

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del presente caso de investigación es aplicar el Plan de Cuidados de enfermería al paciente R. R., paciente se encuentra hospitalizado en el Servicio de Traumatología del piso 6 del Hospital Clínico Universitario de Caracas, l cual presenta una patología congénita denominada Osteocondromatosis Múltiple.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos son:

Valoración preoperatoria del paciente.

Evaluación física del paciente quirúrgico.

Evaluación de los Patrones Funcionales del paciente

Realización de análisis y diagnostico de enfermería

Realización y aplicación del Plan de Cuidados

Evaluación de las acciones realizadas.



MARCO TEÓRICO

ANATOMÍA.

La anatomía involucrada en el caso que presentamos a estudio es la pierna, el hueso fémur, el brazo, el antebrazo, el cúbito y el radio.

Esta anatomía se describe a continuación.

Pierna

Pierna, región del miembro inferior situada entre las articulaciones de la rodilla y el tobillo.

El esqueleto de la pierna está formado por la tibia (lado interno, palpable en toda su cara antero interna) y el peroné (externo, palpable en sus extremos superior e inferior)

Ambos se unen por sus extremos superior e inferior en las sindesmosis tibio peroneas proximal y distal, carentes de movimiento. Entre sus diáfisis se extiende la membrana fibrosa inter ósea.

En la pierna existen cuatro compartimentos separados por tabiques fibrosos (fascias). El anterior incluye los músculos tibial anterior (tira hacia arriba y hacia dentro del pie), extensor largo de los dedos (para dedos 2º a 5º) y extensor largo del dedo pulgar, y el nervio y vasos tibiales anteriores. El compartimiento lateral está formado por los músculos peronéos laterales largo y corto (tiran del pie hacia afuera y arriba) y el nervio peroneo superficial. El compartimiento posterior profundo incluye los músculos tibial posterior (tira hacia adentro y abajo del pie), flexor largo de los dedos y flexor largo del dedo gordo. El músculo tríceps surae (formado por sóleo, gemelo interno y gemelo externo) ocupa el compartimiento posterior superficial. Entre los dos compartimentos posteriores se encuentran el nervio y vasos tibiales posteriores.

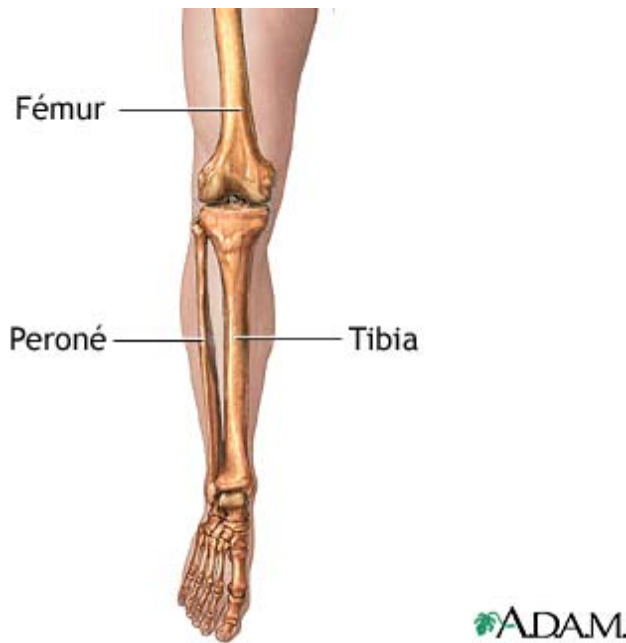
Fémur

Fémur, hueso del muslo. Está formado por una porción tubular central (diáfisis) y dos extremos. El superior o proximal, esférico, llamado cabeza del fémur, articula con una cavidad esférica de la pelvis (acetábulo o cotilo) formando la cadera. Próximos se hallan dos prominencias óseas, trocánter mayor y menor. El extremo inferior o distal es ensanchado y forma dos eminencias, los cóndilos femorales, que articulan con la tibia formando la rodilla.

Las fracturas de fémur se clasifican según su localización: fracturas subcapitales de cadera si se rompe junto a la cabeza, fracturas pertrocanteréas y subtrocanteréas de cadera si lo hace en la región de los trocánteres, fracturas diafisarias si lo hace en su diáfisis, y fracturas supracondíleas e intercondíleas de fémur si lo hace en la región de los cóndilos. Todas ellas suelen tratarse mediante fijación (osteosíntesis) con tornillos, placas especiales o clavos intramedulares.

El fémur es el hueso que con más frecuencia padece infecciones (osteomielitis) y tumores.

Anatomía esquelética de la pierna



La parte inferior de la pierna consta de dos huesos: la tibia y el peroné, que es el hueso más pequeño. El hueso del muslo o fémur, es el hueso largo de la parte superior de la pierna que conecta los huesos de la parte inferior de la pierna (articulaciones de la rodilla) con el hueso pélvico (articulación de la cadera).

Brazo

Brazo, región de la extremidad superior comprendida entre las articulaciones del hombro y el codo.

El esqueleto del brazo es el húmero. Su extremo superior está recubierto por los músculos que mueven el hombro (rotadores, elevadores, aproximadores, anteversores). La cara anterior del brazo está ocupada por los músculos bíceps braquial, más superficial, y braquial anterior, más profundo (flexor principal del codo). La cara posterior del brazo, separada de la anterior por tabiques intermusculares, está ocupada por el tríceps braquial, principal extensor del codo. En la epitroclea, tubérculo interno de la paleta humeral, nacen músculos flexores de la muñeca y dedos y pronadores de la mano y antebrazo. En el epicóndilo, tubérculo externo de la paleta humeral, nacen extensores de la muñeca y dedos y supinadores de la mano y antebrazo.

Todo el brazo está irrigado por la arteria humeral, continuación de la axilar que recorre la cara interna del brazo hasta el codo. El drenaje venoso es doble, profundo (vena humeral) y superficial (venas cefálica y basilica). La mitad posterior del brazo está inervada por el radial, y la mitad anterior y lateral por el músculo-cutáneo. Por la cara medial discurren hacia el antebrazo los nervios mediano y cubital.

Húmero

Húmero, hueso del brazo. Su extremo superior (cabeza humeral) presenta una superficie hemiesférica que articula con la glenoides del omóplato, las tuberosidades troquíter (externa) y troquín (interna) y un surco (corredera bicipital). En el troquíter se insertan los músculos rotadores externos del húmero (supraespinoso, infraespinoso, redondo menor). En el troquín se insertan los rotadores internos (subescapular, redondo mayor), el anteverdor (lleva el brazo hacia delante) y el pectoral mayor, que también es aproximador, como el dorsal ancho, insertado en la corredera bicipital.

En la cara lateral y superior diafisaria (V deltoidea) se inserta el músculo deltoides, elevador lateral del húmero. En la cara anterior diafisaria se inserta el braquial anterior (flexor del codo) y en la cara posterior el tríceps braquial. Sobre su cara posterior, bajo el tríceps, discurre el nervio radial (canal de torsión).

Su extremo inferior, triangular (paleta humeral), presenta carillas articulares para el cúbito (tróclea) y el radio (cóndilo externo) y 2 tuberosidades, epitroclea (interna) y epicóndilo (externo). En la epitroclea se insertan músculos pronadores del antebrazo y flexores de muñeca y dedos, y en el epicóndilo supinadores del antebrazo y extensores de muñeca y dedos.



Extremo distal del húmero

Extremo inferior del húmero que al articularse con el cúbito y el radio del brazo constituye la articulación del codo.



Cabeza del húmero

Extremo superior del húmero en el que se observa una superficie articular redondeada, denominada cabeza humeral, que se articula con el omóplato.

Antebrazo

Antebrazo, región de la extremidad superior comprendida entre el codo y la muñeca.

Su esqueleto está formado por cúbito y radio, huesos articulados entre sí que permiten la rotación llamada prono supinación (en la pronación se muestra el dorso de la mano; en la supinación, la palma). En su extremo proximal articulan con el húmero y en el distal con la primera fila del carpo (Mano).

Los músculos del antebrazo se dividen en cuatro grupos: flexores de la mano y dedos (superficiales y profundos), situados en la cara volar (la que corresponde a la palma); extensores de la mano y dedos (cortos y largos), situados en la cara dorsal; supinadores y desviadores radiales (inclinan la mano hacia el lado del radio), situados en el borde radial (el del pulgar), y pronadores y desviadores cubitales, situados en el borde cubital.

Al antebrazo llega sangre por la arteria humeral, que se divide en las ramas radial y cubital (que después aportarán sangre a la mano) e interóseas volar y dorsal. La sangre es evacuada por plexos venosos profundos (acompañan a las arterias) y superficiales. La inervación corre a cargo de los nervios radial (zona dorsal), mediano (zona volar-radial) y cubital (zona cubital).

Cúbito

Cúbito, hueso del antebrazo. El cúbito se sitúa en el lado cubital (interno, del meñique) del antebrazo. Su extremo superior, con forma de sector esférico parcial, articula con la tróclea de la paleta humeral (Codo), estando limitado en su zona superior por el olécranon (inserción del tríceps braquial) y en la inferior por la apófisis coronoides (inserción del braquial anterior) y por la cavidad sigmoidea para la cabeza radial (articulación radiocubital proximal). En la diáfisis, de sección triangular, se insertan diversos músculos y presenta una cresta posterior subcutánea palpable. El extremo inferior, cabeza del cúbito, articula con el extremo inferior del radio (articulación radiocubital distal) y con el hueso piramidal del carpo (interponiéndose el ligamento triangular de la muñeca) y su estiloides sirve de inserción a los ligamentos cubitales de la muñeca.

En la pronación (se muestra el dorso de la mano) y la supinación (en este caso la palma), el radio rota alrededor del cúbito deslizándose en las dos articulaciones radiocubitales. Ambas diáfisis están unidas por la membrana interósea.

Radio

Radio (hueso), uno de los dos huesos que conforman el esqueleto óseo del antebrazo. Es un hueso largo, con una extremidad superior o cabeza del radio, un cuerpo y una extremidad inferior, que es la más voluminosa. Se extiende desde la articulación del codo hasta la muñeca. Está unido al cúbito a través del ligamento interóseo.

La cabeza del radio se articula con la extremidad inferior del húmero y, junto con la extremidad superior del cúbito, forma parte de la articulación del codo.

Muñeca

Muñeca, región del miembro superior donde articula la mano con el antebrazo.

Su esqueleto está formado por los extremos inferiores de cúbito y radio y por el carpo. El extremo inferior del cúbito, cabeza cubital, tiene forma de cilindro. El extremo inferior del radio, con forma de medio gajo de naranja, está en el lado del pulgar; presenta una carilla para articular con la cabeza del cúbito y otra para la primera fila del carpo. El radio rota alrededor del cúbito en la pronosupinación. Con el radio y cúbito articula la primera fila de huesos del carpo, formada, de radial (lado del pulgar) a cubital (lado del meñique), por escafoides, semilunar, piramidal y pisiforme. Esta primera fila articula con la segunda, formada, de radial a cubital, por trapecio, trapecoide, hueso grande y ganchoso. La segunda fila articula con los metacarpianos. Todos estos huesos están unidos por múltiples ligamentos, dotando a la muñeca de movimientos de flexión, extensión, desviación radial y cubital.

Por el dorso (parte posterior) de la muñeca pasan los tendones extensores de la muñeca y dedos, y por la palma los flexores. Todos pasan bajo ligamentos transversales que actúan como poleas de reflexión (impidiendo que los tendones formen cuerdas de arco).

A excepción de las ramas del nervio radial, que pasan por el dorso, todos los vasos y nervios de la mano pasan por la cara palmar de la muñeca. Por la zona radial penetran la arteria y venas radiales (localización del pulso radial), principal irrigación de la mano. Por la zona cubital entran nervio, arteria (irrigación secundaria de la mano) y venas cubitales. Por el centro pasa el nervio mediano.

FISIOPATOLOGÍA

Tumores Formadores de Cartílagos.

Forman parte de la clasificación de tumores del cartílago se caracterizan por la formación del cartílago hialino y mixoide; otros componentes, como el fibrocartílago y el cartílago elástico, son raros. Al igual que ocurre con la mayoría de los tumores óseos, los tumores benignos del cartílago son mucho más frecuentes que los malignos.

Osteocondromatosis

El Osteocondroma es llamado también *exostosis*, es una proliferación benigna tapizada de cartílago que esta unida al hueso subyacente por un pedículo óseo. Es una lesión bastante frecuente, y puede ser solitaria o multifocal.

En la *Osteocondromatosis hereditaria múltiple*, que es un proceso hereditario autosómico dominante y genéticamente heterogéneo, aparecen numerosos osteocondromas.

Esta lesión es una saliente ósea solitaria recubierta por cartílago por lo general localizada en un hueso largo. Se dice que es quizás mas una malformación que una neoplasia.

Los sitios comunes son la parte baja del fémur, la tibia alta y la parte superior del húmero, aunque suelen ocurrir en cualquier hueso que se desarrolle a cartílago.

Consecuencias.

La lesión produce deformación, efectos por presión y en ocasiones tiene una bolsa que lo recubre.

En cerca del 1% de los casos, se desarrolla malignidad, por lo general, condrosarcoma; esta complicación debe sospecharse si el tamaño de la lesión aumenta en forma rápida.

Las exostosis subungueales que crecen a partir de la falange distal del dedo gordo del pie son tal vez de origen traumático y no se consideran como un osteocondroma.

Etiología

Su génesis se ha atribuido a alteraciones de los cromosomas 8, 11 y 19.

Los osteocondromas aparecen únicamente en los huesos de origen endocondral (situados en el interior del cartílago, o recubiertos de cartílagos) y se cree que se forman al desplazarse la parte lateral de la placa de crecimiento, la cual prolifera entonces en dirección diagonal al eje largo del hueso y hacia fuera de la articulación vecina.

Diagnóstico

Los osteocondromas solitarios suelen diagnosticarse por vez primera al final de la adolescencia y al comienzo de la vida adulta, pero en casos muy aislados suelen diagnosticarse en la infancia (a partir de los 2 años) en donde pueden parecer numerosos osteocondromas.

Por razones desconocidas los varones se afectan tres veces más que las mujeres.

Localización

Suelen localizarse en la metáfisis (donde se unen la diáfisis y epífisis), junto a la placa epifisaria de los huesos cilíndricos largos, especialmente cerca de la rodilla. En ocasiones se desarrollan en los huesos de la pelvis, la escápula y las costillas y en esos lugares suelen ser masas sésiles de pedículo corto. Es raro que estos tumores afecten a los huesos cilíndricos cortos de las manos y de los pies.

Morfología

Los osteocondromas tienen forma de hongo y su tamaño varía de 1 a 20 centímetros. La capa externa de la cabeza del osteocondroma está formada por cartílago hialino benigno de grosor variable y delimitada periféricamente por pericondrio. El cartílago ofrece el aspecto de una placa de crecimiento desorganizada, y sufre una osificación endocondral donde el hueso nuevo está formando la porción interna de la cabeza y del pedículo. La cortical del pedículo se superpone a la cortical del hueso base, de modo que la cavidad medular del osteocondroma se comunica con la del hueso base.

Sintomatología

Las manifestaciones son inespecíficas y muy variables. Puede haber formas asintomáticas, paucisintomáticas y con sintomatología florida. Los síntomas más frecuentes son dolor intermitente de tipo mecánico, tumefacción y sensación de rigidez, así como limitación de la movilidad, masa de partes blandas y crepitación. No es infrecuente que el paciente lleve largo tiempo con dolorimiento difuso y derrame articular.

Clínica

Los osteocondromas se presentan como masas de crecimiento lento, que pueden ser dolorosas si infiltran un nervio o si el pedículo se fractura. En muchos casos, se descubren de forma casual. En la Osteocondrosis Hereditaria Múltiple, los huesos afectados pueden angularse o acortarse, lo que indica la existencia de un trastorno asociado del crecimiento epifisario.

Los osteocondromas suelen dejar de crecer en cuanto se sueldan las placas de crecimiento.

Es raro (menos del 1% de los casos) que den lugar a un osteosarcoma u otros sarcomas. El riesgo de esta complicación es sustancialmente mayor en los pacientes afectados por el síndrome hereditario.

Pruebas de Diagnóstico

Se basa su diagnóstico en imágenes radiográficas.

Las pruebas diagnósticas que en este caso se realizan, para la detección de los osteocondromas son los estudios de Rayos X.

En primer lugar se realiza el examen físico del paciente en donde se conocerán los antecedentes familiares del paciente para averiguar si es de tipo hereditario en este caso.

Posteriormente, se realizan los exámenes de rayos X para delimitar las estructuras localizadas.

Por último se realizan las pruebas de tomografía y resonancia magnética para estar al tanto y conocer cuáles son las estructuras afectadas por el osteocondroma y hasta donde se ha desarrollado el mismo.

Tratamiento

El único tratamiento que se realiza en esta patología es la intervención quirúrgica para la exéresis del osteocondroma en la parte del cuerpo en donde este localizado.

MODELO TEÓRICO

Modelo de Adaptación de Sor Calista Roy

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones.

El modelo contiene cinco elementos esenciales: Paciente (persona que recibe los cuidados enfermeros) Meta de la Enfermería (que se adapta al cambio) Salud, entorno y dirección de las actividades enfermeras (que facilitan la adaptación)

Todos los elementos están relacionados entre sí

Los sistemas, los mecanismos de Afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

Son un conjunto de componentes organizados relacionados para formar un todo; Roy considera al receptor de los cuidados como un sistema abierto, adaptativo.

Este conjunto de elementos reacciona como un todo; la disfunción en uno de los componentes afecta al sistema por completo.

Aplicando la teoría de Calista Roy al caso en estudio tenemos lo siguiente:

En el sistema de Roy la Entrada se identifica como los Estímulos que pueden llegar desde el entorno o desde el interior de la persona, este puede ser focal que afecta inmediatamente a la persona, contextual un estímulo presente o residual estímulo inespecífico. En el caso en estudio la entrada es un estímulo focal que llega desde el entorno del paciente y este es la forma de rechazo que siente por parte del entorno a su apariencia física relacionada con su enfermedad, esto causa curiosidad a las personas en su entorno provocando miradas y murmuraciones que afectan al paciente

El Procesamiento del sistema de Calista Roy es el uso de procesos o mecanismo de control que utiliza la

persona para la adaptación y efectores o autoconcepto y función de rol en la adaptación. En el caso en estudio el efecto que produce en el paciente es un retraimiento y aislamiento social lo cual lo induce a no salir de casa y si lo hace su vestimenta siempre es larga en mangas de brazos y de pantalones muy anchos para ocultar sus deformidades visibles.

La salida es el resultado del sistema, esto es la conducta de la persona. El paciente se ha tornado callado, sumiso, abstraído y poco comunicativo. Se muestra al hablar un poco de recelo y de rabia. El paciente se ha adaptado su situación de forma negativa no enfrentándose a la sociedad.

El propio individuo y su entorno son fuentes de estímulos focales, residuales que crean necesidad de adaptación.

Debemos recordar que la personas son consideradas como sistemas abiertos cuyas conductas pueden ser clasificadas como respuestas adaptativas o respuestas ineficaces.

La persona es definida en este modelo como un ser biopsicosocial.(cuadro fisiopatológico)

MARCO OPERACIONAL

MÉTODO DE ESTUDIO

El Método de estudio empleado en nuestra investigación corresponde al tipo de Campo ya que en él utilizamos el levantamiento de información como el análisis, comprobaciones, aplicaciones prácticas, conocimientos y métodos utilizados para obtener conclusiones, realizándolos en el medio donde se desenvuelve el hecho en estudio, en este caso el Servicio de traumatología del Hospital Clínico Universitario, sala 140L.

RESUMEN DEL CASO

Se trata de paciente adolescente de 16 años de edad, procedente del Estado Guarico- Calabozo quién ingresa a este Centro Hospitalario presentando enfermedad actual (Osteocondromatosis Múltiple con Tumor en Fémur Izquierdo) la cual inició a los cinco (5) años de edad cuando presentó Tumoraciones en ambas rodillas, muñeca derecha y hemotórax derecho, que son cauterizadas en el Hospital San Juan de Dios, posteriormente reaparece la misma sintomatología a los nueve (9) años de edad en rodilla izquierda por lo que nuevamente se le efectúa Resección de Tumor.

Desde hace tres (3) años se vuelve a presentar misma patología en rodillas en ambas rodillas lentamente progresivas que actualmente limitan arco de movilidad, produciendo a su vez dolor localizado con la actividad física intensa por lo que consulta aquí al Hospital Clínico Universitario, donde posterior a evaluación por médico se decidió llevar el caso a discusión seminario.

HISTORIA DE ENFERMERÍA

I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellido: R. R.

Lugar de Nacimiento: Estado Guárico

Fecha: 31/12/96

Edad: 16 años

Estado Civil: Soltero

Dirección: Calabozo– Estado Guárico

Teléfono:

Grado de Instrucción: Bachiller

Profesión u Oficio: Estudiante

II.–

Fecha de Ingreso: 04–11–03

Servicio: Traumatología

Cama: 140 L

Motivo de Ingreso: **Tumores en el cuerpo.**

Diagnóstico Médico: **Osteocondromatosis Múltiple. Tumor en Fémur Izquierdo**

III.– ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Varicela: en la infancia

Sarampión: niega

Tos ferina: niega

Parotiditis: niega

Difteria: niega

Paludismo: niega

TBC: niega

Alergias: Niega alergias a los medicamentos

Quirúrgica: Cauterización de Tumores en ambas Rodillas, Muñeca Derecha y Hemotórax derecho a los cinco años de edad, posteriormente Resección de Tumor en Rodilla Izquierda a los Nueve años de edad.

IV.– EXPLORACIÓN DE SIGNOS VITALES

Temperatura: 37° C

Pulso: 79x`

Respiración: 19 x`

P. A. Sistólica: 110 mmHg

P. A. Diastólica: 70 mmHg

Peso: 74 Kg. Talla: 1.82 mts

V.- EXAMEN FÍSICO- DATOS OBJETIVOS

• CABEZA

Inspección: Sin tumoraciones.

Forma: Normocéfala y simétrica.

Tamaño: Acorde con la edad y contextura del paciente.

Cabello y Cuero Cabelludo: Abundante, sin Seborrea ni Alopecia

- CARA

Inspección: Se observo simetría del macizo facial, los ojos, nariz la cavidad bucal y los pabellones auriculares sin lesiones aparentes.

Forma: Ovalada.

Simetría: Presente.

Expresión: Normal

Palpación: Se palpo la arteria temporal, presencia de articulación temporo-mandibular y glándula parótida.

Temperatura: Normotérmica.

Sensibilidad: presente

- OJOS

Inspección: Simétricos, pupilas isocóricas Normoreactivas a la luz.

Párpados: Sin edemas.

Conjuntivas: Pálidas

Escleras: Claras sin secreciones.

Color: Blancas

Humedad: Presente

Palpación: Presencia de tensión endoocular.

Sensibilidad: Presencia de los puntos dolorosas supra orbitarios.

-AGUDEZA VISUAL

Ojo Izquierdo: Normal

Ojo Derecho: Normal

No usa anteojos correccionales tampoco

-OÍDOS

Inspección: Pabellones auriculares bien implantados y simétricos

Deformidades: No se observaron.

Secreciones: Sin presencia de secreciones.

Membrana Timpánica: Indermes

Agudeza Auditiva: Aparentemente normal

-NARÍZ

Forma: perfilada

Tamaño: pequeña

Posición del Tabique: centrado y bien implantado.

Vascularización: presente

Aleteo Nasal: no se evidencia aleteo nasal.

Mucosa Nasal– Color: rosada

Secreciones: permeable sin secreciones

Seno Frontal: no dolorosos sin secreciones

Seno Maxilar: no doloroso

-BOCA

Inspección: húmeda, sin aftas.

Dientes: blancos y sin caries.

Halitosis: no presenta halitosis.

Garganta: sin aparentes lesiones

Cuello: sin nódulos linfáticos ni adenomegalias. Presencia de pulso carotídeo simétrico.

• TÓRAX ANTEROPOSTERIOR

-PULMONAR:

Inspección: coloración normal, sin cicatrices con movimientos respiratorios.

Eupneico al aire atmosférico.

Expansión Torácica: normoexpandible.

Simetría: asimétrico con presencia de tumoraciones en la región intercostal.

Presencia de Masas: no se evidencian

Percusión: ruidos respiratorios audibles

Auscultación– Murmullo Vesicular: se evidencian ruidos respiratorios normales (brónquica, murmullo vesicular y broncovesicular.

Ruidos Agregados: sin adventicios ni sobreagregados

Tos: no presente.

-CARDIOVASCULAR

Frecuencia Cardiaca: 79 x`

Llenado Capilar: buen llenado capilar *Lechos Ungueales:* normales

Petequias: no se evidencian *Hematomas:* no se evidencian

Edemas: sin presencia de edemas.

-MAMAS

Inspección:

Tamaño:

Forma:

Simetría:

Palpación:

Consistencia:

Sensibilidad:

Secreciones:

Tono:

• ABDOMEN

Inspección: blando, depresible sin presencia de cicatriz.

Forma: plano

Simetría: simétrico

Volumen o Tamaño: no evaluado

Características de la Piel: normotensa, palidez moderada

Palpación:

Tono de la Pared Abdominal:

Movilidad: conservada

Masas: no se evidencian megalias.

Dolor: no doloroso a la palpación

Auscultación:

Ruidos Intestinales: presencia de ruidos hidroaéreos.

Percusión:

Sonidos: no audibles

• **GENITALES**

Inspección: aspecto y configuración masculina sin lesiones.

Tamaño: medianos *Secreción:* sin secreciones.

Palpación:

Ganglios Inguinales: presentes

Músculo Esqueléticos– Columna: Conformación adecuada y completa

• **MIEMBROS SUPERIORES**

Inspección: no presenta tumefacción, ruidos, ni hematomas, presencia de tumoraciones de superficie irregular.

Simetría: simétricos

Palpación: no se siente calor, tumoraciones de superficie irregular de consistencia ósea y cartilaginosa adheridas a planos profundos de:

Borde Medial de Escápula Derecha

1/3 proximal de Antebrazo Izquierdo de 4 cm

Tono Muscular. Conservado

Dolor: no dolorosos incluyendo tumoraciones.

Edemas: no presenta

Pulsos Periféricos: presentes

Supinación: limitada del antebrazo izquierdo 45°.

Extensión: conservada

Movilidad: limitada en miembro superior izquierdo demás arcos de movilidad sin alteraciones.

Sensibilidad. Presencia de sensibilidad superficial y profunda.

Temperatura Local: normotenso.

• MIEMBROS INFERIORES

Inspección: no presenta tumefacción, ruidos, ni hematomas, presencia de tumoraciones de superficie irregular.

Simetría: simétricos

Palpación: no se siente calor, tumoraciones de superficie irregular de consistencia ósea y cartilaginosa adheridas a planos profundos de:

Extremo Próximal de Tibia Derecha en la cara medial

Extremidad Distal fémur Derecho cara interna y externa.

Extremo Proximal de Tibia izquierda, cara medial.

Área Anterior del Fémur izquierdo 25cm

Tono Muscular conservado

Dolor: no dolorosos incluyendo tumoraciones

Edemas: no presentes

Pulsos Periféricos: presentes

Flexión: flexión de rodilla izquierda 100° y de la derecha 130° demás arcos sin alteraciones

Extensión: normal

Movilidad: demás áreas sin alteraciones, en rodilla izquierda se limita al correr.

Sensibilidad: conservada

Temperatura Local: normotensos.

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

• ESTADO MENTAL

- *Nivel de Conciencia:*
- *Orientación:* orientado en los tres planos (tiempo, espacio y persona)
- *Lenguaje:* coherente, coordinado gnósico (aférente, sensorial y conceptual) y práctico.
- *Memoria:* conservada
- *Cálculo:*
- *Juicio:* capacidad de entendimiento, compara y juzga. Cordura.

♦ FUERZA MUSCULAR Y TONO:

Conservadas.

♦ COORDINACIÓN Y MARCHA:

En perfectas condiciones.

♦ REFLEJOS:

–PROFUNDOS– OSTEOTENDIDOSOS:

- *Bicipital:* presente
- *Tricipital:* presente
- *Estiloradial:* presente
- *Rotuliano:* presente
- *Aquiliano:* presente

–SUPERFICIALES:

- *Cutáneo Abdominal:* presente
- *Cremasteriano:* presente
- *Plantar:* presente

–OTROS:

- *Corneano:* presente
- *Fotomotor:* presente
- *Nauseoso:* presente

◇ SENSIBILIDAD

Táctil: presente

- *Dolorosa:* presente
- *Térmica:* presente

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Hospital: Clínico Universitario *Fecha:* 5/11/03

Nombre: R.R. *Edad:* 16 años

Unidad: Traumatología *Cama:* 140L

PATRONES FUNCIONALES

• PERCEPCIÓN DE LA SALUD/ CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL ESTADO DE

SALUD:

Paciente refiere que se considera una persona sana. Manifiesta que no fuma, no consume alcohol ni drogas, niega alergias a alguna sustancia. Indica que fue intervenido quirúrgicamente por la misma patología cuando contaba con nueve años de edad.

• NUTRICIÓN – METABÓLICO

Paciente refiere que tiene una ingesta de alimentos de por lo menos 10 veces por día pero en reacciones pequeñas, de igual forma manifiesta que cuando come debe ingerir algún digestivo, de lo contrario sufre cefalea. Señala que recibe actualmente dieta completa y que evacua dos veces por día.

Manifiesta que su apetito ha disminuido desde su ingreso al hospital porque no le agrada la comida que le dan; niega vómitos, náuseas o regurgitaciones. No refiere pérdida de peso.

• ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Paciente se considera una persona enérgica pero desde hace algunos meses no puede jugar fútbol porque cuando corre mucho siente dolor en el miembro inferior izquierdo, además de no poder agacharse por el osteocondroma. Manifiesta que solía jugar fútbol 3 veces a la semana. Manifiesta que realiza por sí mismos todos sus autocuidados sin inconvenientes y que unas de sus actividades de ocio es salir con sus amigos al cine.

• PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Señala que presenta dos evacuaciones por día con ayuda de un digestivo y que su frecuencia de micción espontánea es de 5 a 6 veces por día, no refiere molestias al orinar o evacuar.

• PATRÓN DE SUEÑO Y REPOSO

Manifiesta que duerme normalmente 8 horas diarias pero que desde que ingresó al hospital le cuesta conciliar el sueño por los ruidos e incomodidad de la cama y que se despierta frecuentemente durante la noche. Niega ingerir sustancias o fármacos para dormir.

• COGNOSCITIVO – PERCEPTUAL

Paciente refiere no usar lentes ni tiene problemas auditivos, refiere que cuenta con una buena visión y memoria. Manifiesta toma sus decisiones fácilmente.

• TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente se considera una persona calmada que por lo general cuando se encuentra en una situación estresante trata de pensar bien la solución sin alterarse.

• PATRÓN SEXUAL/ REPRODUCCIÓN

Paciente refiere que no ha tenido relaciones sexuales. Familiar acota que no se ha iniciado sexualmente por pena a que le vean las protuberancias de los tumores.

• AUTO PERCEPCIÓN

Paciente refiere que se siente vergüenza de las protuberancias que tiene en el cuerpo, razón por la cual

no le agrada ir a la playa. Manifiesta que sólo utiliza shorts que le cubran por debajo de la rodilla y pantalones anchos. Paciente manifiesta que no se había operado antes por no perder un año de bachillerato, por lo que decidió esperar hasta culminar su diversificado dice que se siente triste porque le hubiera gustado comenzar la universidad inmediatamente. Refiere que siente nervios y miedo por la operación y a no saber que me pasará.

• **ROL/ RELACIONES**

Manifiesta que vive con su madre, padre y hermano menor. Paciente refiere que tiene un grupo pequeño de amigos los cuales son de donde vivía anteriormente y que no trata a nadie más. Manifiesta que no tiene novia actualmente y que sólo ha tenido una novia. Familiar refiere que no le agradaba que la novia le tocara algunas de las zonas donde presenta Osteocondroma por vergüenza y que ha cambiado su conducta para relacionarse con personas nuevas.

• **VALORES Y CREENCIAS**

Refiere ser perteneciente a la religión católica no practicante y cree en Dios.

(cuadro analítico)(cuadro analítico)

Plan de Cuidados

INFORME TRANSOPERATORIO.

Intervención Quirúrgica: Resección Quirúrgica y Biopsia.

Área Quirúrgica: Quirófano J.

Fecha: 06-11-03

Nombre del Paciente Quirúrgico: R. R.

Edad: 16 años **Historia No:** 1764720

Servicio: Traumatología.

Cirujano: Pedro Tovar

Primer Ayudante: Moisés Ghetea

Segundo Ayudante: Elias Kuffaty

Tercer Ayudante: Fabián Ruiz

Anestesiólogo: Dra. Higuera

Hora de Comienzo de la Anestesia: 10:00 a.m.

Hora que Termina la Anestesia: 2:38 a.m.

Hora de Comienzo de la Operación: 10.15 a.m.

Hora que Termina la Operación: 2:35 a.m.

Enfermera Perioperatoria: T.S.U. Cesar Rodríguez

Asistente de Cirugía: Esmeralda Fernández

Preparación del Paciente Quirúrgico y cuidados de enfermería en la Sala de Pre- Anestesia:

A pesar de que el área quirúrgica del Hospital Clínico Universitario no cuenta con esta área nos dirigimos a la antesala donde esperan los pacientes, y sólo pudimos cumplir con darle apoyo psicológico, brindarle seguridad para evitar que no se cayera al suelo, así como hacer un chequeo de la historia clínica a través de la cual pudimos verificar que cual es el tipo de intervención que se le iba a realizar, en qué miembro y revisar los exámenes.

Cuidados Pre- Anestésicos del Paciente Quirúrgico en Quirófano:

El paciente recibió:

- ◆ Ketoprofeno una ampolla
- ◆ Cefacidal 1 ampolla una hora antes de la intervención
- ◆ Keflin una ampolla, una hora antes del acto quirúrgico.

Tipo y Técnica de Anestesia Utilizada:

Se le aplicó Anestesia General balanceada (inhalatoria, Inducción endovenosa y laringógrafo) la técnica consta de las siguientes etapas:

Inducción:

Se realiza pre-oxigenación al paciente con gases anestésicos (mezcla inhalatoria) como Isoflorane 1%, O₂ 4% y NO₂ 4% los cuales se mezclan y son inhalados a través de la mascarilla, luego se procede a la inducción propiamente dicha con un grupo de fármacos (Fentanyl 100mg, Veruconio 6cc, Propofol 150mg y Lidocaína 40mg) vía endovenosa que poseen propiedades narcóticas e hipnóticas. **Mantenimiento de la Anestesia:**

Se procedió a la intubación orotraqueal previa hiperoxigenación del paciente con el ambú se le pasa el laringoscopio con hoja n° 3 para abrir la cavidad oral y así visualizar la glotis, se le facilita el tubo endotraqueal n° 7.5 a la anesthesióloga el cual es introducido y fijado por medio del globo que es insuflado con una inyectadota de 10 cc. Luego se conectó a la ventilación artificial por medio del cual se le continuó administrando la mezcla inhalatoria

Reversión:

Se suspendió la administración de anestésicos y se administró Neostigmine 2 mg y Atropina 1 mg para neutralizar los relajantes musculares y propiciar la respiración espontánea.

Equipos Utilizados Durante la Administración de la Anestesia:

Se emplearon: la máquina de anestesia, mascarilla de gases, tubo endotraqueal n° 7.5, lubricante K-Y, monitor con multiparámetro, laringoscopio con hoja n°3, guantes estériles n° 6 ½, dos yelcos n° 16, inyectadota de 10cc., adhesivo, cánula de mayo y sonda de Nelaton para la extubación.

Tipo de Mesa Operatoria Utilizada en la Intervención Quirúrgica:

Mesa Hidráulica.

Accesorios Especiales De la Mesa Operatoria:

Fajas de sujeción, correas de seguridad, y 2 apoya brazos y pierneras.

Posición del paciente Quirúrgico:

Posición decúbito Ventral y Decúbito Dorsal.

Técnica Utilizada en la Preparación de la Piel del Paciente Quirúrgico:

Se empleó una técnica antiséptica sin contacto con la piel para ello se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Se expuso el sitio operatorio y se ajustó la luz.
- Luego procede la postura de guantes estériles empleando la técnica.
- Posteriormente se comenzó a realizar el lavado en miembro inferior izquierdo el cual se encontraban los tumores localizados en el Fémur con jabón antiséptico (en este caso se usaron cepillos quirúrgicos los cuales contienen solución jabonosa de Betadine), este lavado se efectuó realizando cepilladas con movimientos circulares iniciando desde la punta de los dedos progresando hacia la periferia del área hasta llegar a la parte superior del muslo, se descarta cepillo quirúrgico y se emplea otro, pero en esta oportunidad se utilizó la esponja del mismo repitiendo la misma técnica sin tocar la piel del paciente con los guantes y sin volver a pasar la esponja por la zona lavada.
- Seguidamente se retira la solución de Betadine secando con compresas estériles haciendo presiones suaves.
- Consecutivamente se pinta la zona a incidir empleando una gasa estéril montada en una pinza con solución de betadine.
- Finalmente se colocaron campos estériles para delimitar área quirúrgica y evitar así la diseminación de microorganismos.

Instrumental Básico para la Intervención Quirúrgica:**Caja de Traumatología 1**

1 Riñonera pequeña.

2 Gubia Rectas.

1 Cístico

6 Pinzas Backaus Medianas.

1 Tijera de Mayo Curva.

2 Tijeras de Mayo Recta.

2 Tijera de Metzembbaum

4 pinzas Martín para cartílago

1 Segueta

1 Disección con Dientes Mediana.

1 Disección sin Diente Mediana.

1 Cureta

1 Legra

1 Electrobisturí.

- ◆ Juego de separadores Farabeuf Pequeño.

- ◆ Juego de Separadores Farabeuf Grande.

1 Juego de Separadores Hartman Grande.

- ◆ Escudilla Grande.

1 Escudilla Pequeña.

3 Pinzas Crille Curvas Pequeñas.

- ◆ Pinzas Crille Curvas Medianas.

2 Pinzas Crille Rectas Medianas.

2 Pinzas de Allis.

2 Pinzas de Kocker Curvo Pequeñas. 2 Pinzas de Kocker Rectas Pequeñas. 2 Pinzas De Kocker Recto Grande.

4 Pinzas de Campo.

2 Pinzas Kelly Curvo Grande. 2 Porta Agujas.

1 Cánula de Aspiración Poole Abdominal.

1 periostótomo Kimisson

1 periostótomo Farabeuf

1 mazo

2 ganchos para huesos

1 par de pinzas medianas Lambotte para fijar huesos

1 legra Kimisson

Instrumental Adicional Utilizado en la Intervención Quirúrgica:

Caja de Escoplos: la cual contiene 12 de diversos tamaños tanto curvos como rectos.

Pinza Lipton grande

1 equipo de Laparotomía

Escoplos Acanalados

Portovac 1/8

Equipos Especiales Utilizados en la Intervención Quirúrgica:

Torniquete Neumático.

Descripción del Acto Quirúrgico. Especificando Técnicas e Instrumentos Usados:

Región Posterior del Fémur

Diéresis:

Previo asepsia y antisepsia y bajo anestesia general se coloca torniquete a una presión de insuflación de 250 evitando de esta manera disminuir la irrigación sanguínea a esta zona para lograr mayor visibilidad del cirujano así como evitar la pérdida excesiva de sangre.

- Fueron realizadas 2 incisiones médica localizadas en la región posterior del fémur izquierdo a nivel de la Diáfisis con disección para evaluar sensibilidad y mango de bisturí #3 con hojilla #15 con la cual penetran hasta tejido subcutáneo, seguidamente continúan avanzando con el Electrobisturí hasta llegar a tejidos profundos y separando los bordes de la herida con separadores en rastrillos grandes.
- Al toparse con los vasos poplíteos emplean tijera de Metzembraum y pinzas de Crille para separar el tejido que lo rodea para posteriormente ligarlos con seda, repitiendo el mismo procedimiento con el Nervio Ciático cuidando de no lesionarlos.
- A medida que se va realizando el procedimiento van succionando con una cánula de poole.
- Una vez traspasados los últimos planos anatómicos (músculo y aponeurosis) se visualiza Osteocondromatosis.

Exéresis:

- Ya visualizado el Encondromatosis se le facilita al cirujano la Tijera de Metzembraum, pinza de crile, disección con las cuales va retirando el tejido que rodea al Osteocondroma.
- Una vez retirado el tejido adyacente se iba colocando en un frasco.
- Cuando se libra por completo al Osteoma de tejido se procede a martillar desde la unión con el hueso sano. Empleando para ello un escoplo recto y un martillo.
- Se despega y se le pasa la tijera de Metzembraum para terminar de extraer.
- Se coloca el Osteoma en una bolsa con formol para que se le realice biopsia.
- Luego se retira residuo de la base del Osteoma adherida al hueso sano y se coloca en frasco.
- Finalmente se raspa el hueso sano con la legra y la cureta, previa extracción de las astillas con la gubia.
- Finalmente una vez la superficie del hueso lisa se procede a agregar solución fisiológica para lavar succionando simultáneamente con la cánula de poole y se seca con compresas estériles.

Síntesis:

- Se cortó la piel sobrante (colgajo) a manera de ojal.
- A continuación se empieza a suturar utilizando para aponeurosis y músculo Vicryl 0 y para Tejido Subcutáneo y Piel Dermalon 2.0.
- Se le inserta un portovac para drenar la sangre evitando la formación de un hematoma al apagar el

torniquete.

- Seguidamente se apaga el torniquete y se succiona la conexión del portovac para drenar un poco la zona; se conecta nuevamente al portovac.
- Se le facilita gasas montadas en una pinza con solución betadine, aplicándola en la incisión para luego colocar gasas secas estériles y realizar cura compresiva.

El procedimiento quirúrgico es repetido para el área **Anterior del Fémur y 1/3 proximal de Antebrazo Izquierdo** pero esta vez el paciente en posición decúbito dorsal y difiere del anterior a que en estos dos procedimientos no se realiza ligadura de vasos ni nervios por lo que fue más rápida la intervención.

Control de Gasas y Compresas:

No se llevo conteo exhaustivo de compresa ya que se trataba de una intervención quirúrgica en la que se penetraba a cavidad y por lo consiguiente no había riesgo de dejar alguna adentro. Sin embargo se emplearon un total de 40 compresas y 20 gasas.

Suturas Empleadas en los Diferentes Planos Anatómicos:

Fémur

En Aponeurosis y músculo Vicryl 0; Tejido subcutáneo y piel Dermalon

Antebrazo

Aponeurosis y músculo Vicryl 3; Tejido Subcutáneo y Piel Mononylon 3.0

Drenajes:

Portovac en extremidad distal de Fémur Posterior Izquierdo.

Traslado de Paciente quirúrgico a Cuidados Post- Anestésicos Por:

Anestesiólogo, 1er ayudante y asistente de cirujano.

Recibido Por: Lic. Ana Berman

Intubado: No lleva tubo endotraqueal paciente fue intubado y extubado en quirófano

Extubado:

T/A: 158/76 mmHg

Pulso: 112x`

Respiración: 20x`

Saturación de Oxígeno: 100%

Temperatura: 36 °C

Drenajes: Portovac en miembro inferior izquierdo

Condiciones generales al Ingreso del Paciente Quirúrgico al Servicio De Cuidados Post-Anestésicos:

Condiciones generales estables.

Neurológico:

Consciente, orientado en los tres planos. Respuesta motora presente, somnoliento. Pupilas Isocóricas– Normoreactivas a la luz.

Cardiovascular:

Hemodinámicamente estable, presencia de pulsos periféricos rítmicos y sin soplos. Presencia de taquicardia Ruidos cardíacos rítmicos regulares.

Respiratorio:

Eupneico, tórax asimétrico por presentar depresión inferior en cara anterior del hemotórax derecho por Osteocondromatosis en esternón, normoexpansible, Ruidos Respiratorios Presentes.

Gastrointestinal:

Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, presencia de ruidos hidroaereos. Mantiene Dieta Absoluta.

Genitourinario:

Micción a través de sonda de Foley.

Extremidades:

Presencia de pulsos, sin edemas y con Vía Periférica en Miembro Superior Derecho recibiendo hidratación (solución fisiológica) Curas compresivas en Miembro Inferior Izquierdo y Miembro Superior Izquierdo Secas. Presencia de Tumoraciones de superficie irregular, consistencia ósea, no dolorosas y normotérmicas en:

Borde Medial de Escápula Derecha

Extremo Proximal de Tibia Derecha en la cara medial

Extremidad Distal fémur Derecho cara interna y externa.

Extremo Proximal de Tibia izquierda, cara medial.

Hora de Ingreso del Paciente Quirúrgico al Servicio de Cuidados Post- Anestésicos: 2:45 a.m.

Hora de Egreso del Paciente Quirúrgico del Servicio de Cuidados Post- Anestésicos: Permanece actualmente en esta área

CUIDADOS POST-ANESTÉSICOS

VALORACIÓN DEL ENFERMO EN EL POSTOPERATORIO MEDIATO.

Hospital: Clínico Universitario *Nombre:* R.R.

Edad: 16 años

Unidad: Cuidados Postanestésicos *Cama:* 140L

PATRONES FUNCIONALES

• PERCEPCIÓN DE LA SALUD/ CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD:

Paciente corrobora que siempre ha sido una persona sana y que antes de su intervención quirúrgica se ha mantenido en control de su enfermedad.

2. NUTRICIÓN – METABÓLICO

Paciente refiere que no le gusta la comida del hospital, por lo cual su apetito ha disminuido y por ende no come. Se encuentra en dieta absoluta por la intervención. No manifiesta cefalea, vómitos o náuseas.

3. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Paciente refiere que debe permanecer sin apoyar el miembro inferior izquierdo intervenido por ordenes médicas, de igual forma manifiesta que se siente incomodo por el venaje compresivo que le colocaron no le permite movilizar el miembro.

• PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Señala que presenta dos evacuaciones por día con ayuda de un digestivo y que su frecuencia de micción espontánea es de 5 a 6 veces por día, no refiere molestias al orinar o evacuar. Refiere que su micción se ha conservado después de su intervención, indicando que no se le ha alterado el patrón luego de la intervención.

• PATRÓN DE SUEÑO Y REPOSO

Manifiesta que luego de la intervención no pudo conciliar el sueño en la noche por el dolor que presentaba.

• COGNOSCITIVO – PERCEPTUAL

Paciente refiere no haber presentado ninguna alteración de sus sentidos (vista, audición) ni del habla o la memoria. Refiere conservarlas en perfecto estado.

• TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente refiere estar ansioso por irse ya que no tolera estar en el hospital. Manifiesta que desea estar en su casa.

• PATRÓN SEXUAL/ REPRODUCCIÓN

Patrón no alterado.

• AUTO PERCEPCIÓN

Paciente refiere estar contento por haberse operado aunque si hubiera sabido que dolía tanto no se habría sometido a la intervención, pero aun así se manifiesta estar a la expectativa para conocer como finalmente le quedarán sus extremidades, refiere que posteriormente se practicará una cirugía plástica para eliminar las cicatrices y que por ahora sólo espera su recuperación.

• ROL/ RELACIONES

Manifiesta no encontrarse a gusto con el ambiente del hospital, ya que en la sala hay pacientes que pelean frecuentemente y hasta consumen drogas, razón por la cual no trata algunos pacientes.

• VALORES Y CREENCIAS

Refiere ser perteneciente a la religión católica no practicante y cree en Dios.

CUADRO ANALÍTICO

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	PATRÓN DISFUNCIONAL	DX DE ENFERMERÍA
– Expresión verbal debo permanecer sin apoyar la pierna intervenida por ordenes médicas y me siento incomodo por el venaje compresivo que tengo en cual no me permite movilizar el miembro. –Expresión Verbal no me gusta la comida del hospital, por lo que mi apetito ha disminuido y no como. – Expresión verbal tengo frío y escalofríos	– Dificultad para girarse en la cama, realizar movimientos cortos y lentos y vendaje compresivo. –Falta de enteres en los alimentos, no probar ni un bocado de la comida, negación a ingerir loa alimentos del hospital. Piel fría y pálida, temperatura de 36° C, piloerección, temblores.	Actividad y Ejercicio Nutricional– Metabólico Nutricional – Metabólico	Deterioro de la Movilidad Física relacionado a prescripción de restricción de movimientos, manifestado por dificultad para girarse en la cama y realizar movimientos cortos y lentos. Desequilibrio Nutricional por Defecto relacionado a factores psicológicos (comida inapetecible), manifestado por falta de enteres en los alimentos, no probar ni un bocado de la comida, negación a ingerir loa alimentos del hospital. Hipotermia relacionada a medicamentos anestésicos manifestado por escalofríos, palidez, frialdad, piloerección.



FICHA FARMACOLÓGICA

CEFADROXILO

Composición	Indicaciones	Posología	Presentación
Monohidrato de Cefadroxilo	Infecciones de las vías respiratorias y de los tejidos blandos. Infecciones óseas y articulares, incluyendo osteomielitis y artritis séptica. Activos contra gérmenes susceptibles gram positivos.	Adultos: infecciones 500 mg C/12 h Niños: 25 – 50 mg/Kg/día en dosis divididas cada 12 horas	Cápsulas: 500 mg por 12 cápsulas Suspensión: frasco de 60 ml de 250 mg/ml

DIFENAC

Composición	Indicaciones	Interacción	Precauciones y advertencia	Contraindicaciones y efectos secundarios
Diclofenac Sódico	Antiinflamatorio no esteroideo	No asociarse con Litio ni Digoxina	Precaución: en asma, trastornos visuales y auditivos, HTA, insuficiencia cardíaca, hemorragias gastrointestinales. Restringir u uso en caso de enfermedad del tubo digestivo, proteger vías digestivas.	Embarazo y lactancia, sangramiento gastrointestinal, ulcera péptica. Puede causar: Epigastralgia, náuseas, diarreas y cefalea.

CONCLUSIÓN.

Una vez terminada la investigación realizada al paciente R. R., paciente de 16 años de edad, que se encuentra hospitalizado en el Servicio de Traumatología del Hospital Clínico Universitario de Caracas, por presentar numerosas tumoraciones que luego de los análisis correspondientes ya descritos, se llega a la conclusión que padece de Osteocondromatosis Múltiple, podemos concluir lo siguiente:

Los condromas son tumores benignos formados por cartílago hialino y mixoide, que pueden formarse en la cavidad medular. Contienen otros componentes como el fibrocartílago y el cartílago elástico.

La Osteocondromatosis múltiple llamado también exostosis, presenta muchas lesiones. Están unidas al hueso subyacente por un pedículo óseo y está tapizada de cartílago.

Estas lesiones pueden ser bilaterales y con frecuencia de distribución simétrica. Afecta mayormente al sexo masculino y se piensa que es de carácter autosómico dominante. El riesgo de malignidad es por lo general del 10% de las personas afectadas.

Es una enfermedad de carácter hereditario. En la familia del padre del paciente esta enfermedad la padece el padre, la tía del paciente y la abuela del paciente.

Es una enfermedad que por sus condiciones deformantes, mantiene al paciente retirado de una interacción y desenvolvimiento social, manteniéndose aislado de toda actividad fuera de su casa.

La familia del paciente e incluso el mismo presentó mucha ansiedad antes de la intervención quirúrgica.

La intervención quirúrgica fue verdaderamente interesante en donde, se hizo la resección quirúrgica de los condromas, teniendo que raspar con una cureta el hueso del fémur, quedándose muy fino

Se le indica al paciente que no debe afincar la pierna al caminar por lo menos en unas 4 semanas ya que por lo delgado que quedo el hueso se espera a su regeneración.

Luego de realizada la intervención quirúrgica el paciente presenta otro semblante en la cara, se nota mas optimista y con ganas de salir del hospital a ver su familia y amigos. El paciente refiere estar muy conforme con su intervención quirúrgica, aunque presenta un poco de dolor.

En cuanto a la autoestima del paciente, se nota mas seguridad al hablar y ha comenzado a compartir con sus compañeros de sala.

BIBLIOGRAFÍA.

WESLEY Ruby L. (1997) Teorías y Modelos de Enfermería. Segunda Edición. Mc Graw Hill Interamericana. México, DF.

BARÉ – Galfano (1997) Examen Físico. Mc Graw Hill. México, DF.

WALTER John B. (1994) Patología Humana. Editorial Manual Moderno. México, D.F.

COTRAN Ranzi S. y Otros (2000). Patología Estructural y Funcional. Sexta Edición. Mc Graw Hill Interamericana. Bogotá – Colombia.

LUIS Rodrigo, María Teresa. Diagnósticos Enfermeros. Segunda Edición. Barcelona. España.

Diccionario de Medicina Océano / Mosby.

HARRISON (2002) Principios de Medicina Interna volumen II. Décimo quinta edición. México, DF.

Enciclopedia Interactiva Encarta (2002)