 279 Pág.

ROSALES, B. Susana, Reyes G. Eva, **Fundamentos de Enfermería**, 3ª ed., Manual Moderno, México, 2004, 556 Págs.

TORTORA, G.J .,S.R. Grabowski,"Principios de Anatomía y Fisiología",9ª ed.
Oxford, México 2001.

WONG D, Whatey F.L. , Manual Clínico de Enfermería Pediátrica, 3ª ed.
Masson, Barcelona 1993. 614 Pág.

YOSHIKO, H. H. Bertha, Ciencias de la salud, 3ª ed., McGraw-Hill, México ,2000,
533 Pág.

Vademécum Farmacéutico ipe digital; 10ª edición Rezza Editores S.A. de C.V.;
2001

<http://www.adam.com/>

<http://www.anatomia.tripod.com/>

[http://www.encolombia.com.mx.](http://www.encolombia.com.mx) **Displasia congénita: DC/ Luxación congénita de cadera: LCC/Luxación de la cadera en desarrollo** (octubre 2007)

<http://.enferorg.com.mx/>

[http://www.mapfrecajasalud.com.](http://www.mapfrecajasalud.com) **Luxación congénita de cadera** (octubre 2007)

[http://www.meridianhealth.com,mx.](http://www.meridianhealth.com,mx)

<http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealt/peds> **El recién nacido de alto riesgo** (octubre 2007)

[http://www.saludhoy.com.mx.](http://www.saludhoy.com.mx)

<http://terra.es/personal/duenaas/hom5htm> **Displasia congénita de cadera** (octubre 2007)

<http://www.vhebron.es/ortopedia/publicaciones> **Luxación congénita de cadera antes de los 3 meses de edad** (octubre 2007)

http://www.tuotromedico.com/temas/displasia_cedera_niños.htm **Displasia infantil de cadera** (octubre 2007)

9. Glosario

Abducción: Movimiento de un miembro o un segmento del miembro al separarse de la línea media del cuerpo. Se produce en el hombro, la cadera, la mano y el pie, y en las articulaciones metacarpofalángicas y metatarsofalángicas. En la mano y en el pie, la línea media empleada como referencia para los dedos es aquella que discurre a lo largo del dedo medio de la mano y del dedo medio del pie, respectivamente.

Abductor: Estructura que separa otra de la línea media del cuerpo como por ejemplo, un músculo cuya función es abducir. Se dice de cada uno de los músculos que realizan una abducción, por ejemplo, el deltoides.

Acetábulo: (acetabulum): Cavidad articular grande en forma de copa, situada en la unión del ilion, isquion y pubis, que se articula con la cabeza esférica del fémur o también llamada cavidad cotiloidea.

Adhesión: (adherencia): Banda e tejido cicatrizal que une dos superficies anatómicas que normalmente se encuentran separadas entre sí.

Anastomosis: (anastomosis): Unión quirúrgica de los conductos o vasos para permitir el paso del flujo de uno a otro.

Artrogriposis: (múltiple congénita): Rigidez fibrosa de una o más articulaciones que se observan ya en el momento del nacimiento y que suele acompañarse de un desarrollo incompleto de los músculos que mueven las articulaciones afectadas junto con alteraciones degenerativas de las motoneuronas que unen dicho músculo.

Bilateral: Que posee dos lados. Que se produce o aparece en dos lados. Que tiene dos caras.

Capsula fibrosa: Capa externa de la capsula articular que rodea la articulación entre dos huesos adyacentes. Membrana externa fuerte que rodea ciertos órganos viscerales como el hígado.

Claudicación: Cojera o debilidad. Debilidad intermitente causada generalmente por insuficiencia vascular. Dolor muscular producido por un trastorno intermitente de la función de uno o varios músculos, con carácter de contracción espasmódica e involuntaria. Ocurre durante el ejercicio y se manifiesta principalmente al caminar, desaparece con el reposo.

Colapso: Estado de depresión o de cansancio por alteraciones físicas o psicosomáticas, alteraciones caracterizadas por shock. Situación anatómica anormal de un órgano y obliteración de su cavidad.

Converger: (convergencia): Diferencia en la fuerza necesaria para girar los ojos desde el punto más lejano hasta el más cercano de convergencia.

Coxal: Hueso plano que junto al sacro contribuye a formar el esqueleto de la pelvis. Está constituido por la articulación de tres huesos íleon, isquion y pubis, que se reúnen en un hueso único durante la adolescencia. Ambos coxales se unen por delante formando la sínfisis del pubis.

Cresta: Protuberancia ósea que, como el caso de la cresta pectínea de la superficie posterior del fémur, donde se asienta el músculo pectíneo, sirve de punto de inserción a un músculo.

Decúbito: Posición acostado horizontal. Posición que adoptan las personas o animales en el suelo. Este término suele utilizarse para describir la postura "tendido", "Postrado", "echado". Puede distinguirse una triple posición de decúbito: supino, cuando el cuerpo descansa sobre la espalda, por lo que también se denomina decúbito dorsal; prono, cuando el cuerpo se tiende boca abajo; lateral, descansa sobre uno u otro costado, el izquierdo o el derecho. Para determinados ejercicios de gimnasia correctiva, de fisioterapia, relación, etc., se exigen una u otra de las formas de decúbito descritas.

Dependiente: Perteneciente o relativo al proceso de necesitar de alguien o algo ayuda. Vivir de la voluntad, protección o ayuda de algo o alguien en su actividad diaria. En Servicios Sociales, se entiende como persona dependiente aquella que precisa el concurso de otra para satisfacer sus necesidades básicas.

Epífisis: Cabeza de un hueso largo separada de la diáfisis por la placa epifisaria hasta que termina el crecimiento óseo. La placa se oblitera más tarde y la diáfisis y la cabeza se unen. Órgano nervioso productor de ciertas hormonas, de pequeño tamaño y situado en el encéfalo, entre los hemisferios cerebrales y el cerebelo. Extremo de un hueso largo unido a la diáfisis por cartílago durante la infancia y más tarde forma parte del hueso.

Estado: Situación que se especifica, como por ejemplo un estado emocional. Situación o trastorno que no remite por ejemplo estado asmático.

Estrabismo: Trastorno ocular que se caracteriza por la pérdida del paralelismo ocular. Existen dos tipos:

Estrabismo paralítico: Incapacidad de los músculos oculares de desplazar el ojo como consecuencia de una deficiencia neurológica o disfunción muscular.

Estrabismo no paralítico: Este se debe a un defecto en la posición de los dos ojos en cuanto a su relación mutua.

Espasmo: Contracción muscular involuntaria de comienzo brusco. Estos movimientos casi siempre se generan como consecuencia de conflictos orgánicos. Sirven como medio de liberación de la tensión o ansiedad.

Extracapsular: Cualquier fractura producida cerca de una articulación, pero que no afecta directamente a la capsula articular.

Férula: Dispositivo ortopédico para inmovilizar, limitar el movimiento o sostén de cualquier parte del cuerpo.

Fibrocartílago: Cartílago compuesto por una matriz densa de fibras colágenas. Entre las 3 clases de cartílago del cuerpo, el fibrocartílago es el que tiene mayor resistencia a la tracción.

Homeostasis: Mantenimiento del medio interno en un estado relativamente constante gracias a un conjunto de respuestas adaptativas que permiten conservar la salud y la vida. Conjunto de fenómenos de autorregulación, conducentes al mantenimiento de una relativa constancia en las composiciones y las propiedades del medio interno de un organismo.

Independencia: Estado o cualidad de ser independiente, autonomía; libre de influjo, dirección o control por otra persona o grupo.

Injerto óseo: Transplante de una pieza ósea de una parte del cuerpo a otra para reparar un defecto esquelético.

Laxitud: Proceso de relajación o aflojamiento.

Limbo: Borde o frontera, como en el limbo corneal en el borde de la cornea que rodea la esclerótica.

Líquido extracelular: Parte de líquido corporal compuesta por el líquido intersticial y el plasma sanguíneo. Parte del líquido corporal compuesto por el líquido intersticial y el plasma sanguíneo.

Luxación: Desplazamiento de cualquier parte del cuerpo de su posición normal y en particular el de un hueso de su cavidad articular normal. Desplazamiento de un hueso de su posición normal en una articulación. Suele tomar el nombre del hueso más apartado del centro. Puede ser congénita, espontánea, recidivante, traumática. Sus manifestaciones clínicas se caracterizan por dolor intenso, variación de la longitud del miembro debido a que el hueso no está en su cavidad

articular, incapacidad para mover la extremidad y modificación del contorno y la forma de la articulación.

Metafisis: Región del hueso en la que se une la diáfisis y la epífisis.

Metatarso valgo: Deformidad congénita del pie en la que la parte anterior rota hacia fuera, alejándose de la línea media del cuerpo, mientras el tobillo permanece recto.

Necrosis: Muerte tisular local que se produce en grupos de células como respuesta a enfermedades o lesiones. Muerte de uno o más tejidos debido a la ausencia o insuficiente cantidad de oxígeno en las células por disminución del riego sanguíneo; la parte necrosada del tejido se llama secuestro.

Oligohidramnios: Cantidad anormalmente pequeña o ausencia de líquido amniótico.

Ortesis: Sistema de fuerzas diseñado para controlar, corregir o compensar una deformidad ósea, las fuerzas deformantes o la ausencia de fuerza en el cuerpo.

Osificación: Desarrollo de los huesos. Formación de hueso o de sustancia ósea, que puede ser cartilaginosa o endocondral, membranosa o perióstica, según la materia en la que se desarrolla el hueso.

Osmosis: Movimientos de un solvente puro, como el agua a través de una membrana semipermeable desde una solución que tiene una menor concentración de solutos a una con mayor concentración de solutos. El movimiento continúa hasta que las concentraciones se igualan.

Pectíneo: El más anterior de los cinco músculos femorales internos. Su función es la flexión, adicción y rotación interna del muslo. Relativo al hueso pubis. Músculo de la región medial del muslo que se extiende desde el pubis hasta el fémur y que al contraerse aproxima el muslo a la línea media y flexiona el muslo a nivel de la articulación de la cadera.

Plagiocefalia: Malformación congénita del cráneo en la que el cierre prematuro o irregular de las suturas coronal o lambdoidea produce un crecimiento asimétrico de la cabeza, dándole un aspecto torcido o desproporcionada.

Posición: Cualquiera de las numerosas posturas del organismo, como la posición anatómica, la posición en decúbito o semi-fowler. Postura que adopta el enfermo en el lecho de forma espontánea o instintiva.

Prenatal: Que es anterior al nacimiento, que apareció existe antes del nacimiento; se aplica tanto a la atención a la embarazada, como al crecimiento y desarrollo del feto.

Quimo: Contenido viscoso y semilíquido del estomago durante la ingesta de la comida. Posteriormente pasa a través del píloro al duodeno, donde se produce el resto de la digestión.

Sínfisis: Línea de unión; especialmente articulación cartilaginosa en la cual las superficies óseas adyacentes están firmemente unidas por fibrocartílago.

Subluxación: Luxación parcial.

Tenotomía: Sección total o parcial de un tendón con objeto de corregir un desequilibrio muscular así en la corrección del estrabismo o pie zambo. Tratamiento quirúrgico ortopédico que consiste en la sección de los tendones y alargamiento de los mismos, generalmente a cielo abierto y sólo raramente por vía subcutánea. En la mayoría de las ocasiones se realiza para eliminar el dolor, corregir posiciones viciosas o desviaciones o para mejorar la función.

Teratología: Estudio de las causas y efectos de las malformaciones y los desarrollos anormales.

Tortícolis: Situación anormal consistente en la inclinación de la cabeza hacia un lado debido a contractura muscular del cuello. Puede ser congénita o adquirida. El tratamiento puede ser desde la aplicación de calor local a la cirugía dependiendo de la gravedad y causa.

Transición: Sistema utilizado para colocar una extremidad, hueso o grupo muscular bajo tensión mediante un juego de pesas y poleas, alineando e inmovilizando la zona o aliviando la presión existente sobre ella.

Vísceras: Cualquiera de los órganos internos contenidos en las cavidades abdominal, torácica, o pélvica del cuerpo. Cualquiera de los grandes órganos contenidos en el interior de las cavidades del cuerpo, como por ejemplo hígado, estómago o páncreas.

10. Anexos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

1.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Domicilio: Edad:
Sexo: Nacionalidad: Fecha de nacimiento:
Ocupación: Escolaridad: Religión:
Lugar de origen: Familiar responsable:

2.-PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FÍSICO

Casa propia : rentada prestada no.
de habitaciones:
Tipo de construcción: animales domésticos:
Características (ventilación, iluminación) :

SERVICIOS SANITARIOS

Agua intradomiciliaria:
Alumbrado público:
Pavimento :

ELIMINACIÓN DE DESECHOS

Drenaje: letrina fosa séptica
Control de basura:

VÍAS DE COMUNICACIÓN

Pavimentación:
Carreteras:
Taxi:
Colectivos:
Metro:
Carro particular:
Teléfono:
Camiones:

RECURSOS PARA LA SALUD (a cual de estas instituciones acude cuando tiene algún problema de salud)

Centro de salud:

IMSS:
ISSSTE:
Consultorio particular:
Otro

HÁBITOS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS

ASEO

Baño (tipo y frecuencia):

Lavado de manos (frecuencia):

Bucal (frecuencia):

Cambio de ropa personal (total y frecuencia):

ALIMENTACIÓN

Tipo de alimento	No. de veces a la semana
CARNE	
VERDURAS	
FRUTAS	
LEGUMINOSAS (frijol, haba, garbanzos alubias, lentejas etc.)	
PASTAS	
LECHE	
HUEVO	
TORTILLAS	
PAN	
AGUA lts X día	

ELIMINACIÓN

Horario y características de las heces fecales:

DESCANSO

Tipo y frecuencia:

Sueño (horario y características):

Diversión y o deportes:

Trabajo y/o estudios:

COMPOSICION FAMILIAR

FAMILIAR	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA

COMPORTAMIENTO (conducta cotidiana)

Agresivo:

Tranquilo:

Indiferente:

Alegre :

Cooperador:

Tímida:

Manipuladora:

3.-ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Grupo y Rh:

Tabaquismo:

Alcoholismo:

Fármaco dependencia:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Diabetes:

Epilepsia:

HTA:

Cardiopatías:

Neuropatías:

Enf. Infecto contagiosas:

Toxoplasmosis:

Antecedentes quirúrgicos:

Antecedentes transfusionales:

Antecedentes traumáticos:

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Sífilis:

S.I.D.A.:

Malformaciones congénitas:

Consanguinidad:

Retraso mental:

Trastornos psiquiátricos:

Cardiopatías:

Neuropatías:

4.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

CARDIORESPIRATORIO

Palpitaciones:

Acúfenos:

Fosfenos:

Lipotimias:

Dolor torácico:

Ruidos cardiacos:

Disnea:

Edema:

Cianosis:

Tos:

Disfonías:

Expectoración.

DIGESTIVO

Apetito:

Pirosis:

Disfagia:

Vómito:

Náuseas:

Dolor abdominal.

Regurgitaciones:

Meteorismo:

Distensión:

Ruidos peristálticos (aumentados):

Constipación:

Diarrea:

Hematemesis o melena:

Pujo y tenesmo.

GENITOURINARIO

Dolor :

Disuria.

Tenesmo:

Hematuria:

Piuria:

Poliuria:

Escurrecimiento uretral:

Dismenorrea:

Prurito:

Leucorrea:

Patología mamaria:

NERVIOSO

Cefalea.

Temblores:

Depresión:

Ansiedad:

Aislamiento:

Insomnio.

Falta de memoria:

Inconciencia.

Anisócoria:

Midriasis:

Mitosis:

MUSCULOESQUELÉTICO

Deformidades óseas, articulares y musculares.

Tipo: displasia de cadera

Malgias:

Artralgias:

Varices:

Crepitación:

ROTS:

Polidipsia:

Polifagia:

Perdida de peso:

Aumento de peso:

Galactorrea:

Sudoración.

Diabetes:

Hipertricosis:

Hipertiroidismo:

Hipotiroidismo:

PIEL Y ANEXOS

Hiperpigmentación:

Alergias:

Edema:

Hipoacusia:

Trastornos del olfato:

Apigmentación:

Dermatosis:

Prurito.

Dolor:

Conjuntivitis.

Acné:

Heridas:

Otorrea:

Rinorrea:

Epistaxis:

5.-EXAMENES DE LABORATORIO

GABINETE Y LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE
250406 BH Leu Erit HB HTC DLT PTC VCM HCM CCMH IDE UPM IDP DIFERENCIA LIN % MON% GRAN% LIN MON GRAN QS GLUCOSA UREA CREAT COAGULACIÓN TP INR Tromboplastina		

parcial		
GRUPO SANGUINEO		

- PROBLEMAS DETECTADOS
(DE MAYOR A MENOR IMPORTANCIA)
- 1.-NUTRICIÓN
 - 2.-ELIMINACIÓN
 - 3.-MOVILIDAD
 - 4.-HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL
 - 5.-ACTIVIDADES RECREATIVAS
 - 6.- EVITAR PELIGROS

*Nota: El instrumento fue cambiado en algunos puntos, debido a la edad del paciente.