

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería aplicado a un lactante menor con displasia de cadera
atendido en el servicio de Crecimiento y Desarrollo de un establecimiento de salud en
Huaral, 2018**

Por:

Neysa Gissela Florecín Verástegui

Asesor:

Dra. María Ángela Paredes Aguirre De Beltrán

Lima, diciembre de 2018

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

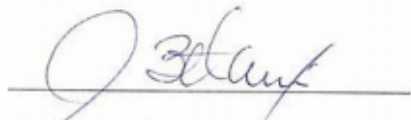
Yo, MARÍA ANGELA PAREDES AGUIRRE DE BELTRÁN, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: ***“Proceso de atención de enfermería aplicado a un lactante menor con displasia de cadera atendido en el servicio de Crecimiento y Desarrollo de un establecimiento de salud en Huaral, 2018”*** constituye la memoria que presenta la licenciada NEYSA GISSELA FLORECÍN VERÁSTEGUI, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado Integral Infantil, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los dos días del mes de enero de 2019.



Dra. María Ángela Paredes Aguirre


“Proceso de atención de enfermería aplicado a un lactante menor con displasia de cadera
atendido en el servicio de Crecimiento y Desarrollo de un establecimiento de salud en
Huaral, 2018”

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de especialista en enfermería en Cuidado
Integral Infantil

JURADO CALIFICADOR


Mg. Neal Reyes Gastañadui
Presidente


Mg. Rocío Suárez Rodríguez
Secretaria


Dra. María Ángela Paredes Aguirre
Asesor

Lima, 6 de diciembre de 2018

Contenido

Contenido	iv
Dedicatoria.....	vii
Agradecimiento	viii
Índice de tablas	ix
Símbolos usados	x
Resumen	xi
Capítulo I.....	12
Proceso de atención de Enfermería	12
Valoración.....	12
Datos generales.....	12
Resumen de motivo de ingreso	12
Situación problemática.....	12
Valoración por patrones funcionales.....	15
Listado de características significativas.	20
Diagnósticos de enfermería.....	22
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	22
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.	25
Planificación.....	26
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	26
Planes de cuidados	27
Ejecución.....	39
SOAPIE.....	39

Evaluación.....	44
Capítulo II.....	46
Marco teórico.....	46
Antecedentes	46
Internacional.....	46
Nacional.....	48
Marco conceptual	51
Desarrollo psicomotor del niño(a).....	59
Desequilibrio nutricional	62
Cansancio del rol en el cuidador	63
Modelo teórico	64
Capítulo III	66
Materiales y métodos.....	66
Tipo y diseño.....	66
Sujeto de estudio	66
Delimitación geográfica temporal.....	66
Técnica de recolección de datos.....	67
Consideraciones éticas	67
Capítulo IV	69
Resultados, análisis y discusión	69
Resultados	69
Análisis de los diagnósticos	69
Discusión:.....	77
Capítulo V	79

Conclusiones y recomendaciones.....	79
Conclusiones	79
Recomendaciones.....	80
Referencias	81
Apéndice.....	87
Apéndice A: Consentimiento informado	88
Apéndice B: Guía de valoración	89
Apéndice C: Ficha de visitas domiciliarias	92
Apéndice D: Escala de Evaluación de Desarrollo (EEDP).....	92
Apéndice E: Tabla de resumen de edad hitos del desarrollo psicomotor.	94

Dedicatoria

A mi familia y a todos los que me han apoyado y creído en mí. A mis colegas y docentes de la especialidad por todo lo que me ha ayudado a crecer.

A los padres y familiares de la niña que participaron en este caso”

Agradecimiento

Mi sincera gratitud a mi colega Katherine Mescua Fasanando por su apoyo para el desarrollo del presente trabajo.

A todas las docentes quienes nos impartieron sus conocimientos y sobre todo por su apoyo incondicional brindado, por la paciencia, por la sabiduría y el tiempo dedicado a este proceso e atención de enfermería.

A la universidad por estos años de preparación y hacer de nosotras buenos profesionales.

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Examen de Hemoglobina</i>	14
Tabla 2. <i>Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería</i>	69

Símbolos usados

DLC: Displasia luxante de cadera

DDC: Displasia de cadera

CRED: Crecimiento y desarrollo

EEDP: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor

OMS: Organización Mundial de la Salud

ENDES: Encuesta nacional de demografía y salud.

AOA: Alimentos de origen animal.

MINSA: Ministerio de Salud

PAE: Proceso de atención de enfermería

TAP: Test abreviado peruano

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

T°: Temperatura

FR.: Frecuencia respiratoria

FC.: Frecuencia cardíaca

PC.: Perímetro Cefálico

IMC.: Índice de masa corporal

CD.: Coeficiente de desarrollo

DX.: Diagnóstico

POSNA.: Sociedad de Ortopedia Pediátrica de América del Norte

AAOS.: Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos

Resumen

La displasia de cadera o DLC; es una patología en la cual, la cabeza del fémur y el acetábulo no están correctamente alineados, cuyo diagnóstico oportuno es fundamental en los primeros meses de vida. Objetivo: evidenciar la detección oportuna y adecuada por medio de un examen físico desde el nacimiento por el profesional de enfermería. Metodología: el diseño fue el estudio de caso mediante la aplicación del PAE, un método de resolución de problemas que ayuda a valorar y establecer las necesidades y/o problema del niño(a); realizar los cuidados de enfermería necesarios de enfermería, evaluar el impacto de dichos cuidados con el resultado obtenido. La técnica para recolección de datos utilizada fue entrevista a la madre, encuesta, examen físico y visita domiciliaria. Resultados: de los resultados esperados el 60% se alcanzó medianamente y 40% no se logró alcanzar. Conclusiones: se analizó la importancia de esta patología con el objetivo de detectar precozmente la afección y disminuir complicaciones futuras mediante el proceso de atención de enfermería (PAE). Así mismo de los 5 diagnósticos de enfermería formulados; dos de ellos está en proceso de mejora por ser a largo plazo, por otro lado, el niño continúa acudiendo a sus terapias físicas y de manera regular a sus citas de control de crecimiento y desarrollo.

Palabras clave: Displasia de cadera, lactante y proceso de atención de enfermería.

Capítulo I

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales

Nombre: L. P.D.K

Fecha de Nacimiento: 27/04/2017

Sexo: Femenino.

Edad: 8 meses.

Servicio: Crecimiento y desarrollo.

Nº de Historia Clínica: 77029.

Fecha de Atención: 28/01/2018

Hora: 11:30 am

Motivo de consulta: Control CRED.

Diagnóstico Médico: Displasia de cadera

Resumen de motivo de ingreso

Lactante menor de 8 meses es traída por su madre al Servicio de CRED, para sus controles antropométricos y calendario de vacunación. Actualmente consume su alimentación complementaria más leche materna, presentando como antecedente que desde los 2 meses recibe lactancia mixta, por falta de producción de la madre y riesgo nutricional.

Situación problemática

Paciente lactante menor de sexo femenino, es traído por su madre al servicio de CRED e Inmunizaciones para su atención, a la entrevista la madre refiere: “nunca el médico me dijo que mi bebé había nacido con displasia de cadera hasta que fue detectado en su control CRED y lo

lleve al especialista para que me confirme, además como soy mama primeriza tal vez no le supe cuidar, actualmente lo llevo a cada control que me citan y tengo mucho cuidado al movilizarla por el arnés que usa porque tengo un poco de miedo que no pegue su huesito”, se muestra animosa de ayudar en la recuperación de su niño; con diagnóstico médico: displasia de cadera de grado moderado 27/25.

Se realiza la valoración, como el EEDP, a la cual se encuentra activa, afebril, en REN, REH, sonríe al estímulo se mantiene sentada, coge objetos, los tira y emite sonidos como má, ma, ma... disfrutando de los sonidos. Al examen físico según trayectoria céfalo caudal presenta fontanelas normotenso con medida anterior de 1cm, se observa dos dientes en la mandíbula inferior, piel hidratada, tibia a la palpación, orejas con cartílago fuerte que regresan rápidamente al doblar, respuesta de parpadeo ante la luz intensa, con aleteo nasal sin congestión respiratoria, boca hidratada, cuello sin tumoraciones palpables, tórax conservado, glándulas mamarias conservadas, abdomen blando distendido a la palpación con ausencia de dolor, miembros cortos con relación al tronco, planta de pies con pliegues conservados. Fuerza muscular disminuida y grado de dependencia III (usando arnés).

Funciones vitales

T: 36.5

FC: 86 latidos por minuto.

FR: 36 respiraciones por minuto.

Saturación de oxígeno: 96%.

Funciones biológicas

Apetito: Normal, pero en poca cantidad.

Sed: Aumentado.

Sueño: Conservado.

Deposición: En pañal (una vez al día)

Diuresis: En pañal (4 a 5 pañales por día)

Funciones Antropométricas.

Peso: 8 kg.

Talla: 67 Cm

PC: 45.7 Cm

Peso/Edad (P/E): riesgo

Talla/Edad (T/E): riesgo

Peso/Talla (P/T): normal

Exámenes auxiliares:

Tabla 1. Examen de hemoglobina

Hemograma	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Hemoglobina	11,3	g/d	11 - 14

Fuente 1: Resultado de laboratorio correspondiente 27/01/18.

Este análisis mide los niveles de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína de los glóbulos rojos que lleva oxígeno de los pulmones al resto del cuerpo. Los niveles anormales de hemoglobina podrían ser signo de un trastorno de la sangre. El análisis de hemoglobina se usa comúnmente para detectar anemia. Paciente lactante menor presenta una hemoglobina dentro de los valores normales 11.3g/dl. (Anónimo, 2018).

Valoración por Patrones Funcionales

Patrón percepción- control de la salud.

Dx. Medico: Displasia de cadera

Estado de Higiene: buena

Bajo peso: No

Prematuridad: No

Recibe micronutrientes: Si

Datos del Padre:

Ocupación: Obrero Empresa San Fernando

Displasia de Cadera (hija del hermano).

Datos de la Madre:

Embarazo: Normal

N° de Controles P.N.: 08

N° de Embarazo: 01

Parto: Eutócico

Edad Gestacional: 39 ss.

Datos del niño:

Peso al nacer: 3 170 gr.

Talla al nacer: 50 c.m.

Perímetro Cefálico: 35 c.m.

Apgar 1er y 5to min.: 8 -9

Hospitalizaciones previas: No

N° control CRED.: 8vo Control

Estado vacunal al día: Sí.

Patrón nutricional metabólico

La fase inicial de tratamiento con arnés implica estar 24h sometiendo la piel a presiones con riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Estado nutricional: Riesgo en talla (GIT)

Ganancia de peso: Adecuada

Inicio de alimentación complementaria: 6 meses

Apetito: Normal

Dificultad para Deglutir: No

Alimentación complementaria: Sí

Características y consistencia: Aplastada o picada con ayuda

Nro. de comidas: 3 a 4 veces

Cantidad de alimento que consume: 7 a 8 cucharas

A la fecha ingiere alimentos picados y aplastados con ayuda en poca cantidad algunos días haciendo que su estado nutricional sea lento.

Le da alimentos ricos en hierro: Sí

Frutas Si (x) “la madre prefiere frutas frescas y de acuerdo a la estación.”

Lactancia después de los 6 meses: Sí (x)

Alimentos que le disgustan: cereales, yema de huevo

Dentición: 02 en la parte inferior

Hidratación: Hidratado (x)

Fontanelas: Normotensa

Cabello: Normal (x)

Mucosas orales: Hidratadas (x)

Patrón eliminación

La paciente mantiene un patrón de eliminación normal sin verse alterado por las circunstancias de su tratamiento. Escasas veces ha presentado estreñimiento.

N.º de deposiciones/Día: 1 vez cada día. Características: amarilla, suave algunas veces dura.

Estreñimiento: No, solo las veces que no ingiere mucho líquido.

Micción Espontánea: Sí

Patrón actividad y ejercicios

Al estar 24h inmovilizada y manteniendo la abducción de caderas, D.K.L.P. presenta una disminución de la movilidad dentro de su periodo de desarrollo.

Actividad respiratoria:

Respiración: FR, 30 resp. x por minuto

Amplitud: profunda

Tos: no

Secreciones: No

Pulso: regular

Fuerza/tono Muscular: hipotonía

Movilidad de Miembros: limitada por el arnés.

Maniobra Ortolani: (no se realiza porque se sabe el diagnóstico)

Evaluación de miembros inferiores: movilidad conservada

Alteración de miembros inferiores: Sí

Nivel general de actividad del niño: activa.

Patrón perceptivo cognitivo

Al observar a la paciente apreciamos que no se queda tranquila por momentos y reacciona al estímulo, coge y tira objetos, así también identifica a las personas que están a su alrededor con una sonrisa.

Nivel de Conciencia: despierto

Pupilas: isocóricas, foto reactivas.

Facie: sonrosada

Ojos: normales reacciona a estímulos de la luz.

Orejas: pabellones auriculares simétricos

Boca: pequeña e hidratada.

Lengua: normal

Conocimientos insuficientes de la madre sobre cuidados a niños con displasia de cadera.

Descripción de evaluación de los reflejos:

Reflejo de Babinski: se observó al acariciar la planta del pie hasta el dedo gordo, este reaccionó y se dobló hacia la parte superior, otros dedos se abrieron en forma de abanico.

Reflejo de Galant: Se observó cuando colocamos al lactante boca abajo y rozamos con dos dedos a los lados de la columna de arriba hacia abajo, responde curvando la columna hacia el lado estimulado. (Anónimo,2018).

Reflejo de Landau: Se realizó al colocar a la niña boca abajo sobre su brazo formando un ángulo recto con el antebrazo, él lactante endereza su tronco, extremidades y cabeza hacia arriba.

Desarrollo Psicomotor: EEDP, según el perfil riesgo de retraso en el desarrollo.CD:71

Reflejo De Gateo: Se realizó para ver su intento de gateo y colocamos a la niña sobre el abdomen. El lactante intenta realizar sus movimientos con las piernas y mueve las manos como

si estuviera nadando, pero con ligera dificultad debido al tiempo que permanece con el arnés.

(Anónimo, 2017).

Patrón descanso- sueño

El descanso entre tomas y el sueño no se ve alterado en ningún momento por el tratamiento a seguir.

Sueño: Nro. de horas de Sueño: 6 a 8 horas de día y de noche

Alteraciones en el Sueño: no

Nro. de hora de sueño de la madre: 5 a 6 horas

Patrón autopercepción-autoconcepto

No valorable.

Patrón relaciones – rol

Se relaciona con el entorno

El cuidado de la niña está a cargo de sus padres primerizos.

La mamá se relaciona con la niña adecuadamente

El papá trabaja y solo apoya los días de descanso.

La relación de los padres es positiva, debido a que ambos padres se apoyan los días que están en casa haciendo que la madre de la lactante se sienta cómoda y apoyada.

Entorno familiar bueno recibiendo apoyo de los suegros y padres en esta etapa de recuperación de la niña.

Patrón adaptación -afrentamiento/tolerancia al estrés

Al diagnóstico de la displasia de caderas es tomada con bastante nerviosismo de parte de los padres por lo que poco a poco fueron comprendiendo que no era tan grave, pero había días cuándo acudían a sus controles de la lactante demostrando ansiedad por pensar que podían

lastimarla al momento de sentarla, cargarla ante los cambios de pañal o al simple hecho de ver a la niña patear cuando era retirado el arnés por un momento.

Reactividad: Activa

Estado Emocional: Tranquila algunas veces, irritable por el arnés

Llanto Persistente: No

Participación de la familia en las Actividades Diarias: Si

Estado emocional de los padres: Madre ansiosa algunas veces.

El padre participa pasivamente en el cuidado de la niña.

Sexualidad reproducción

Genitales: normales para su edad, sin laceración.

Otras alteraciones: ninguno

Patrón valores y creencias

Este patrón no se ve alterado en D.K.L.P.

Restricción Religiosa: No

Religión de los Padres: católico

Uso de métodos no tradicionales en el cuidado: Si (pasar huevo la abuela materna)

Procedencia de los padres: Huaral

Listado de características significativas.

Patrón percepción- control de la salud.

Dx. Medico: Displasia de cadera

Test de Desarrollo: EEDP: Retraso en el desarrollo CD.69

Resultado: Retraso del desarrollo.

Patrón actividad y ejercicios

Fuerza/tono Muscular: hipotonía

Movilidad de Miembros: limitada por el arnés.

Alteración de miembros inferiores: si

Patrón perceptivo cognitivo

Alteración Sensorial: lenguaje

Desarrollo Psicomotor: EEDP, según el perfil, riesgo retraso en el desarrollo.CD:73

Conocimientos insuficientes de la madre sobre cuidados a niños con displasia de cadera.

Patrón sueño – descanso

Sueño: Nro. De horas de Sueño: 6 a 8 horas de día y de noche

Nro. De hora de sueño de la madre: 5 a 6 horas

Patrón adaptación -afrentamiento/tolerancia al estrés

Estado Emocional: Algunas veces irritable por el arnés

Estado emocional de los padres: madre ansiosa algunas veces.

El padre participa pasivamente en el cuidado de la niña.

Patrón nutricional metabólico

La fase inicial de tratamiento con el arnés implica estar 24h sometiendo la piel a presiones, con riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Estado nutricional: Riesgo en talla (GIT)

A la fecha ingiere alimentos picados y aplastados con ayuda en poca cantidad algunos días haciendo que su estado nutricional sea lento.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de retraso en el desarrollo

Código: 00112

Dominio: 13 Crecimiento y desarrollo

Clase: 2 desarrollo

Página: 452

Definición: Vulnerable a sufrir un retraso del 25% o más en las áreas de la conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud y una duración inferior a seis meses.

Factor relacionado: trastorno genético o congénito: displasia

Características definitorias:

Enunciado de enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con trastorno genético o congénito.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física

Código: 00085

Dominio: 4 actividad/reposo.

Clase: 2 actividad/ ejercicio.

Página: 219

Definición: limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Factor relacionado: disminución de la fuerza muscular.

Características definitorias: disminución de las habilidades motoras gruesas.

Enunciado de enfermería: deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular e/p disminución de las habilidades motoras gruesas.

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

Código: 00002

Dominio: 2 nutrición

Clase: 1 ingestión

Página: 163

Definición: Consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

Factor relacionado: ingesta diaria insuficiente.

Características definitorias: riesgo de peso y talla baja.

Enunciado de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado por riesgo de peso y talla baja.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la Integridad Cutánea

Código: 00047

Dominio: 11 seguridad/ protección.

Clase: Lesión física

Página: 387

Definición: vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.

Factor relacionado: factor mecánico e inmovilidad física (arnés).

Características definitorias:

Enunciado de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c. Factor mecánico e inmovilidad física.

Etiqueta diagnóstica: *Riesgo de cansancio del rol del cuidador*

Código: 00062

Dominio: 7 Rol / Relaciones

Clase: 1 Rol del cuidador

Página: 282

Definición: vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol del cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud.

Factor relacionado: tiempo de descanso del cuidador insuficiente.

Características definitorias:

Enunciado de enfermería: riesgo de cansancio de rol de cuidador r/c Tiempo de descanso del cuidador insuficiente.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería.

- 1) Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con trastorno genético o congénito
- 2) Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular evidenciado por disminución de las habilidades motoras gruesas.
- 3) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado por riesgo de peso y talla baja.
- 4) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con factor mecánico e inmovilidad física.
- 5) Riesgo de cansancio de rol de cuidador relacionado con tiempo de descanso del cuidador insuficiente.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

- 1) Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con trastorno genético o congénito.
- 2) Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular evidenciado por disminución de las habilidades motoras gruesas.
- 3) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado por riesgo de peso y talla baja.
- 4) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con factor mecánico e inmovilidad física.
- 5) Riesgo de cansancio de rol de cuidador relacionado con tiempo de descanso del cuidador insuficiente.

Planes de cuidados

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado por trastorno genético o congénito.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>El lactante disminuirá el riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor en el lapso de tres meses después de retirar el arnés.</p>	<p>1.- Informar a los padres previamente sobre la evaluación del desarrollo psicomotor.</p> <p>2.-Evaluar el desarrollo del lactante mediante la aplicación de la Escala de evaluación de desarrollo EEDP.</p>	<p>1.- Según estudios el informar es la pieza básica en la relación personal de salud-paciente ya que contribuye en la recuperación de los pacientes en muchos casos de manera positiva sobre el cumplimiento terapéutico y la satisfacción del usuario, en un entorno relacional paternalista en el que el médico (el experto) toma las decisiones que conciernen al paciente. (Ruiz, 2004).</p> <p>2.-El test de desarrollo EEDP es el instrumento que permite al profesional medir el rendimiento de los niños de 0 a 24 meses frente a ciertas situaciones que requieren ser resueltas determinando de esta manera el grado de desarrollo psicomotor del niño. Estará comprendido por la evaluación de</p>

	<p>3.-Crear una relación armoniosa con los padres.</p> <p>4.-Brindar pautas de atención temprana de desarrollo (DIT) a la madre y/o cuidador.</p>	<p>cuatro áreas: lenguaje, coordinación, motora y social. (NTS, 2017).</p> <p>3.- El establecer una relación médica/paciente/familia efectiva es la herramienta más importante para un tratamiento exitoso, y la disponibilidad y el tiempo que el personal de salud le dedica en la consulta, son por sí solos los dos factores más valiosos para un resultado adecuado. (Garza, Gutierrez, & Ramirez, 2006).</p> <p>4.-La atención temprana del desarrollo es un conjunto de acciones orientadas a brindar condiciones adecuadas que promoverán el desarrollo integral del niño o niña durante los tres primeros años de vida ,en un ambiente de respeto de sus capacidades y contexto cultural .Lo cual busca que la niña y el niño puedan desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas ,motrices ,afectivas, sociales y comunicacionales ,que permitirá que interactúen de manera segura y logren autonomía progresiva (NTS, 2017).</p>
--	---	---

	<p>5. Educar a los padres a utilizar un lenguaje claro para un mejor desarrollo del niño.</p> <p>6. Realizar la derivación del niño al Servicio de Medicina General para la referencia al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Público de la jurisdicción para iniciar las terapias correspondientes.</p> <p>7.- Citar a sus controles CRED mensualmente y evaluar.</p>	<p>5.-El lenguaje es fundamental en el desarrollo del niño/a ya que cumple una función no solamente de comunicación; si no también de sociabilización, humanización del pensamiento y autocontrol de la propia conducta. Así mismo los padres deben aprender a emitir sonidos y gestos en los primeros meses para el que el niño/a lo imite y orientación de profesional de salud. (Diaz, 2009).</p> <p>6.- La Medicina Física y Rehabilitación, consiste en reducir el impacto de una discapacidad de manera que se le permita la paciente favorecer su independencia, autonomía en sus áreas comprometidas que afectan su desarrollo normal hasta lograr su completa recuperación y obtener una máxima satisfacción para los padres y familiares. (Garrison, 2005).</p> <p>7.-Esta evaluación nos ayudara a descartar de manera oportuna las alteraciones que pongan en riesgo su desarrollo psicomotor. (NT-Cred-2017).</p>
--	--	--

Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular evidenciado por disminución de las habilidades motoras gruesas (arnés).

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo General:</p> <p>Paciente lactante menor recuperará su movilidad física al mes de retirar el arnés.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>1.-Paciente lactante menor recuperará de manera progresiva su área motora.</p>	<p>1.-Explicar a la madre las terapias físicas y realizar los ejercicios interdiarios.</p> <p>2.-Enseñar a la madre pautas de ejercicios físicos pasivos y activos a fin de mejorar la hipotonía.</p>	<p>1.-Al informar a los padres sobre el problema en el desarrollo psicomotor de la niña ellos podrán identificar las posibles causas y así participar de sus cuidados para poder estimularla en el desarrollo apropiado de su lenguaje u otra área. (Gracia, Mescua & Rodríguez, 2017).</p> <p>2.-La hipotonía en niños consiste en la existencia de un tono muscular generalizado por debajo de lo esperado, lo cual hace que tengan más dificultades en alcanzar las distintas etapas en el desarrollo psicomotor. Así mismo se propone actividades de intervención que deberá ser adecuada a los objetivos en función de las características del niño (Barrios, 2011).</p>

<p>2.-Paciente lactante menor mejorará sus habilidades con sus controles CRED.</p>	<p>3.- Realizar la monitorización de las extremidades inferiores, utilizando el EEDP y TAP.</p> <p>4.-Brindar consejería a la madre para los autocuidados: alimentación, vestimenta e higiene del niño.</p> <p>5.-Monitorizar el cumplimiento de los compromisos acordados durante la consulta de CRED mediante la visita domiciliaria.</p>	<p>3.-El TAP o el EEDP son instrumentos que nos permite evaluar las habilidades del niño, así como su desarrollo (motora, lenguaje, social y coordinación) de acuerdo a su edad. (Rodríguez, 2014).</p> <p>4.-El autocuidado es importante para mantener un estado de salud óptimo y prevenir situaciones que puedan afectar su desarrollo físico, mental del niño. (Zegarra, 2016).</p> <p>5.-Las visitas domiciliarias, es un instrumento importante de apoyo a las familias vulnerables, permitiendo que los padres y madres identifiquen los factores de riesgo presentes en su familia; de tal manera que permite una intervención precoz y disminución de los efectos que largo plazo.(MINSa, 2014).</p>
--	---	--

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con ingesta diaria insuficiente evidenciado por riesgo de peso y talla baja.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente lactante menor mejorará su desequilibrio nutricional al mes de su control CRED.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>1.- Paciente evidenciará ganancia adecuada de peso.</p>	<p>1.-Informar al cuidador del tiempo que debe seguirse la dieta rica en nutrientes.</p> <p>2.-Analizar las posibles causas del bajo peso o talla y los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer.</p>	<p>1.-La comunicación es el proceso mediante el cual el profesional de enfermería establece una relación con el paciente y/o cuidador. Además, es importante tener una adecuada comunicación con el entorno familiar, un trato afectivo, sonreír e interpretando gestos, entre otros. (Naranjo & Ricaurte, 2006)</p> <p>2.- La evaluación del estado nutricional a través de las mediciones del peso y la talla es la base del monitoreo del crecimiento y desarrollo. (CENAN & UNICEF, 2004)</p>

<p>2.- Paciente presentará talla adecuado para la edad.</p>	<p>3.-Considerar las preferencias alimenticias del paciente para poder seleccionar a su gusto los alimentos de mayor valor calórico</p> <p>4.-Derivar al paciente a un dietista/experto en nutrición si es preciso y control mensual del peso y la talla.</p> <p>5.-Valorar la necesidad de suplementos nutricionales-MMN.</p>	<p>3.- Es el conjunto de procesos mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía que permite el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento general de la vida. (MINSa, Sf).</p> <p>4.-El cuidado en la determinación del peso y la talla nos permite obtener medidas de alta calidad, que aseguran un diagnóstico correcto en el niño y evitar complicaciones. (CENAN & UNICEF, 2004).</p> <p>5.- Los MMN son alimentos constituidos por elementos químicos menos complejos y que el organismo necesita en pequeñas cantidades para su nutrición. (MINSa, Sf).</p>
---	--	---

	<p>6. Realizar Sesiones demostrativas de comida ricas en proteínas y hierro.</p> <p>7. Realizar dosaje de hemoglobina.</p> <p>8. Realizar control mensual de peso y talla.</p> <p>9. Realizar las visitas domiciliarias.</p>	<p>6. La Sesiones demostrativas, es una actividad educativa en la cual la madre aprenderá a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña. (Villar & Lazaro, 2013).</p> <p>7. El análisis de hemoglobina mide los niveles de hemoglobina en la sangre. (Anónimo,2018).</p> <p>8. El monitoreo o control del crecimiento y desarrollo es la evaluación del estado nutricional a través de la medición del peso y la talla del niño. (CENAN & UNICEF, 2004).</p> <p>9. Las visitas domiciliarias, es un instrumento importante de apoyo a las familias vulnerables, permitiendo que los padres y madres identifiquen los factores de riesgo presente en su familia; de tal manera que permite la intervención precoz y la disminución de los efectos que éstos puedan tener a largo plazo. (MIMP, 2014).</p>
--	--	---

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con factor mecánico e inmovilidad física.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo General</p> <p>Paciente lactante disminuirá riesgo de deterioro de la integridad cutánea de manera oportuna durante el proceso de recuperación.</p>	<p>1.-Educar a la madre sobre cómo detectar alteraciones sobre la integridad cutánea de la niña paciente.</p> <p>2.-Cambiar de posición según lo indique el estado de la piel.</p> <p>3.-Realizar los masajes en zona afectada con cremas re hidratantes.</p> <p>4.-Acostar al paciente en zona segura.</p>	<p>1.-A través de la valoración podemos identificar alteraciones cutáneas para poder intervenir oportunamente. (Garcia, 2007)</p> <p>2.-Mejoran la circulación sanguínea y disminuyen la presión en prominencias óseas. (Garcia, 2007)</p> <p>3.-Los masajes favorecen la circulación, evitando lesiones. (Garcia, 2007).</p> <p>4.-El empleo de accesorios seguros en los niños en cuna, disminuye el riesgo de caídas. (Garcia, 2007).</p>

	<p>5.-Realizar el tendido de la cuna evitando arrugas.</p> <p>6.-Vigilar el color de la piel.</p> <p>7.-Educar, aconsejar, orientar sobre los cuidados de la piel al cuidador y/o familias.</p>	<p>5.-Una cuna correctamente tendida sin arrugas, evita lesión en tejidos en prominencias Oseas. (Garcia, 2007)</p> <p>6.-Una adecuada información a la familia mejora los cuidados y calidad de vida dentro y fuera del establecimiento.</p> <p>7. Toda actividad o procedimiento debe ser registrado en la historia clínica del niño por la enfermera. (Garcia, 2007)</p>
--	---	---

Riesgo de cansancio de rol de cuidador relacionado con tiempo de descanso del cuidador insuficiente.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general</p> <p>Cuidador del paciente reducirá su riesgo de vulnerabilidad por la dificultad que representa el desempeño de su rol.</p>	<p>1. Brindar apoyo emocional a la familia del paciente.</p> <p>2.-Intercosulta a psicología para que ayude a superar cualquier duda durante la etapa de aceptación por ser padres primerizos.</p>	<p>1.- El apoyo emocional es muy importante y se ha encontrado que los cuidadores con un buen funcionamiento familiar, tenían menos tensión y carga de manera significativa, en comparación con los cuidadores con desavenencias familiares. (Pajares, 2012).</p> <p>2.-Es importante el apoyo del profesional para disminuir la ansiedad y otros trastornos que puedan alterar el estado emocional del cuidador al confirmar el diagnóstico. (González, Aguilar, Álvarez, Padilla & González ,2012).</p>

	<p>3.- Fomentar las competencias parentales mediante el acuerdo con los padres sobre criterios y comportamientos a seguir con su niño.</p> <p>4.-Orientar a la madre sobre el paquete integral de salud.</p>	<p>3.- Técnica de intervención encaminada a fortalecer las capacidades de los miembros de la familia para que puedan resolver la situaciones problemáticas que les presenta el cotidiano vivir. (MIMP, 2012)</p> <p>4.-El paquete de atención Integral es el conjunto de actividades que son desarrolladas por la UBAP, que incluye:</p> <p>Salud Individual: Actividades preventivas promocionales. Actividades recuperativas y de rehabilitación correspondientes al Primer Nivel de Atención.</p> <p>Salud Colectiva: Talleres en salud, Charlas en salud, Actividades de comunicación masiva. (CAE, 2017).</p>
--	--	---

Ejecución

SOAPIE

Primer diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
02/01/2018 10:20am	S	Madre refiere que lactante es activa, pero que cuándo le realizaba los ejercicios emitía un sonido en las piernas, luego de su control CRED que fue evaluada por el médico diagnóstico displasias de cadera.
	O	Al examen físico se evidencia asimetría en miembros inferiores al evaluar pliegues por lo que se procede al Ortolani y se percibe un ligero sonido sin dolor.
	A	Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado por trastorno genético o congénito
	P	El lactante disminuirá riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor en el lapso de tres meses después de retirar el arnés.
	I	1.- Se informa a los padres previamente sobre la evaluación del desarrollo psicomotor. 2.-Se explica a la madre, sobre los resultados del EEDP. 3.- Se crea una relación armoniosa con los padres. 4.- Se brinda pautas de atención temprana de desarrollo (DIT) a la madre y/o cuidador. 5.-Se educa a los padres utilizando un lenguaje claro. 6.-Se deriva al paciente a consultas externas y/o especialistas. 7.- Se cita a sus controles CRED mensualmente y evaluar.
	E	Objetivo parcialmente alcanzado Paciente disminuye riesgo de retraso en el desarrollo según el EEDP ya que evidencia mejoría en el área motora, sin embargo la recuperación es un proceso muy complejo.

Segundo diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
02/01/2018 10:20am	S	Madre acude con lactante menor a su control CRED y refiere que está usando arnés por orden del médico por 4 a 6 meses aproximadamente para mejorar su displasia de cadera.
	O	Al examen físico se evidencia el uso del arnés la cual le limita sus movimientos se le saca para realizar sus medidas antropométricas y cumplir con su control CRED y esquema de vacunación.
	A	Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular evidenciado por disminución de las habilidades motoras gruesas.
	P	Paciente lactante menor recuperará su movilidad física al mes de retirar el arnés.
	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se explica a la madre las terapias físicas y realizar los ejercicios interdiarios. 2. Se enseña a la madre pautas de ejercicios físicos pasivos y activos a fin de mejorar la hipotonía. 3. Se realiza la monitorización de las extremidades inferiores, utilizando el EEDP y TAP. 4. Se brinda consejería a la madre para los autocuidados: alimentación, vestimenta e higiene del lactante. 5. Se monitoriza el cumplimiento de los compromisos acordados durante la consulta de CRED mediante la visita domiciliaria.
	E	<p>Objetivo parcialmente alcanzado</p> <p>Paciente mejoró su movilidad física ya que evidencia mejoría en el área motora, sin embargo la recuperación aún dependerá de las terapias físicas y el entorno.</p>

Tercer diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
02/01/2018 10:20am	S	Madre acude con lactante menor a su control CRED y refiere que lactante recibe alimentos blandos y picados. Así mismo refiere que come poco y cuando le insiste quiere vomitar, solo algunos días come muy bien, ingiere líquidos en cantidad y leche materna, también le está dando su MMN.
	O	Al evaluar estado nutricional se evidencia poca ganancia de peso y talla baja.
	A	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con ingesta diaria insuficiente evidenciado por riesgo de talla baja.
	P	Paciente lactante menor mejorará su desequilibrio nutricional al mes de su control CRED.
	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se informa al cuidador del tiempo que debe seguirse la dieta rica en nutrientes. 2. Se analiza las posibles causas del bajo peso y los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer. 3. Se orienta sobre las preferencias alimenticias del niño y respetar los horarios de comida. 4. Se coordina interconsulta con el dietista/experto en nutrición. 5. Se administra suplementos vitamínicos como los MMN. 6. Se realiza SD de comida ricas en proteínas y hierro. 7. Se realiza dosaje de hemoglobina. 8. Se realiza control mensual de peso y talla. 9. Se realiza las visitas domiciliarias.
	E	<p>Objetivo Alcanzado</p> <p>Paciente lactante menor ha mejorado su estado nutricional eutrófico al mes de su control CRED.</p>

Cuarto diagnóstico de enfermería.

Fecha/hora		Intervenciones
02/01/2018 10:20am	S	Madre acude con lactante menor a su control CRED y refiere que una las piernas y glúteo están rojitas y tiene miedo que se escalde y no sabe que le está ocasionando.
	O	Al examen físico se evidencia uso del arnés la cual ajusta una parte de la pierna y el pañal no protege porque es muy chico y se evidencia una leve irritación.
	A	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con factor mecánico e inmovilidad física.
	P	Paciente lactante disminuirá riesgo de deterioro de la integridad cutánea de manera oportuna durante el proceso de recuperación.
	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se educa a la madre sobre cómo detectar alteraciones sobre la integridad cutánea de la paciente. 2. Se cambia de posición según lo indique el estado de la piel. 3. Se realiza los masajes en zona afectada con cremas re hidratantes. 4. Se acuesta al paciente en zona segura 5. Se realiza el tendido de la cuna evitando arrugas. 6. Se vigila el color de la piel. 7. Se educa, aconsejar, orientar sobre los cuidados de la piel al cuidador y/o familias. 8. Se realiza anotaciones de enfermería.
	E	<p>Objetivo Alcanzado</p> <p>Paciente lactante menor logro mantener una integridad cutánea buena sin lesiones durante los meses de recuperación.</p>

Quinto diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
02/01/2018 10:20am	S	Madre acude con lactante menor al servicio de CRED y refiere sentirse cansada y estresada por lo viajes a Lima y actividades en su hogar, no recibe apoyo del esposo por que trabaja y tiene miedo que su bebe se caiga y lesionarse.
	O	Al examen físico se muestra cansada y muy sobreprotectora hacia la menor.
	A	Riesgo de cansancio de rol de cuidador relacionado con el tiempo de descanso insuficiente.
	P	Cuidador del paciente reducirá su riesgo de vulnerabilidad por la dificultad que representa el desempeño de su rol.
	I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se brinda apoyo emocional a la familia del paciente. 2.- Se realiza la interconsulta a psicología para que ayude a superar cualquier duda durante la etapa de aceptación por ser padres primerizos. 3.- Se fomenta las competencias parentales mediante el acuerdo con los padres sobre los criterios y comportamientos a seguir con su niño. 4.- Se orienta a la madre sobre el paquete integral de salud.
	E	<p>Objetivo alcanzado:</p> <p>Cuidador de la paciente logró superar su riesgo de vulnerabilidad por la dificultad que representaba el cuidado de su niña ante una displasia de cadera al recibir ayuda oportuna de profesionales.</p>

Evaluación

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente lactante menor mejorará su riesgo de retraso en el desarrollo por medio de los cuidados y conocimiento de los padres.</p>	<p>OPA: Paciente lactante menor logró mejorar su riesgo de retraso en el desarrollo, pero aún presenta dificultad para gatear.</p>

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente lactante menor recuperará su movilidad física al mes de retirar el arnés.</p> <p><i>Resultados esperados:</i></p> <p>Paciente lactante menor recibirá diariamente masajes.</p> <p>Paciente lactante menor acudirá mensualmente a su control CRED.</p>	<p>OPA: Paciente lactante menor logro pararse con apoyo a la semana de retiro del arnés, continua en terapia física y su recuperación es progresiva.</p>

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente lactante menor mejorará su desequilibrio nutricional al mes de su control CRED.</p> <p><i>Resultados esperados:</i></p> <p>Paciente lactante menor mejorará su estado nutricional a base de nutrientes ricos en hierro y proteínas al mes de su control.</p> <p>Paciente lactante menor mejorará su peso y talla al mes de su control CRED.</p>	<p>OA: Lactante menor mejoro su desequilibrio nutricional al mes de su control CRED ganando peso y talla adecuada, consume alimentos balanceados en hierro y micronutrientes.</p>

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Madre del lactante menor tendrá conocimientos suficientes para detectar riesgo de deterioro de la integridad cutánea de manera oportuna durante el proceso de recuperación.</p>	<p>OA: Con el cuidado de la madre lactante menor no presento deterioro de la integridad cutánea.</p>

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Cuidador del paciente reducirá su riesgo de vulnerabilidad por la dificultad que representa el desempeño de su rol.</p>	<p>OA: Cuidador del paciente logro superar su riesgo de vulnerabilidad con apoyo profesional y afectivo de la pareja como del entorno familiar.</p>

Capítulo II

Marco Teórico

Antecedentes

Internacional

(Silva, Silva, & Moraes, 2012). Realizaron una investigación en el área de la enfermería utilizando los diagnósticos de enfermería (PAE), cuyo objetivo: validar las definiciones operacionales de las características definidoras y factores de riesgo relacionados a la piel de la NANDA. Método: validación de contenido de diagnóstico de enfermería. Se identificaron 146 características definidoras y factores de riesgo en la literatura de bases de datos nacionales e internacionales. Enseguida, se realizó la validación de contenido de las definiciones de estos diagnósticos, presentadas por la NANDA-I y de las definiciones operacionales, elaboradas por las investigadoras, de las características definidoras y factores de riesgo, por seis enfermeras expertas, en cuanto a la pertinencia, claridad y abarcamiento. Resultado: de las 146 características definidoras y factores de riesgo, 22 fueron considerados redundantes y excluidos. Los peritos propusieron alterar la definición de los diagnósticos de Deterioro de la integridad tisular y Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Fue posible identificar varias características definidoras y factores de riesgo que no están presentes en la taxonomía de la NANDA-I, pero que fueron apuntados por la literatura. Conclusión: el proceso alcanzó el objetivo de producir definiciones operacionales válidas para características definidoras y factores de riesgo, lo que permitirá realizar estudios de validación de estos diagnósticos. La contribución del estudio para el avance del conocimiento científico

consiste en presentar definiciones operacionales más claras de estos diagnósticos y un número mayor de características definidoras y factores de riesgo que podrá aportar con los enfermeros en la identificación y utilización de los mismos con mayor precisión en la práctica clínica.

Descriptores: Enfermería; Diagnósticos de Enfermería(PAE); Estudios de Validación.

Según, (Gomez, 2014), los planes de cuidados dentro de la enfermería juegan un papel muy importante, puesto que gracias a ellos, el lenguaje enfermero se estandariza para todo el personal de enfermería, sea cual sea su especialidad, además de ser una forma organizada y eficaz de tratar al paciente. Se confecciona este plan de cuidados de forma general para todos los niños que padecen osteogénesis imperfecta, así también para sus familias y cuidadores, ya que más del 50% de la atención que estos niños será proporcionada por su familia. Se pretende que mediante educación sanitaria la familia y el niño conozcan la enfermedad, las limitaciones y complicaciones que pueden aparecer y a su vez minimizarlas lo máximo posible, de esta forma la familia estará más capacitada para prestar la atención que el menor necesite, pero sin sentir la fatiga y estrés que el cuidado de un menor discapacitado puede generar.

Asimismo Lepe y Lorca (2011); sostienen que cerca del 3% de los niños sufre de displasia luxante de cadera, por lo tanto, en su mayoría son tratados a tiempo. Por otro lado, un 16% de los niños de este país sufre alguna alteración en el desarrollo psicomotor, por ello, no es siempre diagnosticada a tiempo y su tratamiento comienza de manera tardía, lo que conlleva riesgos en la rehabilitación del niño a sus actividades e integración social normal. Este estudio es descriptivo y transversal, se buscó analizar el

desarrollo psicomotor de los niños entre 4 y 10 meses que estaban con tratamiento para displasia luxante de cadera con correas de Pavlik, en el Hospital Roberto del Rio. Se aplicó la escala de evaluación del desarrollo psicomotor a 40 sujetos, una sola vez y se analizaron los resultados, en los cuales se observó que el 95% de los sujetos tenía un desarrollo psicomotor normal, además de que el área menos desarrollada entre los niños era el área motora, la cual no tenía relación con el tiempo de tratamiento. Finalmente se concluye que, según el instrumento utilizado para evaluar el desarrollo psicomotor, no aparecieron alteraciones en los niños con estas características, lo cual puede atribuirse a un test poco sensible o a la no influencia en el desarrollo psicomotor por parte de las correas de Pavlik. Por lo cual cabe mencionar que el uso del arnés de Pavlik impide el correcto desarrollo del niño pudiendo muchas veces retrasar su desarrollo normal como la del área motora.

Según, Linares & Calderon,(2008). Desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de desarrollo psicomotor en niños de 0 a 2 años. La muestra fue conformada por 37 niños de madres que recibieron estimulación prenatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal y 43 niños cuyas madres no recibieron la estimulación en el periodo julio 2005 y julio 2007, a quienes se les aplicó la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). Como resultado se encontró que el nivel de desarrollo psicomotor en los niños del estudio fue normal y el promedio de coeficiente de desarrollo psicomotor fue superior en los niños cuyas madres recibieron estimulación prenatal en comparación del grupo que no recibieron.

Nacional

Caballero, (2014) realizó un estudio en ventanilla, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia, establecer e identificar antecedentes tales como: género femenino, antecedentes familiares, presentación podálica, primiparidad, embarazo múltiple y oligohidramnios, de un grupo de niños y niñas entre las edades de 01 mes y menores de 12 meses con Displasia del Desarrollo de Cadera atendidos en consulta externa del servicio de Traumatología Pediátrica del Hospital de Ventanilla, enero-diciembre del año 2014. Metodología: se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico con enfoque cuantitativo en el Hospital de Ventanilla donde se revisó las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Displasia del Desarrollo de Cadera atendidos en consultorio externo del Servicio de Traumatología Pediátrica durante el año 2014. La muestra total fue de 82 lactantes que tuvieron diagnosticados. Se analizó factores predisponentes como: genero, antecedente familiar de Displasia del Desarrollo de Cadera, presentación fetal, numero de hijo, oligohidramnios, embarazo múltiple y su relación con la enfermedad. Resultados: La prevalencia fue de 18,2% de toda la población estudiada. La tasa de exposición a los factores predisponentes en pacientes que presentaron Displasia del desarrollo de cadera fue la siguiente, para sexo femenino (84,15%), antecedentes familiares (7,32%), primera gestación (84,15%), oligohidramnios (6,1%); presentación podálica el 30,49%. Los factores predisponentes presentaron los siguientes valores de p con sus respectivos OR, antecedente familiar de Displasia del Desarrollo de Cadera $p= 0,000$ OR 21,8 (I.C.95% 2,593 – 184,418), sexo femenino $p= 0,000$ OR 4,73 (I.C.95% 2,500 – 8,949), primigestas $p=0,000$ OR 4,031 (I.C.95% 2,129 – 7,632), presentación podálica $p= 0,534$ OR 0,845 (I.C.95% 0,497 – 1,438), embarazo múltiple $p= 0,915$ OR 1,132 (I.C.95% 0,116 – 11,028), y oligohidramnios $p= 0,037$ OR 3,545 (I.C.95% 1,001 – 12,563).Conclusiones: Las

diferencias entre los pacientes con diagnóstico de DDC en referencia a la exposición a factores predisponentes fueron estadísticamente significativas en los siguientes casos: antecedentes familiares, género femenino, primera gestación, y Oligohidramnios. La presentación fetal podálica, el embarazo múltiple no se comportaron como factores predisponentes.

Ranilla & Rodriguez, (2014) también realizó una investigación en el Hogar Clínica San Juan de Dios, Arequipa – CERI, durante los meses de agosto, setiembre, octubre y noviembre del año 2014. Participaron 30 pacientes entre 3 meses a 2 años de edad. Se evaluó a toda la población. El objetivo general fue determinar la relación de la displasia congénita de cadera en el retraso del desarrollo psicomotor en niños de 3 meses a 2 años en el servicio de terapia física en el área de niños del Hogar Clínica San Juan De Dios – CERI. Arequipa, 2014, los indicadores fueron displasia congénita de cadera y el retraso psicomotor, la técnica utilizada fue la observación y la encuestas, los instrumentos utilizados fueron la ficha de recolección de datos, test peruano de evaluación del desarrollo del niño. Se realizó la encuesta y se procedió a evaluar. Tipo de investigación no experimental, de nivel explicativo correlacional y de diseño trasversal. Las conclusiones después de aplicar el test; muestra que el 76.6% de los niños tienen retraso del desarrollo psicomotor en los comportamientos postural – motor y cognitivo, el 66.7% tienen retraso del desarrollo psicomotor en el comportamiento personal social. Se demostró que el 66.7% presentan displasia congénita de cadera leve; entonces se puede decir que los niños atendidos en el servicio de terapia física de la Clínica de San Juan de Dios – CERI; con displasia congénita de cadera les genera retraso en el desarrollo psicomotor.

Marco conceptual

Introducción

“La Displasia del Desarrollo de Cadera (DDC) es una de las causas más importantes y prevenibles de discapacidad durante la infancia .Es una enfermedad que se presenta en niños menores de 01 año, pero puede tener consecuencias importantes en edad adulta, incluso, puede llevar a osteoartritis de cadera, y resultar en invalidez en adultos jóvenes”, (Caballero, 2014, pág. 7).

“En la luxación congénita de cadera, la articulación afectada es la coxofemoral y en consecuencia existe alteración en la deambulación, esto se debe en alteraciones en la morfología de las superficies articulares tanto en el acetábulo, como en la cabeza humeral, determinando una pérdida absoluta de la relación entre las superficies articulares que conforman la articulación coxofemoral”. (Encarnacion, 2010, pág. 5).

La historia natural de la enfermedad lleva directamente a la artrosis temprana de la cadera afectada. Existen reportes en la literatura mundial que mencionan que el 30% de todas las cirugías de reemplazo articular de cadera son consecuencia de la displasia evolutiva de cadera” (Muñoz, 2016).

Definición

Según, Fontecha, (2008), la displasia de cadera es la pérdida de relación entre la cabeza femoral y el acetábulo, puede tratarse de una luxación reducible por manipulación o de una luxación irreducible. El término «cadera luxable» significa una

correcta relación entre la cabeza femoral y el acetábulo que puede perderse por manipulación externa.

Rubio, (2018) afirma que la displasia de cadera es una malformación congénita que afecta a la articulación que une la cabeza del fémur con el hueso de la pelvis del bebé. Un diagnóstico y tratamiento precoz evita problemas como una posible cojera.

Según, Pimiento, (2016). La displasia del desarrollo de cadera consiste en una alteración en la estructura y en la anatomía de la articulación coxo-femoral, durante su desarrollo entre la fecha de su organogenesis y su maduración.

Estadísticas en el Perú

Según el médico traumatólogo, Jesus (2017), el 30% de los niños sufren de displasia. Es decir nacen con problemas de cadera, que al final si se detecta a tiempo, puede generar malas posiciones al sentarse y problemas posteriores en la columna.

Etiología

Los ortopedistas Fernandez & Alombrada, (Sf); consideran que la displasia de cadera es una patología de origen multifactorial en la cual intervienen tres factores principales:

Factores genéticos: hay predominio familiar y también asociado a otras malformaciones.

Factores hormonales: explicarían su predominio en niñas por una mayor laxitud en el parto debida a la acción de las hormonas de la madre. No está demostrado.

Factores mecánicos: parecen ser los principales responsables. Constatados tanto clínica como experimentalmente: falta de espacio (60% se dan en primogénitos); y distintas posiciones intrauterinas que pueden ocasionar laxitud de la cápsula y ligamentos (nalgas, primer parto, parto prolongado). Por lo tanto, esto explicaría la mayor frecuencia de DDC en el lado izquierdo: el feto apoya más frecuentemente la espalda sobre el lado izquierdo de la madre, por lo que la presión del promontorio coloca la pierna izquierda en separación, con elongación de la cápsula. .

Factores de riesgo

Según, Arevalo, (2012). Todo niño (a) con factores de riesgo o con una exploración física anormal debe ser sometido a las pruebas diagnósticas confirmatorias para descartar la presencia de displasia de cadera. Entre los factores genéticos más destacados estaría pertenecer a una familia con antecedentes, factores que se observan en ciertas razas relacionadas con laxitud ligamentosa familiar..

De acuerdo con Rubio, (2018). Las causas por las que se produce la displasia de cadera en los bebés no están del todo claras, aunque sí se ha demostrado que hay unos factores de riesgo con los que se relaciona con más frecuencia:

Presentación de nalgas: es frecuente que los bebés que nacen de nalgas tengan las piernas abiertas, como si fueran una pequeña rana.

Sexo femenino: conlleva una mayor laxitud en los ligamentos que mantienen fija la articulación.

Primerizas: debido al aumento de presión uterina.

Fisiopatología.

Muñoz, (2016), manifiesta que el acetábulo se origina del mesodermo al final de la cuarta semana de gestación. Inicialmente es una superficie plana, la cual va adoptando una forma cóncava debido a la presión ejercida por la esfericidad de la cabeza femoral cartilaginosa.

Así mismo el autor también menciona que la consecuencia de la displasia de cadera es cuando:

El acetábulo no adquiere su forma cóncava o no alcanza una profundidad suficiente para contener la cabeza femoral.

La cabeza femoral tampoco desarrolla su esfericidad normal, presenta un retraso en su osificación y presenta un cuello femoral corto y anteverso.

La cápsula articular se convierte en un ligamento suspensorio de la pelvis teniendo que soportar el peso corporal, por lo que ocurre una hipertrofia y rigidez de la misma.

El acortamiento progresivo de los músculos aductores e isquiotibiales hace cada vez más difícil la reducción de la articulación.

En los casos no diagnosticados, clínicamente el paciente puede presentar inicialmente una alteración evidente en el patrón de marcha, una discrepancia en la longitud de los miembros inferiores.

La evolución natural de la displasia de cadera lleva a una artrosis moderada a severa de la articulación a edades tan tempranas como la segunda década de vida.

Sintomatología clínica

Gonzales, (2011); manifiesta que al nacimiento no existe signo-sintomatología o característica, ocasionalmente pueden observarse una extrema flaccidez o rigidez de las extremidades, de manera que un examen clínico inicial puede conducir a errores; por lo tanto, como la DDC no siempre se detecta en el periodo neonatal, los niños menores de un año deben ser examinados en forma sistemática en cada consulta pediátrica para detectar esta patología.

Diagnostico:

Según, Cuneo, (2012). El diagnóstico de la displasia del desarrollo de la cadera se realiza clínica y ecográficamente.

De 0 a 4 meses: se sugiere a las 8 semanas ecografía de caderas, porque en el primer mes de vida las posibilidades de caderas inmaduras que dan imagen de posible displasia de cadera es muy alta. No estaría indicado solicitar radiografías porque en este periodo la pelvis es cartilaginosa, la cabeza femoral esta sin osificar y su relación con el acetábulo es difícil de precisar y en mayores de 4 meses es necesario la radiografía de caderas.

Por otro lado, (Gonzales, 2011) menciona las siguientes maniobras:

Maniobra de Ortolani: Es una prueba que se utiliza para detectar la luxación de la cadera. Se la realiza con el neonato en decúbito supino y relajado; se flexionan las caderas y rodillas y se unen las rodillas. Luego el examinador coloca una mano sobre cada rodilla del neonato, con el dedo medio sobre el trocánter mayor y el pulgar sobre la cara medial del muslo. Cuando se realiza la abducción, la cabeza del femur luxada se vuelve a deslizar en el acetábulo y se percibe un ruido audible o palpable "clanc" o

"cloc" fuerte y notaremos el resalte del muslo que se alarga. Se debe recalcar que un clic (sin un "cloc" o "clanc" y sin movimiento de de la cabeza femoral) no indica luxación de la cadera. La maniobra de Ortolani traduce una luxación y coloca una cadera luxada nuevamente en el acetábulo. Maniobra útil sobre todo hasta los 3 o 4 meses de vida.

Según, (Cuneo, 2012). Este signo es positivo en la cadera luxada del lactante pequeño, 6 a 8 semanas.

Maniobra de Barlow: Es una prueba inversa de la prueba de Ortolani. Cuando se unen las rodillas, se puede percibir el deslizamiento de la cabeza femoral fuera del acetábulo. Esta maniobra intenta comprobar la luxabilidad de una cadera puesto que impulsa una cadera luxable fuera del acetábulo.

Asi mismo, (Cuneo, 2012) menciona que el lactante tiene espontáneamente la cadera en su lugar, pero si llevamos la cadera en abducción y la empujamos hacia atrás, podemos provocar un resalto de salida, este signo traduce una cadera luxable. Espontáneamente el 60% se corrige en la primera semana y el 85% se corrige al segundo mes de vida, un 15% se convierte en una cadera patológica.

Limitación de la abducción: Normalmente las caderas de los lactantes tienen una abducción de 90°. Cuando hay una cadera displásica puede haber una limitación.

Pimiento, (2016); señala también que en los niños de 3 a 12 meses se debe evaluar: Signo de Galeazzi (positivo)

Asimetría de Pliegues (positivo)

Limitación ala Abducción de Caderas

Signo de Inestabilidad

Signos tardíos:

También, Cuneo, (2012). Explica sobre la asimetría de los pliegues inguino perineales del muslo: se observa con el paciente en decúbito dorsal con las piernas en posición de rana, asimetría de pliegues glúteos y también sobre la cojera en la marcha, (indolora), inclinación de la pelvis hacia el lado opuesto y una desviación lateral de la columna hacia la cadera afectada. Cuando es bilateral hay lordosis visible, pelvis amplia, glúteos aplanados y “marcha de pato”

Examen físico:

Además, (Gonzales, 2011). Explica que la exploración en el neonato debe ser cuidadosa y gentil con la madre y el hijo, éste debe estar tranquilo y relajado en un ambiente tibio, en decúbito dorsal sobre una mesa de exploración firme. Es muy importante la paciencia y mucha experiencia. Así mismo recordar, que la DDC es una anomalía que está presente en los primeros días de vida o desarrollarse posteriormente. Por lo que es importante iniciar el examen físico en busca de signos de irregularidades del macizo craneano, asimetrías, secundarios a la restricción intrauterina como ser la plagiocefalia, dolicocefalia, etc., además puede demostrarse tortícolis, escoliosis o deformidades de los pies (pie bot, pie talo).

Generalmente el lado afectado suele exhibir más vernix en el pliegue inguinal más profundo que el lado sano.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es obtener una cadera estable en forma duradera, reducida en forma concéntrica, a la edad más temprana posible y minimizar las complicaciones. Por lo tanto, el tratamiento de niños de 6 meses a 4 años con DDC plantea ciertas dificultades y oportunidades. La demora en la reducción estable, concéntrica, de la cadera puede provocar alteraciones irreversibles de la cabeza femoral y del acetábulo, que pueden afectar adversamente el pronóstico. (Albiñana & Sink, 2010, pág. 2).

Según, (Gonzales, 2011). El tratamiento lo realiza el especialista y debe individualizarse dependiendo de la edad del paciente y la gravedad de la lesión, en general el manejo recomendable, es el siguiente:

Menores de 6 meses de vida: colocar el arnés de Pavlik o la férula de Frejka. El tratamiento consiste en la colocación del arnés, con el propósito de mantener la cadera con una flexión entre 90 y 110 grados y una abducción entre 50 y 70 grados, por 3 a 4 meses. Si no se reduce se indica la reducción quirúrgica cerrada.

De 6 a 18 meses: generalmente se sugiere la reducción quirúrgica cerrada

Posterior a los 18 meses: se indica la resección quirúrgica a cielo abierto

Por otro lado, encontramos otro reporte donde señala que el tratamiento va a depender del grado de displasia que tenga el niño(a) y deberá ser indicado por un traumatólogo con experiencia en tratamiento de esta patología, a la vez considerará lo siguiente:

Mantener la cabeza del fémur bien firme y adecuadamente orientada en su lugar durante el período de tiempo que el especialista considere conveniente. Antiguamente se recomendaba el uso de doble pañal, pero eso con el tiempo se ha descartado pues

actualmente existen en el comercio elementos ortopédicos especialmente diseñados para que las piernas del niño se mantengan abiertas en forma correcta y segura, como son el cojín de abducción y arnés de Pavlick.

Pronóstico

El traumatólogo Rivera, (2015), sostiene que si la displasia no es tratada precozmente (a los 3 meses), el paciente sufrirá no solo de artrosis temprana, sino también, cojera evidente y dolorosa además de problemas en la columna.

"La prevención, reduce el índice de operaciones severas por displasia de cadera, en la población de menores recursos económicos hay un mayor porcentaje de casos, debido a que no acuden al médico traumatólogo".

Complicaciones y secuelas

Finalmente, Gonzales, (2011). Precisa que el diagnóstico tardío o manejo inadecuado de la DDC, conduce a una necrosis avascular de la epífisis de la cabeza femoral, recidiva de la luxación, subluxación residual, displasia del acetábulo, osteoartritis, artrosis y deambulación claudicante.

Desarrollo psicomotor del niño(a).

Según los Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica (2008); hace referencia que la noción de retraso psicomotor implica, como diagnóstico provisional, que los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. Así mismo es preciso distinguir el retraso psicomotor global, que afecta no sólo a las adquisiciones motrices sino también al ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados a su edad; en este caso cabe pensar

que el retraso psicomotor persistente en esos primeros años puede estar preludiar un futuro diagnóstico de retraso mental. En otras ocasiones el retraso es sólo evidente en un área específica, como las adquisiciones posturomotrices (la mayor parte de las veces, acompañándose de anomalías cualitativas del tono muscular), el lenguaje o las habilidades de interacción social.

Según el Hospital Neurológico Infantil de Madrid (2015), explican que el retraso psicomotor (RPM) no es una enfermedad o trastorno en sí mismo, sino la manifestación clínica de patologías del SNC (sistema nervioso central) debidas a trastornos genéticos y/o factores ambientales, con especial incidencia en el desarrollo psicomotor del niño. Es necesario el conocimiento del desarrollo psicomotor normal y de sus límites, para poder establecer el diagnóstico de un retraso psicomotor.

Según, (Schlumberger, 2014). El retraso psicomotor significa que los logros o hitos del desarrollo que los niños deben adquirir dentro de una determinada edad, no están apareciendo o lo están haciendo de forma anómala. Hablamos de retraso psicomotor en niños pequeños, ya que para más mayores se utiliza la denominación discapacidad intelectual o retraso mental.

Riesgo de Retraso en el Desarrollo Psicomotor

El retraso muchas veces implica un retardo en el desarrollo normal del niño(a) ocasionando problemas en sus destrezas o área motora. Ante esto podemos citar que el

riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño.

Riesgo, es la probabilidad que tiene un individuo o grupo, de sufrir un daño; daño es, por lo tanto, el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo.

Áreas Del Desarrollo

En la primera etapa de vida del niño(a), el desarrollo psicomotor juega un papel muy importante, porque desarrolla sus áreas cognitivas, afectivo, motriz y social favoreciendo la relación con su entorno familiar y logrando su adaptación al resto del entorno.

Coordinación

Conjunto de capacidades, que hace referencia a la integración del sistema nervioso central y a los diferentes segmentos del cuerpo, movimientos armónicos, amplios y precisos dando como resultado una acción precisa. La coordinación motriz fina es la encargada de realizar los movimientos precisos.

La coordinación viso motora que está relacionado a acciones orientadas a logros paulatinos y progresivos de las coordinaciones.

La motricidad gruesa relacionada con el desarrollo cronológico del niño, adquisición de habilidades motrices y cambios de posición del cuerpo manteniendo el equilibrio. (Alanoca, 2017)

Lenguaje

Según la teoría de Piaget el origen del lenguaje está ligado íntimamente con el desarrollo cognitivo. Por otro lado, también encontramos que la etapa propiamente lingüística se inicia partir del mes 24, las frases se alargan y empiezan a aparecer el pronombre y los cualitativos. A los 36 meses el niño comprende pequeños relatos

referidos a la vida ordinaria, a los 4 a 5 años el lenguaje del niño se va pareciendo a la del adulto. No obstante, el niño omitirá silabas, las cambia y lo pronuncia a su modo a partir de los 5 años el lenguaje es prácticamente correcto. (Alanoca, 2017, pág. 21)

Motricidad

Esta área, se desarrolla desde los primeros meses de vida siendo la motora gruesa en aparecer primero y lo vamos a observar cuando el niño empieza a sostener su cabeza y posteriormente desarrollara su área motora fina cuando empieza a coger objetos y manipular su entorno. Así mismo Piaget y Wallon menciona que la motricidad y el psiquismo están estrechamente relacionadas. La motricidad se define como el conjunto de funciones nerviosas y musculares que permiten los movimientos coordinados de miembros inferiores y miembros superiores en el momento de la locomoción. (Alanoca, 2017)

Desequilibrio nutricional

Según, Quijada (2017) el desequilibrio nutricional se da cuando ingerimos de forma insuficiente los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades metabólicas. Esto puede ser por la incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.

Según la OMS (2018), la malnutrición abarca la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), desequilibrio de vitaminas o minerales, sobrepeso, obesidad, y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.

Así mismo, menciona que 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación y 155 millones sufren retraso del crecimiento, mientras que 41 millones tienen sobrepeso o son obesos y alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años están ligadas a la desnutrición. En su mayoría se registran en los países de ingresos bajos y medianos. Al mismo tiempo, en esos países está aumentando la tasa de sobrepeso y obesidad en la niñez.

Las repercusiones en el desarrollo y las consecuencias de índole económica, social y médica, de la carga mundial de la malnutrición, son graves y duraderas para las personas y sus familias, comunidades y países.

Cansancio del Rol en el cuidador

Los enfermeros tenemos que tener en cuenta al realizar un plan de cuidados, pensar cómo influye la familia y sobretodo en el cuidador que colabora con el equipo de salud, por ende, el cansancio del rol del cuidador está recogido en la NANDA como un diagnóstico de enfermería. (Oteros, Gonzales, & Martin, 2006)

Así mismo, podemos diferenciar entre dos tipos de carga, por un lado, está la carga objetiva que es aquella que tiene que ver con la severidad de la enfermedad (funcional, cognitiva y conductual) y por otro con el tiempo dedicado al cuidado, es decir, cubrir las necesidades de la persona dependiente según sea su incapacidad funcional. Luego está la carga subjetiva que tiene que ver con los sentimientos y percepciones negativas que el cuidador experimenta sobre las funciones que realiza. Se puede decir que lo que determina la sobrecarga del cuidador no es la carga objetiva sino la interpretación subjetiva del cuidador y la posterior adaptación a la situación creada.

Por lo tanto, que estas cargas asociadas al cuidado se van a ver influenciadas o intensificadas por numerosos factores y en función de la intensidad de estos y de cómo sean aceptados y afrontados por el cuidador determinarán la aparición de este diagnóstico (Pajares, 2012).

En conclusión, ante todo lo mencionado en el capítulo, podemos decir que el desarrollo integral del niño requiere de la participación activa de distintos factores, los cuales pueden fortalecer o retrasar el adecuado desenvolvimiento del niño en el medio que lo rodea. Dentro de los factores que pueden influir, en el desarrollo de un niño, podemos definir variables como una buena nutrición, estimulación sensorial adecuada y oportuna, un sólido vínculo madre - hijo y una buena interrelación enfermera - madre. (Allende, Chumpitaz, & Solis, 2016).

Modelo teórico

Según, Barnard “Modelo de interacción padre-hijo”, resalta la importancia de la interacción madre-hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno. (Cisneros, 2002)

Teoría de la interacción para la evaluación de la salud infantil: Barnard, determina que el sistema padre lactante tiene influencia de las características de cada uno de los miembros, estas se modifican para satisfacer las necesidades del sistema mediante la adaptación del comportamiento. La interacción entre el padre o madre (cuidador) y el niño según el modelo de Barnard se da mediante cinco señales y

actividades: claridad del lactante en la emisión de señales, reactividad del lactante a los padres, sensibilidad de los padres a las señales del lactante, capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante, actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres.

Define estas modificaciones como conductas adaptativas. El modelo centrado en el entrenamiento a los padres, con énfasis en el desarrollo del niño y en los padres como terapeutas. Es un modelo terapéutico, centrado en los padres y cuyo objetivo central es prestar apoyo y orientaciones a estos para que puedan hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo. (Laguado, 2013).

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

Se describe un caso clínico de una niña con displasia de cadera, complementando con revisión bibliográfica relacionada. Es un estudio de tipo descriptivo y analítico.

Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Gordon y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional.

Sujeto de estudio

Lactante menor de sexo femenino hija de padres primerizos, con diagnóstico de displasia de cadera, actualmente padre cuenta con seguro Essalud.

Delimitación geográfica temporal

El área de estudio donde se tomó el caso fue en un centro de salud del distrito de Huaral, establecimiento de salud nivel Cuenta con servicio de medicinas, obstetricia. Odontología, psicología, enfermería, farmacia, laboratorio, programas del adulto mayor, TBC, tóxico, admisión y crecimiento y desarrollo y vacunación.

La población es dispersa, el estudio se realizó en el mes de enero 2018.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se coordinó con la autorización del jefe del establecimiento de salud. Así mismo se obtuvo el consentimiento informado de la madre del lactante y seguidamente se aplicó el formato de valoración por patrones funcionales. La técnica que se utilizó fue la entrevista, la observación, inspección, auscultación, palpación y percusión.

Para la recolección de los datos antropométricos se utilizaron los siguientes materiales, infantometro, balanza. Para la valoración del desarrollo psicomotor se utilizó el EEDP.

Consideraciones éticas

Para el estudio se tuvo en cuenta el principio de autonomía que es la facultad de la persona o la entidad que pueden obrar según criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros a través de la firma del consentimiento informado (ver anexo). Así mismo se tiene en cuenta la confidencialidad del sujeto y los datos recolectados serán utilizados con fines de investigación para el estudio.

Los principios éticos que se aplicaron fueron la beneficencia, justicia y veracidad.

Principio de beneficencia:

Este principio ético significa hacer el bien y evitar daño para el sujeto o para la sociedad. Significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

Principio de justicia:

Este principio se basa en ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos.

Principio de veracidad

Este principio consiste en decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y mantenimiento de la confianza entre los individuos.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 2. Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	fi	%	fi	%
Diagnostico 1			1	20		
Diagnostico 2			1	20		
Diagnostico 3	1	20				
Diagnostico 4	1	20				
Diagnostico 5	1	20				
Total	3	60	2	40		

Dentro de todos los diagnósticos encontrados se priorizaron 5, de los cuales fueron alcanzados en un 60 % y el 40% fue parcialmente alcanzado.

Análisis de los diagnósticos

Retraso en el desarrollo r/c trastorno genético o congénito: displasia.

Según los Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica (2008); hace referencia la noción de retraso psicomotor o del desarrollo que implica, como diagnóstico provisional, que los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. Es preciso distinguir el retraso psicomotor global, que afecta

no sólo a las adquisiciones motrices sino también al ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados a su edad; en este caso cabe pensar que el retraso psicomotor persistente en esos primeros años puede estar preluar un futuro diagnóstico de retraso mental. En otras ocasiones el retraso es sólo evidente en un área específica, como las adquisiciones posturomotrices (mayormente acompañadas de anomalías cualitativas del tono muscular), el lenguaje o las habilidades de interacción social. La detección del problema de desarrollo debe ser precoz como enfermeras del área de crecimiento y desarrollo, el objetivo principal es preventiva y debemos ser minuciosas al momento de realizar el examen físico con el objetivo de dar seguimiento a los casos y evitar riesgos mayores en el desarrollo normal del niño/a.

De acuerdo a la Norma Técnica de CRED 537 (2017) la evaluación de desarrollo del niño se realiza mediante la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor que es un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas que evalúa cuatro áreas: lenguaje, social, motora y coordinación estandarizado para niños de 0 a 24 meses, así mismo mide el rendimiento frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo. El puntaje va de 0 a 68 clasificado como retraso, de 69 a 85 como riesgo y mayor o igual a 85 como normal.

En siguiente caso de estudio la madre acude con su niño al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Publico en estudio por primera vez para el 7mo control menor de un año y refiere que los anteriores controles de su niño lo realizaba en Essalud en la cual menciona ya no tener seguro, por problemas de acreditación se atrasó en 01 control y también refiere que no le evaluaron de manera

correcta a su niña ,y a la vez cuando le detectaron su lesión ella no fue educada para estimular a su niña porque temía causarle más lesión si movía el arnés que usaba y tampoco de terapias de rehabilitación. Al ser evaluada con la EEDP el resultado fue de riesgo de retraso ya que el Coeficiente de Desarrollo fue de 71 y de acuerdo al manual cuando es menos de 69 indica retraso, por eso es importante que cuando se diagnostique a un niño, sea intervenido en forma integral con el apoyo de la familia y de los profesionales para optimizar su desarrollo, paralelamente una intervención terapéutica con la familia.

Cabe mencionar que para el caso en estudio se utilizó dicha escala de evaluación ya que es una manera de medir algún retraso o alteración en las 4 áreas. Se logra contactar a la madre con el área de medicina física y rehabilitación para que reciba terapias físicas en el hospital público de la jurisdicción para poder, al realizar la visita domiciliaria se comprueba que el niño empezó con sus terapias físicas y asiste también a estimulación de manera particular 2 veces por semana.

Actualmente la niña está en un 60% de avance y viene superando su riesgo de retraso del desarrollo, pero es un proceso a largo plazo, la niña continua con sus terapias y acude periódicamente de acuerdo a su edad a sus controles de crecimiento y desarrollo.

Por ello, aun no se logra el objetivo de manera total.

***Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular e/p
disminución de las habilidades motoras gruesas.***

Es definido por la NANDA como la limitación del movimiento independiente, intencionado, que padece la persona en el conjunto de su cuerpo o de una o más

extremidades. Factores Relacionados: Prescripción de restricción de movimiento, falta de conocimientos respecto a la actividad física.

Teniendo en cuenta el marco conceptual de Virginia Henderson, modelo de cuidados más utilizado en la actualidad en nuestro entorno, la acción de la enfermera se centra en reforzar, aumentar, completar o sustituir la fuerza, conocimiento y/o voluntad de la persona y su familia, con el objetivo de que alcance lo antes posible la máxima independencia. En aquellos casos en que la movilidad está deteriorada de forma irreversible, la enfermera centrará sus intervenciones en disponer agentes de autonomía asistida que suplan la cobertura de necesidades y en la prevención de las consecuencias de la falta de movilidad y respuestas humanas asociadas.

La necesidad de inmovilizar las piernas del niño y, es decir, limitar su participación activa de las extremidades inferiores del movimiento suscita preocupación entre los padres y los médicos, que temen que pueda causar un retraso en el desarrollo del aparato locomotor, específicamente un retraso al conseguir la bipedestación y la marcha. Si bien estos dispositivos son de uso corriente en la práctica, la literatura es escasa con respecto a la influencia que producen sobre el desarrollo locomotor de estos pacientes. Se logra coordinar con el área de terapia física y con la licenciada para que la paciente logre recibir sus terapias físicas previa evaluación del traumatólogo y así la madre pueda llevarlo sin ningún contratiempo o trámites burocráticos que demoren su recuperación del lactante. Se realizó la visita domiciliaria para comprobar que el niño empezó con sus terapias físicas y asiste a talleres de estimulación de manera particular. Actualmente la niña está en un 60% de avance y viene superando su disminución de la fuerza muscular evidenciado por disminución de las habilidades motoras gruesas. (Arnés). Por lo tanto, solo se ha logrado de manera parcial el objetivo. (Lacida, Sf).

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente evidenciado por riesgo de peso y talla baja.

Según, la OMS: La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental para la buena salud.

La nutrición es el proceso mediante el cual los alimentos se asimilan en el organismo para crecer y reforzar los tejidos desgastados.

Según, Quijada (2017) el desequilibrio nutricional se da cuando ingerimos de forma insuficiente los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades metabólicas. Esto puede ser por la incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos, trayendo como consecuencia la malnutrición que engloba la desnutrición, así como la carencia de micronutrientes y las enfermedades relacionadas con la ingesta excesiva de alimentos y el desequilibrio nutricional.

Por lo tanto, a fin de prevenir complicaciones se ejecutaron las intervenciones planeadas en el plan de cuidados en la cual incluye brindar información a la madre de la importancia de incluir en la dieta del lactante incluir alimentos ricos en hierro, proteínas y otros nutrientes respetando los horarios de la comida; así como también el aumento de líquidos de acuerdo a las guías de prevención y tratamiento conforme con Remes & colaboradores (2011).

La OMS señala que los primeros años de vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. Es por ello, que la nutrición juega un papel importante en el crecimiento físico y desarrollo intelectual del ser humano.

Se logró coordinar con el servicio de nutrición para las consejerías nutricionales y reforzar con el consumo de MMN y así evitar la anemia e ir aumentando de manera progresiva su peso y talla.

Por lo consiguiente, el resultado final del presente trabajo es una relación de diagnósticos de enfermería específico del paciente, clasificado en doble vertiente: por las necesidades de Henderson y por los patrones funcionales de salud de la Dra. Gordon de esta manera se facilita el uso de esta herramienta para consulta y hacer la elaboración de unos planes de cuidados óptimos para los pacientes, fue preciso realizar revisiones periódicas de la taxonomía enfermera dado que en cada nueva versión de los diagnósticos de NANDA, de intervenciones NIC y de resultados NOC, actualmente la niña ha superado su desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para digerir o absorber los alimentos, por lo tanto; si se ha logrado con el objetivo con el apoyo de la nutricionista y la colaboración activa de la madre y familiares..

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c. Factor mecánico e inmovilidad física.

El deterioro de la integridad cutánea es un diagnóstico incluido en la NANDA desde sus inicios y abarca una multitud de posibles situaciones que se dan en la clínica diaria, que no siempre requieren el mismo abordaje. En el caso de las úlceras por presión

(UPPs), es precisamente donde se da mayor variabilidad de la práctica enfermera, tanto en la valoración, como en la prevención y tratamiento de las mismas. Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

La valoración de enfermería es el principal y primer paso en la atención del paciente, ya que de ello dependerán las acciones y tratamiento que se le dará en conjunto con el médico, siendo esto de gran importancia tanto para la reintegración del paciente a su vida cotidiana y a la sociedad y como parte de un compromiso médico legal. El identificar las lesiones o daño a la integridad biopsicosocial debido al deterioro por enfermedad o por accidentes nos ayudará a brindar atención integral de enfermería.

Durante el tiempo de tratamiento con el arnés no se observó ninguna alteración en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar, generalmente sobre una prominencia ósea. En pieles oscuras, pueden presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: Temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración) y / o sensaciones (dolor, escozor)

Se logró coordinar para su terapia física con medicina física y rehabilitación para sus masajes, así mismo a través de las visitas domiciliarias se pudo reforzar y enseñar los cuidados a la madre y ella a la vez muy preocupada y colaboradora.

Actualmente la niña ha superado su riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con factor mecánico e inmovilidad física, no presenta ninguna lesión, por lo tanto, si se ha logrado con el objetivo.

Riesgo de cansancio de rol de cuidador r/c tiempo de descanso del cuidador insuficiente.

El cuidador familiar quien es la persona que asume la responsabilidad del cuidado de un familiar o persona cercana, toma partido en las decisiones y supervisión del paciente. Los cuidadores familiares de personas con algún grado de dependencia, presentan cambios heterogéneos en sus vidas, los cuales afectan múltiples campos de forma simultánea, algunas veces positivamente y en otras ocasiones de forma negativa (Ortiz 2014), como en este caso que es el cansancio.

El conocimiento es un proceso mental mediante el cual acumulamos y guardamos información; es un reflejo o copia que parecen con la realidad u original, esta similitud, lo que constituye la condición básica de un modelo, por lo general el reflejo puede ser visto como un modelo de la realidad su esencia es lo que hace la diferencia a los demás (Gonzales, 2011).

En el presente caso la madre del lactante asume el rol de cuidador ya que el lactante necesita de cuidados especiales, cuando llegan por primera vez para continuar con sus controles de crecimiento y desarrollo en la posta medica de salud pública ya mencionada; la madre refiere que se siente preocupada porque su niña aún no come todo y es obligada casi siempre.

En este caso se logró solucionar el problema ya que se pudo brindar la información necesaria y se logró insertar a la madre a la consulta psicológica junto a su esposo, así mismo se coordina con las otras especialidades afín de brindar una atención de calidad y oportuna al lactante y se logra al 100% el objetivo trazado.

Discusión

La displasia del desarrollo de cadera es una patología presente pero que involucra dificultades en el diagnóstico y tratamiento por su tardía detección. Los resultados obtenidos en este estudio arrojaron que el 60% de los diagnósticos planteados se lograron cumplir y el 40% aún se encuentra en proceso de recuperación ya que la lactante está acudiendo a su terapia física y según la evaluación del EEDP se encuentra con CD de 71, que indica riesgo de retraso en su desarrollo, por ello el presente trabajo se ha llevado a cabo con la intención de conocer el tratamiento y la importancia de la detección oportuna de los casos en pacientes con displasia de cadera que han requerido solo tratamiento a base de terapias físicas y estimulación, y no de una intervención quirúrgica para la reducción. De acuerdo al caso en estudio limito su desarrollo normal causándole riesgo de retraso en el desarrollo, así como otros riesgos ya mencionados.

Según Perez, (2016), la displasia del desarrollo de la cadera es una patología debida a una alteración de cualquiera de los componentes que forman parte de la articulación coxofemoral en el niño. Así mismo menciona que recientemente ha adquirido la denominación de displasia del desarrollo de cadera, desechando la anterior designación de displasia congénita de cadera. Es una alteración frecuente en nuestra sociedad, lo que hace tan importante un diagnóstico en los primeros instantes de vida buscando una solución sea más fácil y rápida.

Por lo tanto, no siempre es posible, requiriendo así el niño una intervención quirúrgica para reducir la luxación. En este punto es vital la importancia de la fisioterapia para garantizar una correcta recuperación del paciente. La cual como enfermeras de programas especialmente del servicio de crecimiento y desarrollo concuerdo con este autor debido que las DDC en los niños si son detectadas de manera

oportuna y son derivadas a las áreas correspondientes para recibir atención oportuna con terapias, y así no sufrir riesgos o retrasos en su desarrollo ya que con un buen examen físico estaríamos evitando futuras complicaciones en el niño.

En el caso de la DDC es importante que la familia conozca aspectos importantes como qué posiciones se deben evitar, cómo vestir al niño o cómo colocar el arnés de Pavlik.

Además, es necesario mencionar al instrumento de evaluación psicomotor el EEDP es un test creado hace más de 30 años, por lo que se encuentra desactualizado, puesto que con el tiempo han ido cambiando los estilos de vida de las personas, hay una mayor tasa de empleabilidad femenina, mayor cantidad de estímulos ambientales en el entorno, los niños tienen más accesos a video juegos con mayor variedad de estímulos, la constitución de la familia tiene un enfoque más abierto, los estilos de crianza han ido variando, y pese a todo esto, que influye de manera significativa en el DSM de los niños, la escala sigue sin modificaciones.

Es importante también remarcar que no se ha encontrado literatura que hiciese referencia únicamente al tratamiento de fisioterapia. De esta forma, todos los datos forman parte de artículos o estudios que versaban sobre otros aspectos de la enfermedad, los cuales presentaban apuntes sobre el tratamiento fisioterápico, aunque es cierto que todos coinciden en la gran importancia del tratamiento de fisioterapia, abordan el tema de manera muy general, sin especificar por ejemplo qué musculatura tratar y cómo trabajarla dentro de la recuperación del paciente.

De todos modos, de lo mencionado, podemos concluir que la educación es el pilar fundamental para la enfermería frente al cuidado de la salud.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

La aplicación del PAE en una paciente con displasia de cadera, se observa la importancia de una adecuada y correcta elaboración de cada etapa del PAE, por ello el PAE es una herramienta primordial en nuestra labor diaria profesional, ya que ayuda a la enfermera a elaborar un plan de cuidados centrado en la respuesta humana, planificada e individualizada.

El presente trabajo académico nos permite reconocer el importante papel que cumple el profesional de enfermería al momento de evaluar al paciente en los servicios de CRED o en los servicios de neonatología, ya que orientara y actuara brindando un cuidado especializado demostrando habilidades y destrezas en el manejo de su recuperación el tiempo que dure, y actuara de acuerdo a protocolos establecidos y aplicando principios éticos.

Este diagnóstico precoz se torna importante en nuestra sociedad, ya que la patología se presenta de manera común por lo que se debe realizar una criba más exhaustiva en el recién nacido para evitar casos no diagnosticados que presenten problemas a lo largo de su vida, consiguiendo así también reducir el gasto sanitario que se ocasionará a largo plazo

Ala fecha paciente lactante mayor se muestra más activa e inquieta responde a los estímulos y manipula objetos sin temor, al último control con su médico especialista

le mando nuevas placas indicando retirar el arnés de Pavlik, debido a que la displasia de cadera leve ha pegado y ya no hay riesgo a lesión sugiriendo iniciar de inmediato las terapias físicas debido a un retraso del área motora y coordinación por los 6 meses aproximadamente de uso en arnés.

Recomendaciones

A las enfermeras, es importante que todos los recién nacidos tengan un examen físico dirigido, idealmente por un profesional capacitado, más aún si los recién nacidos presentan factores de riesgo hay que poner más énfasis y hacer un seguimiento más detallado con apoyo de ecografías y radiografías.

Al equipo de salud; la educación a la familia es primordial en estos casos, es importante como profesionales que se explique reiteradamente y hasta que los familiares comprendan en que consiste el tratamiento, explicarles cómo se debe utilizar el arnés, decirles que es obligación el uso permanente de éste y la necesidad de cumplir estrictamente con los controles de CRED, así como los controles con el ortopedista, además mencionarles que no se recomienda el doble o triple pañal cuando se detecta cualquier signo anormal en el periodo neonatal.

A la Universidad Peruana Unión, que continúe formando especialistas dirigidas al primer nivel de atención, con formación y principios cristianos con enfoque holístico.

Referencias

- Alanoca, J. (2017). *Displasia de cadera y desarrollo psicomotor en niños de 2 a 5 años*. Lima. (tesis de licenciatura). Universidad Alasa Peruanas.
- Albalate, M., y Alcázar, R. S. (2009). Alteraciones del sodio y del agua. *Nefrología al día*, 163-180.
- Albiñana, J. y Sink, E. (2010). *Problemas de cadera en ortopedia infantil*. Buenos Aires, México, Bogotá: Panamericana.
- Allende, Chumpitaz, y Solis. (2016). *Cansancio en el rol del cuidador*.
- Alvarado, L., Guarín, L., & Cañon, W. (2012-2015). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Cuidarte Revista de Investigación Escuela de Enfermería*.
- Anónimo. (2017). *La familia, apoyo fundamental en la rehabilitación*. Colombia: CUS.
- Anónimo. (2017). Reflejos temporales de los recién nacidos. *Wikipedia*, 01.
- Anónimo. (2017). Reflejos temporales de los recién nacidos. *Wikipedia*, 1.
- Anónimo. (2018). Análisis de hemoglobina. *Medline Plus*, 1.
- Arevalo. (2012). *Factores de riesgo de la luxación completa de la cadera en niños/as de 0-9 años*. Cuenca.
- Barca, I., Perejo, R., Gutiérrez, O., Fernández, F., Alejandre, G., y López de Castro, F. (2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Elsevier*, 33(7), 361-365.

- Beilman, G., y Dunn, D. (2007). Infecciones quirúrgicas. En F. Charles, D. Andersen, T. Billiar, D. Dunn, y J. Hunter, *Manual de cirugía* (Octava ed., págs. 79-97). México: Interamericana.
- Birman, A., y Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería* (Novena ed., Vol. II). Madrid: Pearson Educacion.
- Caballero. (2014). *Prevalencia y factores predisponentes de*. Lima.
- Cadima, M., & Col. (2012). *Determinar la incidencia de displasia de cadera en desarrollo en lactantes menores a 6 meses en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Tiquipaya*. Bolivia.
- Chumbes, E., Meza, N., y Villegas, R. (2016). *Factores de afrontamiento y adaptación del paciente que será sometido a cirugía plástica - reconstructiva, en un hospital de Lima*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Carrasco, M. P. (2000). *Tratado de emergencias médicas*. Madrid: Aran.
- Castell, S , Hernández, M. (2007). *Farmacología en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- CENAN, y UNICEF. (2004). *Medición de la Talla y el Peso*. Lima: INS.
- Cisneros. (2002). *Introducción a los modelos y teorías de enfermería*. Cauca-Colombia.
- Cruz, C., y Estecha, A. (2005). *Shock séptico*. Malaga.
- Cuneo. (2012). *Displasia del desarrollo de la cadera*. Ortoped.
- Díaz, M. (2009). *El lenguaje oral en el desarrollo infantil*. Córdoba: Educativas.
- Doenges, M., & Moorhouse, M. M. (2008). *Planes de cuidado de enfermería*. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana.
- Encarnación, P. (2010). *Incidencia y tratamiento de luxación congénita*. Ecuador.
- Estrada, E. (2006). *Falla respiratoria aguda*. Obtenido de www.reeme.arizona.edu

- Estrella, J., Tornero, A., y León, M. (2005). Insuficiencia respiratoria *Tratado de geriatría para recidentes* (págs. 363-370).
- Estrella, M. (2017). *Estadísticas de neonatos que nacen con displasia de cadera en el Perú*. págs. 8-9.
- Fernández, A., y Alombrada, M. (Sf). Factores de riesgo de la displasia congénita de cadera. *Apcontinuada*, 59.
- Fernández, J. (2009). Actitud terapéutica en la insuficiencia respiratoria. *Medicine*, 4368-4375.
- Fontecha, G. (2008). Displasia de cadera. *Traumatología Infantil.com*, 1.
- García, A. (2007). *Plan de cuidados de enfermería*. Universidad de la Laguna. Canarias.
- Garrison, S. (2005). *Manual de medicina física y rehabilitación*. España: S.A. McGraw-Hill .
- Garza, T., Gutiérrez, R., y Ramírez, J. (2006). Relación de colaboración médico-paciente-familia. *Archivos de Medicina Familiar*, 8(2), 57-62
- Gómez, M., Gonzales, V., Olguin, G., y Rodríguez, H. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente crítico. *Enfermería intensiva*, 74-82.
- Gonzales, E. (2011). Displasia del desarrollo de la cadera. *Revista de la Sociedad Bolivariana de Pediatría*, 50(1), 57-64.
- García, C. (2018). Displasia de cadera. *Traumatología Infantil*. Recuperado de <https://www.traumatologiainfantil.com/es/cadera/displasia-de-cadera>
- Gutiérrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Médica Peruana*, 286-297.
- Herdman, H. (2013). *NANDA internacional, diagnósticos enfermeros 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.

- Hogston, R., y Marjoram, B. (2008). *Fundamentos de la práctica de enfermería* (Tercera ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Kelley, W. (2002). *Medicina interna*. Buenos Aires: Panamericana.
- Kotcher, J., y Ness, E. (2009). *Instrumentación quirúrgica: teorías, técnicas y procedimiento*. Barcelona: Panamericana.
- Lacida, M. (2002). *Deterioro de la movilidad física y continuidad de cuidados*. Sevilla: Anda luz.
- Laguado, E. (2013). Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos. *Revista Cuidarte*.
- Lepe, C., y Lorca, J. (2011). *Descripción del desarrollo psicomotor En niños entre 4 y 10 meses con displasia luxante de cadera que son tratados con correas de Pavlik en el Hospital Roberto del Río* (tesis de licenciatura). Universidad de Chile.
- Linares, D., y Jaramillo, E. (2008). *Desarrollo psicomotor*. Peru.
- Malgor, L., y Valsecia, M. (2005). *Farmacología médica*. Buenos Aires: Cátedra.
- Martínez, F. (2011). *TCAE en la unidad de cuidados intensivos*. Madrid: Vertice.
- MIMP. (2012). *Manual de Intervención en Centros de Atención Residencial de Niñas/os y adolescentes sin cuidados parentales*. Lima: CAR.
- MIMP. (2014). *Manual de Visitas Domiciliarias*. Lima: Bernard Van Leer.
- MINSA. (Sf). *Alimentación y Nutrición*. Lima: USAID/Perú.
- Mosquera. (2016). *Desarrollo Locomotor en niños con Displasia de Cadera*. Quito-Ecuador.
- Muñoz. (2016). *Protocolo para el diagnóstico temprano de la Displasia Evolutiva de Cadera*. Mexico.

- Muñoz, A., García, C., & López, J. (2008). Insuficiencia respiratoria aguda. 211-217.
- Naranjo, I., y Ricaurte, G. (2006). Comunicación con el paciente. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 24(1), 94-98
- Narbona, J., y Schlumberger, E. (2014). Retraso psicomotor: causas, diagnóstico y tratamiento. *FAROS*. Recuperado de <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/retraso-psicomotor-causas-diagnostico-tratamiento>
- Otero, R., y Martin, J. (2006). *Cansancio del rol del cuidador*. malaga.
- Pagana, K. (2008). *Guia de pruebas diagnosticas y de laboratorio*. Madrid: Elsevier.
- Pajares, B. (2012). *Cansancio del rol del cuidador*. Madrid.
- Pérez. (2016). *Displasia de Cadera en pacientes Pediatrics;a proposito de un caso*. Soria-España: UVA.
- Pimiento, L. (2016). *Displasia del desarrollo de la cadera*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/afecciones-tipicas-infantiles/que-es-la-displasia-de-cadera-en-bebes>.
- Ramiro, M., Halabe, J., y Lifsbitz. (2002). *El internista*. Mexico: McGrawHill.
- Ranilla, F. (2014). *Determinar la relación de la displasia congénita de cadera en el retraso del desarrollo psicomotor en niños de 3 meses a 2 años en el servicio de terapia física en el área de niños del Hogar Clínica San Juan De Dios – CERI*. Arequipa, 2014. Arequipa.
- Rivera, M. (2015). *Dispalsia de cadera en infantes*. Arequipa: Hospital Essalud Yanahuara.
- Rivera, F. (2009). *Bases de la medicina clinica*. Santiago : Medichi.
- Rodes, J., Carné, X., y Trilla, A. (2002). *Manual de terapéutica médica*. Madrid: Elsevier.

Rodríguez. (27 de septiembre de 2014).

<http://camyrod.blogspot.com/2014/09/introduccion-el-desarrollo-armonico-del.html>.

Rubio, R. (2018). Displasia de caderas en bebés. *Salud y Bienestar*, 1.

Sarduy, C., Pouza, I., Pérez, R., y Gonzales, L. (2011). Sepsis intrabdominal postquirúrgica. *Archivo Médico de Camagüey*, 15(2), 235-247.

Shoemaker, W., Stephen, M., y Ayres, A. (2002). *Tratado de medicina crítica y terapia intensiva*. Madrid: Panamericana.

Silva, M., Silva, J., y Moraes, M. (2012). Diagnósticos de enfermería relacionados a la piel: definiciones operacionales. *Revista latinoamericana de Enfermagem*, 50(2)

Smeltzer, S., y Bare, B. (2002). *Enfermería médico-quirúrgica* (Novena ed., Vol. II). Mexico: McGraw- Hill Interamericana.

Vergara, M. (2016). Displasia a la cadera: diagnóstico y tratamiento. *Clínica Universidad de los Andes*. Recuperado de <https://www.clinicauandes.cl/shortcuts/novedades/displasia-a-la-cadera-diagnostico-y-tratamiento>

Villar, L., y Lazaro, M. (2013). *Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la Población Materno Infantil*. Lima: MINSA.

Witter, B. (2000). *Tratado de enfermería práctica*. México: Interamericana.

Apéndice

Apéndice A: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "Proceso de atención de enfermería aplicado a Lopez Pacheco Danna K.". El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Neysa Florecin Verástegui bajo la asesoría de la Dra. Keyla. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación y la de mi menor hijo en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del padre, madre o tutor: Ysabel Pacheco Coronado

DNI: 48353124 Fecha: _____


Firma del padre, madre o tutor

Apéndice B: Guía de valoración

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: **LDPK** Fecha de Nacimiento: 27/04/17 Edad: Sexo: F (x) M ()

Historia Clínica: 77029 DNI: 90174566 Teléfono:

Peso: 8000 Talla: 67 Perímetro Cefálico: 45.7 FC: 86 FR: 36 T°: 37

Grupo sanguíneo: O+

Nombre del acompañante: Isabel Pacheco Coronado

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo: Normal (X) Complicado () Patología durante la gestación: ninguno

Control prenatal: Si (X) No () N de controles: 8 N° embarazo: 1 Lugar de control: Policlínico Huaral

Parto: Eutócico (X) Complicado () Complicación del parto: ninguno Lugar del parto: Hospital Chancay

Nacimiento: Edad gestacional: 39 ss Peso al nacer: 3170 Talla al nacer: 50 Perímetro cefálico: 35

APGAR: 1min (8) 5 min (9) Reanimación: si () No (X) Tiempo de hospitalización: (cero) Patología perinatal: (ninguno)

Patologías: Si () No (X) Especificar: Ant. Familiares: Si (X) No () Especificar: Primita paterna con Displasia de cadera severa.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

Estado de Higiene: Bueno (x) Regular () Malo ()

Factores de Riesgo:

Bajo Peso: Si (x) No () Vacunas Completas: Si (x) No ()

Controles CRED: completos (x) Incompletos ()

Hospitalizaciones Previas: Si () No (x)

Descripción: _____

Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No (x)

Especifique: _____

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Reactividad: Activo (x) Hipoactivo () Hiperactivo ()

Estado Emocional: Tranquilo (x) Ansioso () Irritable ()

Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo ()

Agresivo ()

Llanto Persistente: Si () No (x)

Comentarios: _____

Participación de la familia en las Actividades Diarias: Si (x) No ()

Estado emocional de los padres: Tranquilo () Ansioso (x)

Irritable () Indiferente ()

PATRON RELACIONES-ROL

Se relaciona con el entorno: Si (x) No ()
Compañía de los padres: Si (x) No ()
Comentarios: _____
Relaciones Familiares: Buena (X) Mala () Conflictos ()
Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si (X) No ()
Familia Nuclear: Si (X) No () Familia Ampliada Si () No ()
Padres Separados: Si () No (x)
Problema de Alcoholismo: Si () No (x)
Problemas de Drogadicción: Si () No (x)
Pandillaje: Si () No (x) Otros: _____
Especifique: _____
Comentarios: _____

PATRON VALORES-CREENCIAS

Religión: _catolico_ Bautizado en su Religión: Si (x) No ()
Restricción Religiosa: _____ - _____
Religión de los Padres: Católico (x) Evangélico ()
Adventista (x) Otros: _____ Observaciones:

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto (x)
Somnoliento () Irritable ()
Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas ()
Lenguaje (x) Otros: _____
Especifique: _____
Comentarios: __solo balbucea silabas (ma,ma,ma,etc)__
Reflejos: Succión () Búsqueda () Plantar () Babinski ()
Moro ()

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Sueño: N° de horas de Sueño: ____6 a 8
Alteraciones en el Sueño: Si () No (x)
Especifique: _____
Motivo: _____
Especificar: _____
Abdomen: B/D (x) Distendido () Timpánico () Doloroso ()
Comentarios Adicionales: _____

PATRON ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: ____36____
Tos: Si () No (x) Secreciones: Si () No (x)
Características: _____
Ruidos Respiratorios: Claros (x) Roncantes () Sibilantes ()
Crepitantes ()
Otros: _____
Actividad Circulatoria:
Pulso: Regular (x) Irregular ()
FC / Pulso Periférico: __86__
Llenado Capilar: < 2'' (x) > 2'' ()
Perfusión Tisular Renal:
Hematuria () Oliguria () nuria ()
Perfusión Tisular Cerebral:
Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución ()
Ejercicio:
Tono muscular: Conservado () Hipotonía (x) Hipertonía ()
Movilidad: Conservada () Limitada (x)
Comentarios: ____Paciente lactante menor se encuentra con arnés para corregir lesión de cadera

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:
N° Deposiciones/ Día : 1 vez cada día _____
Características: ____amarillas,suaves y formadas____
Vesical:

	<p>Micción Espontánea: Si (x) No ()</p> <p>Características: _____</p>
<p>Piel: Normal (x) Pálida () Cianótica () Ictérica ()</p> <p>Fría () Tibia (x) Caliente ()</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Termorregulación: Temperatura: ___37_</p> <p>Hipertermia () Normotermia (x) Hipotermia ()</p> <p>Hidratación: Hidratado (x) Deshidratado ()</p> <p>Observación: _____</p> <p>Edema: Si () No (x) () + () ++ () +++ ()</p> <p>Especificar Zona: _____</p> <p>Comentarios: _____</p> <p>Fontanelas: Normotensa (x) Abombada () Deprimida ()</p> <p>Cabello: Normal (x) Rojizo () Amarillo ()</p> <p>Ralo () Quebradizo ()</p> <p>Mucosas Orales: Intacta (x) Lesiones ()</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Malformación Oral: Si () No (x)</p> <p>Especificar: _____</p> <p>Peso: Pérdida de Peso desde ultimo control: Si (x) No ()</p> <p>Cuanto Perdió: _____ ganancia de peso <200 gr ___</p> <p>Apetito: Normal () Disminuido (x)</p> <p>Dificultad para Deglutir: Si () No (x)</p> <p>Especificar: _____</p> <p>Alimentación: LME (x) LM () AC () Fórmula (X)</p>	<div style="border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</p> </div> <p>Secreciones Anormales en Genitales: Si () No (x)</p> <p>Especifique: _____</p> <p>Otras Molestias: _____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Testículos No Palpables: Si () No ()</p> <p>Fimosis Si () No ()</p> <p>Testículos Descendidos: Si () No ()</p> <p>Masas Escrotales Si () No ()</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nombre de la enfermera:</p> <p>Firma: ___Lic. Neysa Florecín Verástegui</p> <p>CEP: ___43106_____</p> <p>Fecha: ___02/12/2017</p>

Apéndice C: Ficha de visitas domiciliarias

Historia No. _____ FECHA: _____				
RESPONSABLE DE LA VISITA: _____				
VISITA N° _____				
NOMBRE DE LA PERSONA O PERSONAS VISITADAS: _____				
DIRECCIÓN DOMICILIO _____ TELÉFONO _____				
MOTIVO DE LA VISITA: _____ 				
Observaciones generales sobre la visita				
Sugerencias para el plan de acompañamiento de la persona y/o familia				
¿Requiere de otra visita?	SI	NO	¿Por qué?	¿Cuándo?

Apéndice D: Escala de Evaluación de Desarrollo (EEDP)

PROTOCOLO DE LA ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO
DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS
(Rodríguez, S., etc. et.)

NOMBRE DEL NIÑO: Danna Khaleesi López Pacheco
FECHA DE NACIMIENTO: 27-04-2017
Nº DE FICHA: 77029
ESTABLECIMIENTO: Cap. III - Mural

EDADES DE EVALUACION (meses)

Fecha de Evaluación	2	5	8	12	15	18	24
EM / EC	216 / 271						
CD	71						
Examinador	Lic. Roucín						

EDAD	ITEM	PUN- JE	EDADES DE EVALUACION (Meses)												
			2	5	8	12	15	18	24						
1 MES	1 (S) Fija la mirada en el rostro del examinador	5													
	2 (S) Reacciona al sonido de la campanilla	5													
	3 (M) Agrieta el dedo índice del examinador	5													
	4 (C) Sigue con la vista la aguja (ang. 90 grados)	5													
	5 (M) Movimiento de cabeza en posición prona	5													
2 MESES	6 (S) Mímicos en respuesta al rostro del examinador	5													
	7 (S) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador	5													
	8 (C) Reacciona ante el despareamiento de la cara del examinador	5													
	9 (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición ventral	5													
3 MESES	10 (S) Vocaliza dos sonidos diferentes	5													
	11 (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador	5													
	12 (C) Busca con la vista la fuente del sonido	5													
	13 (C) Sigue con la vista la aguja (ang. 180 grad.)	5													
	14 (M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición ventral	5													
15 (S) Vocalización prolongada	5														

ESCALA DE EVALUACION DE DESARROLLO
PSICOMOTOR (EEDP) DE 0 A 2 AÑOS

NOMBRE DEL NIÑO(A): L. DPK FECHA DE NAC.: 27/04/17 Nro. H. Clínica: 77029

COEFICIENTE DE DESARROLLO : CD = EM / EC = RAZON conversión a PE x 100

NORMAL >= 85	FECHA	EM/EC = Rz.	216/271 = 0,86																
RIESGO 70	COEF. DESARROLLO		71																
RETRASO <= 69	CLASIFICACIÓN		(R)	N	RI	Re	N	RI	Re	N	RI	Re	N	RI	Re	N	RI	Re	
	EXAMINADOR		Lic. Roucín																

PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR

FECHA (m)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24			
AREA																		
COORDINACION	4	8	12	16	22	27	28	32	39	43	46	48	52	56	64	75		
SOCIAL	1	6	7	11	20	21	30	34	45	47	50	54	61	70	73			
LENGUAJE	2	7	10	12	17	21	30	33	45	50	54	55	60	61	66	69	72	74
MOTORA	3	5	9	14	18	24	26	31	35	37	38	41	51	53	56	62	63	71

Apéndice E: Tabla de Resumen de edad Hitos del Desarrollo Psicomotor.

Los hitos de desarrollo marcan la media de desarrollo de los niños, en los primeros 12 meses de vida del bebé se producen grandes cambios y avances en su desarrollo y crecimiento: pasa de no poder moverse prácticamente ni interactuar, a gatear, dar sus primeros pasos y decir sus primeras palabras. Todo un mundo de descubrimientos.

PRIMER MES	Desarrollo normal
_Tumbado boca abajo mueve la cabeza hacia los lados	
– Se lleva sus manitas a la cara	
– Ve objetos a unos 25-30 cm de distancia	
– Levanta la cabeza boca abajo	Desarrollo normal
SEGUNDO MES	
_Sonríe como respuesta a una sonrisa	
– Controla mejor su cabeza	
– Desde la posición fetal es capaz de estirarse	Desarrollo normal
– Hace ruiditos como “ah”, “uh”	
TERCER MES	
_Tumbado boca abajo, levanta la cabeza y el pecho apoyado en sus brazos	
– Boca arriba, patalea y estira las piernas	Desarrollo normal
– Abre y cierra las manos	
– Agarra objetos con las manos	
– Reconoce caras familiares	
– Se ríe a carcajadas	
3 A 6 MESES	
_Mantiene la cabeza erguida	balbucea da,da.. y no se sienta muy bien se cae al intento de sentarse la madre no le stuve estimulando debido a miedo y a la sobreproteccion de los abuelos.
– Alarga la mano para coger objetos	
– Se gira y se da la vuelta	
– Reconoce su nombre si le llamas	
– Rueda por el suelo	
– Empieza a decir “papapa” o “bababa”	
– Hacia el final del sexto mes puede permanecer unos segundos sentado sin apoyo	a) Aun no se sienta muy bién b)no tracciona la momento que se le pone de pie. C)no tiene inicitiva de hechar pasitos. d)no coge las pastillas. Madre refiere que no le ha estado movilizando mucho por orden medica y su temor a lastimarla mas.
6 A 9 MESES	
_Se sienta solo y sin apoyos	
– Tumbado, se gira hacia ambos lados	
– Soporta su peso de pie	
– Balbucea nuevos sonidos	
– Se arrastra por el suelo o gatea	
– Hace palmitas con las manos	
– Dice adiós con la mano	
– Hace el movimiento de pinza con las manos	