

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

ÍNDICE

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON SÍNDROME DE COQUELUQUE

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
BRONQUIOLITIS.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PEDIÁTRICO
CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON
MENINGITIS

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CRISIS ASMÁTICA, SÍNDROME DE
OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL Y NEUMONÍA

BIBLIOGRAFÍA

GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

Índice

**GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A
CIRUGIA DE ABDOMEN**

**GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESTOMAS
INTESTINALES**

**GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TORSIÓN
TESTICULAR**

**GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HERIDAS
INFECTADAS-NECROSADAS**

**GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
HIPERTROFIA PILÓRICA**

**GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A
APENDICECTOMIA**

**GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
CRIPTORQUIDEA**

BIBLIOGRAFIA

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A NEUROCIRUGÍA

Índice

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A
NEUROCIRUGÍA

FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
MIELOMENINGOCELE

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
DERIVACION VENTRICULAR EXTERNA (SDVE)

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON
HIDROCEFALIA

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PEDIATRICO
CON TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO (TEC)

BIBLIOGRAFIA



Resolución Directoral

Lima, 08 JUN. 2012

VISTO:

El Informe Nº 02-CRGPCP-HEP-2012, de fecha 17 de Mayo del 2012, de la Presidenta del Comité de Revisión de las Guías de la Práctica Clínica y Procedimientos, mediante el cual remite las "Guías Técnicas de Procedimiento de Enfermería del Hospital de Emergencias Pediátricas", para su aprobación.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 422-2005/MINSA., de fecha 01 de Junio del 2005, se aprobó la Norma Técnica Nº 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" la cual es de aplicación en las instituciones públicas y privadas del Sector Salud;

Que, mediante informe Nº 02-CRGPCP-HEP-2012, de fecha 17 de Mayo del 2012, la Presidenta del Comité de Revisión de las Guías de la Práctica Clínica y Procedimientos, remite las "Guías Técnicas de Procedimiento de Enfermería del Hospital de Emergencias Pediátricas", para su aprobación mediante el acto resolutivo correspondiente;

Que, las Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos: con Síndrome de Coqueluche, con Bronquiolitis, con enfermedad Diarreica Aguda, con Meningitis, con enfermedades a la Piel y Tejido Celular Subcutáneo, con ventilación Mecánica no Invasiva, con Crisis Asmática, Síndrome de Obstrucción Bronquial y Neumonía; las Guías de Intervención de Enfermería en Paciente Quirúrgicos: sometidos a Cirugía de Abdomen, con Estomas Intestinales, con Torsión Testicular, con Heridas infectadas - Necrosadas, con Hipertrofia Pilórica, sometidos a Apendicectomía, con Criptorquidea, así como las Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Sometidos a Neurocirugía: con Mielomeningocele, con Derivación Ventricular Externa (SDVE), con Hidrocefalia, con Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC), han sido elaboradas teniendo en consideración la Resolución Ministerial Nº 422-2005/MINSA., por lo que resulta procedente su aprobación;

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Nº 27444 - Ley General del Procedimiento Administrativo General, Resolución Ministerial Nº 428-2007/MINSA., que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas y en uso de las facultades conferidas mediante Resoluciones Ministeriales Nº 415-2009/MINSA., y Nº 701-2004/MINSA.;

Con el visto bueno del Director de la Oficina Ejecutiva de Administración y de la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

Artículo 1º. - Aprobar las Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos, Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Quirúrgicos, Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Sometidos a Neurocirugía, de la Unidad Ejecutora 031 Hospital de Emergencias Pediátricas, DISA V Lima Ciudad, Pliego 11 Ministerio de Salud, que se detallan a continuación:

...///

Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos

1. Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Síndrome de Coqueluche.
2. Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Bronquiolitis.
3. Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con enfermedad Diarreica Aguda.
4. Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Meningitis.
5. Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con enfermedades a la Piel y Tejido Celular Subcutáneo.
6. Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con ventilación Mecánica no Invasiva.
7. Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Crisis Asmática, Síndrome de Obstrucción Bronquial y Neumonía.

Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Quirúrgicos

1. Guías de intervención de Enfermería en Paciente Quirúrgicos sometidos a Cirugía de Abdomen.
2. Guías de Intervención de Enfermería en Paciente Quirúrgicos con Estomas Intestinales.
3. Guías de Intervención de Enfermería en Paciente Quirúrgicos con Torsión Testicular.
4. Guías de Intervención de Enfermería en Paciente Quirúrgicos con Heridas Infectadas - Necrosadas.
5. Guías de Intervención de Enfermería en Paciente Quirúrgicos con Hipertrófia Pilórica.
6. Guías de Intervención de Enfermería en Paciente Quirúrgicos sometidos a Apendicectomía.
7. Guías de Intervención de Enfermería en Paciente Quirúrgicos con Criptorquidea.

Guías de intervención de Enfermería en Pacientes Sometidos a Neurocirugía

1. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Sometidos a Neurocirugía.
2. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes con Mielomeningocele.
3. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes con Derivación Ventricular Externa (SDVE)
4. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes con Hidrocefalia.
5. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Traumatismo Encefalo Craneano (TEC).

Artículo 2°.- Las Guías aprobadas en el Artículo 1°, entrarán en vigencia en la fecha de emisión de la presente Resolución, siendo de cumplimiento obligatorio.

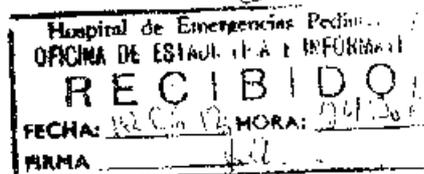
Artículo 3°.- La Oficina de Comunicaciones en Coordinación con la Oficina de Estadística e Informática, publicarán dichas Guías en la Página Web del Hospital de Emergencias Pediátricas.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

FWRNRGJC/ajc
Distribución,
Archivo
O. Ejecutiva de Administración
O. Estadística e Informática (Pág. Web)
Dpto. de Enfermería
Presidente del Comité de Guías

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

DR. FERNANDO W. RAMOS NEYRA
C.M.P. N° 18741
DIRECTOR GENERAL



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE COQUELUCHE

I. ASPECTOS GENERALES

Este término se ha empleado para denotar los signos y síntomas indistinguibles de la tos ferina, cuando no se puede demostrar la presencia de Bordetella Pertusis o Parapertusis, al mismo tiempo que se sospecha una infección por Adenovirus.

Se han planteado dudas sobre la causa del síndrome cuando concomitantemente se demuestra la presencia de Bordetella Pertusis y Adenovirus.

El cuadro clínico se caracteriza por una tos en quintas, paroxística y causante de eméesis y cianosis, con protrusión de la lengua que termina con un estridor laríngeo inspiratorio prolongado con intervalos breves de apnea, característicos de la tos ferina, pero sin que se pueda establecer el diagnóstico de la misma. Puede causar neumonía, lesiones cerebrales y hasta la muerte. Algunos niños que han recibido la vacuna DPT presentan niveles de anticuerpos Ig A secretorios insuficientes, presentando un cuadro clínico menos severo y que es capaz de activar los Adenovirus latentes.

II. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes menores de 12 meses

III. OBJETIVO:

Brindar atención integral, oportuna y efectiva a los pacientes pediátricos con tos ferina (Coqueluche).

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada(o) en Enfermería.



V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>DOMINIO4: Actividad /reposo. CLASE4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias. 00032. Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de músculos respiratorios</p>	<p>DOMINIO: Salud fisiológica (II). CLASE: Regulación metabólica(I) 0802. Signos vitales.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológica (II). CLASE: Cardiopulmonar (E). 0403. Estado Respiratorio: Ventilación.</p>	<p>6680. Monitorización de funciones vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio. • Controlar periódicamente la oximetría del pulso. • Controlar periódicamente los sonidos pulmonares. • Observar si hay cianosis central y periférica. <p>3390. Ayuda a la ventilación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea permeable. • Colocar al paciente de forma tal que alivie la disnea. • Iniciar y mantener suplemento de oxígeno, según prescripción • Observar si hay fatiga muscular respiratoria. <p>3140. Manejo de las vías aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación si es posible <p>3350. Monitorización respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. • Anotar aparición, duración, características y resolución de las de quintas. <p>3320. Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado. • Administrar oxígeno suplementario según indicaciones. • Vigilar el flujo de oxígeno. • Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. • Observar si hay signo de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción. • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoximetría) • Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiera con los intentos de respirar por parte del paciente.



DOMINIO 4 : Actividad /reposo.
CLASE4: Respuestas
cardiovasculares /
respiratorias.

00031 Limpieza ineficaz
de las vías aéreas

R/C retención de secreciones
bronquiales.

00039. Riesgo de aspiración
R/C presencia de moco viscoso.

DOMINIO4: Actividad /reposo.
CLASE 3: Equilibrio de la
energía

00093. Fatiga R/C Estado de
enfermedad, accesos de tos.

DOMINIO: Salud fisiológica (II).
CLASE: Cardiopulmonar(E).

0402. Estado respiratorio :
Intercambio gaseoso.

DOMINIO: Salud fisiológica (II).
CLASE: Cardiopulmonar(E).

0410.Estado respiratorio :permeabilidad
de las vías aéreas

DOMNIO : Salud funcional(I)
CLASE: Mantenimiento de la energía(A).
0002 Conservación de la energía.

DOMINIO :Salud percibida(V)
CLASE :Salud y calidad de vida(u)
2002. Bienestar

3160. Aspiración de las vías aéreas

- Determinar la necesidad de aspiración oral.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Informar al paciente y la familia sobre la aspiración de secreciones.
- Destilar con suero fisiológico cada fosa nasal a temperatura corporal.

3390. Ayuda a la ventilación.

- Mantener vía aérea permeable.
- Ayudar a los frecuentes cambios de posición.
- Colocar al paciente de forma tal que minimicen los esfuerzos respiratorios y disminuya la disnea (posición sentado o semi sentado).

3320. Oxigenoterapia.(se menciona en 00032)

3200. precauciones para evitar la aspiración.

- vigilar nivel de conciencia, reflejos de tos y capacidad de deglutir.
- Controlar el estado pulmonar.
- Colocación vertical o lo mas incorporado posible.
- Mantener equipo de aspiración disponible y operativo.
- Alimentación en pequeñas cantidades.

Mantener la cabecera del a cama levantado después de la alimentación

0180. Manejo de la energía

- **Determinar causa de fatiga**
- Limitar estímulos ambientales (luz,, ruidos) para facilitar la relajación.
- Limitar la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de los mismos.
- Favorecer el reposo.



DOMINIO 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés.

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento

000146 Ansiedad R/C

Amenaza de muerte , amenaza estado de salud, cambios en el estado de salud

DOMINIO 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés.

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento

000146 Ansiedad R/C

Amenaza de muerte , amenaza estado de salud, cambios en el estado de salud

DOMINIO: Salud funcional (I).

CLASE: Mantenimiento de la energía(A)

0005 tolerancia ala actividad.

DOMINIO: Salud psico social (III)

CLASE: Autocontrol(O).

1402 Autocontrol de la ansiedad

5850. Técnica de relajación. (se mencionara en 000146)

1850. Mejorar el sueño.

- Disponer llevar acabo medidas agradables: masajes.
 - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño.
 - Agrupar actividades para minimizar el número de despertares.
- Fomentar incrementar las horas de sueño

5802. Disminución de la ansiedad

- Explicar todos los procedimientos
- Incluyendo la posibles sensaciones
- que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Administrar masajes en la espalda
- Permita a la madre permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

5880. Técnica de relajación.

- Coger y calmar al bebe o niño.
- Hablar suavemente o cantar al bebe o niño.
- Ofrecer tranquilidad al bebe.
- Mantener contacto visual con el paciente.
- Acariciar la frente.
- Mantener la calma de una manera deliberada.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Identificar los seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente
- Utilizar distracción.
- Ofrecer leche caliente.
- Frotar la espalda.
- Ofrecer baño caliente.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS.

I. ASPECTOS GENERALES:

La bronquiolitis es una enfermedad aguda de etiología viral, caracterizada por obstrucción de la pequeña vía aérea. Se define como un cuadro agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, con o sin aumento del trabajo respiratorio, dentro de un proceso catarral de vías aéreas superiores en un niño menor de dos años.

El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es el causante del 20-40% de los casos, en época epidémica hasta el 60% en los hospitalizados son VRS (+).

Otros por orden de importancia son: Parainfluenza, Adenovirus, Influenza, metapneumovirus humano. El Mycoplasma en niños mayores y la Chlamydia pueden dar cuadros similares.

II. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes menores de 19 años que acuden al hospital de Emergencias Pediátricas.

III. OBJETIVO:

- Mantener una adecuada hidratación y oxigenación.
- Mejorar la calidad de vida del paciente mediante el aumento de su capacidad ventilatoria.
- Aumentar la distensibilidad pulmonar.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.



V. PLAN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)
<p>DOMINIO 4: Actividad/reposo. CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias</p> <p>00032. Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por taquipnea, uso de músculos accesorios para respirar, prolongación de las fases espiratorias.</p>	<p>0802. Estado de los signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura. - Frecuencia del pulso. - Frecuencia respiratoria <p>0410. Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de fiebre - Ausencia de ansiedad - Frecuencia Respiratoria - Estado respiratorio: ventilación. <p>040302. Ritmo respiratorio.</p> <p>040305. Facilidad de la respiración.</p> <p>040316. Ausencia de dificultad respiratoria.</p>	<p>6680. Monitorización de funciones vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio. • Controlar periódicamente la oximetría del pulso. • Observar si hay cianosis central y periférica. <p>3390. Ayuda a la ventilación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea permeable. • Iniciar y mantener suplemento de O2, según prescripción. <p>3140. Manejo de las vías aéreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. • 3350. Monitorización respiratoria. • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. • Anotar aparición, características y duración de la tos.



00031. Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C mucosidad, secreciones bronquiales, evidenciado por cianosis, cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio, agitación.

DOMINIO 11: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física.

0402. Estado respiratorio: intercambio gaseoso.

- Facilidad de la respiración
- Ausencia de disnea en reposo
- Ausencia de cianosis

0410. Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias

- 041001. Ausencia de fiebre
- 041002. Ausencia de ansiedad
- 041004. Frecuencia respiratoria
- 041007. Ausencia de ruidos respiratorios patológicos.

- Aspiración de las vías aéreas
- Determinar la necesidad de la aspiración oral
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración
- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración

3390. Ayuda a la ventilación

- Mantener una vía aérea permeable
- Colocar al paciente de forma tal que se alivie la disnea
- Ayudar a los frecuentes cambios de posición
- Colocar al paciente de forma tal que se minimicen los esfuerzos respiratorios

3320. Oxigenoterapia

- Administrar oxígeno suplementario
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno
- Observar si hay signos de hipo ventilación inducida por el oxígeno
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y Atelectasia por absorción.





DOMINIO 4: Actividad / reposo.		
Clase 4: respuestas cardiovasculares/respiratorias		
00092. Intolerancia a la actividad R/C debilidad generalizada, desequilibrio entre aportes y demanda de oxígeno.	0002. Conservación de la energía. <ul style="list-style-type: none">- Equilibrio entre actividad y descanso.- Siestas en el rango esperado.- Adapta el estilo de vida al nivel de energía. 0005. Tolerancia a la actividad. <ul style="list-style-type: none">- Saturación de oxígeno en el rango esperado en respuesta a la actividad.- Frecuencia cardíaca en el rango esperado en respuesta a la actividad.- Frecuencia respiratoria en el rango esperado en respuesta a la actividad.- Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad.	0180. Manejo de energía. <ul style="list-style-type: none">• Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad.• Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación y el sueño.• Favorecer el reposo/limitación de actividades. 4310. Terapia de actividad. <ul style="list-style-type: none">• Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.• Ayudar en las actividades físicas regulares, si es necesario.• Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. 2380. Manejo de medicación. <ul style="list-style-type: none">• Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.• Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.• Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. 6482. Manejo ambiental: confort. <ul style="list-style-type: none">• Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.• Proporcionar una cama limpia y cómoda.• Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona.• Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, frío.



DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

000146. Ansiedad R/C amenaza de muerte, amenaza en el estado de salud, cambio en el estado de salud, evidenciado por angustia, aumento de la sudoración, palpitaciones, taquicardia, fatiga.

DOMINIO 4: Actividad/reposo.
Clase 3: Equilibrio de la energía.

00093. Fatiga R/C estado de enfermedad, ansiedad, evidenciado por falta de energía, percepción de necesitar energía adicional, cansancio.

1402. Control de la ansiedad.

- Monitoriza la intensidad de la ansiedad.
- Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso.
- Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.
- Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.

1300. Aceptación: estado de salud.

- Tranquilidad.
- Superación de la situación de salud.

1500. Lazos afectivos padre – hijo.

0002. Conservación de la energía

- Equilibrio entre actividad y descanso.
- Utiliza técnicas de conservación de energía.

2002. Bienestar.

- Satisfacción con el funcionamiento fisiológico.

5820. Disminución de la ansiedad

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad
- Administrar masajes en la espalda/cuello
- Técnica de relajación

5230. Aumentar el afrontamiento

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
- Disminuir los estímulos del ambiente.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

0180. Manejo de energía.

- Determinar las causas de fatiga.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad.
- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación y el sueño.
- Favorecer el reposo/limitación de actividades.

1850. Fomentar el sueño.



DOMINIO 2: Nutrición.

Clase 1: Ingestión.

00002. Desequilibrio nutricional por defecto R/C la incapacidad para ingerir los alimentos

0003. Descanso.

- Tiempo de descanso.
- Patrón del descanso.

- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Fomentar el aumento de las horas sueño
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño.

1612. Control de peso.

- Supervisa el peso corporal.
- Mantiene un patrón alimentario recomendado.
- Mantiene el peso óptimo.

1100. Manejo de la nutrición.

- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos nutritivos y que puedan ser de consumo fácil.
- Determinar en colaboración con el dietista, si procede el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.

1004. Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.

- Ingestión de nutrientes.
- Ingestión alimentaria y de líquidos.
- Ingestión alimentaria por sonda

2080. Manejo de líquidos/ electrolitos.

- Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales.
- Administrar líquidos, si está indicado.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos

1260. Manejo de peso.

- Tratar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, la ganancia de peso y la pérdida de peso.
- Determinar el peso corporal ideal del paciente.

1160. Monitorización nutricional.

- Pesar al paciente a los intervalos establecidos.
- Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- Observar las interacciones padres/niño durante la alimentación.
- Controlar la turgencia de la piel.



DOMINIO11: Seguridad / Protección.

Clase 2: Lesión física.

00039. Riesgo de aspiración R/C
presencia y eliminación de moco viscoso.

1902. Control de riesgo.

- 190201. Reconoce el riesgo.

- 190216. Reconoce cambios en el estado de salud.

0403. Estado respiratorio: intercambio gaseoso/ventilación.

Ritmo respiratorio.

Facilidad de la respiración.

Ausencia de dificultad respiratoria.

Facilidad de la respiración

Ausencia de disnea en reposo

Ausencia de cianosis

1056. Alimentación enteral por sonda

- Insertar una sonda nasogástrica.
- Observar si la colocación de la sonda es correcta.
- Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.

3140. Manejo de las vías aéreas.

- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.

- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.

1. Aspiración de las vías aéreas

- Determinar la necesidad de la aspiración oral

- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.

- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración

1570. Manejo del vomito

-Identificar factores que pueden causar o contribuir al vomito.

- Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumente el vomito.

- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.

Fomentar el descanso.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

I. ASPECTOS GENERALES

Diarrea aguda es la disminución de la consistencia de las heces, casi siempre en número mayor de tres deposiciones líquidas o semilíquidas sin sangre visible en 24 horas y que dura menos de 14 días, pueden acompañarse de vómitos, fiebre, disminución del apetito.

En la evaluación se consideran solo tres posibilidades:

1. Paciente bien hidratado
2. Paciente deshidratado
3. Paciente con choque hipovolémico por deshidratación con la presencia de dos o más signos característicos.

II. POBLACION OBJETIVO

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes menores de 19 años

III. OBJETIVO

- Garantizar el cuidado de enfermería oportuno, eficaz y eficiente al niño con enfermedad diarreica aguda de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad.
- Prevenir y/o minimizar las complicaciones y secuelas del paciente pediátrico con enfermedad diarreica aguda.
- Manejar la inestabilidad del paciente pediátrico con cuadro de enfermedad diarreica aguda en el servicio de hospitalización.
- Estandarizar la atención que brinda el profesional de enfermería al niño con enfermedad diarreica aguda que acude a nuestra institución.
- Contribuir al enfoque multidisciplinario de pacientes con EDA.

IV. PERSONA RESPONSABLE

Licenciado(a) en Enfermería.



V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación 00027 Déficit de volumen de líquidos R/C diarrea, vómitos, disminución de ingesta de líquidos, aumento del metabolismo y pérdidas insensibles</p>	<p>0602 Hidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membranas y mucosas húmedas • Ingesta adecuada de líquidos • Diuresis • Perfüsión tisular • Orina oscura • Globos oculares hundidos • Fontanela hundida • Pérdida de peso • Diarrea <p>0600 Equilibrio electrolítico y ácido base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sodio sérico • Potasio sérico • Cloruro sérico • pH sérico • Bicarbonato sérico • pH urinario • Fuerza muscular • Ausencia de irritabilidad neuromuscular 	<p>4180 Manejo de hipovolemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la pérdida de líquidos • Vigilar signos vitales • Iniciar la administración de líquidos prescrito • Controlar las pérdidas de líquidos insensibles • Supervisar el peso • Observar indicios de deshidratación • Vigilar el estado hemodinámico • Instruir al paciente y/o familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipovolemia <p>4120 Manejo de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso diario • Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación • Contar o pesar pañales • Vigilar estado de hidratación • Administrar líquidos • Animar al familiar a que ayude al paciente con las comidas <p>2080 Manejo de líquidos y electrolitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar los niveles de electrolitos • Pesar a diario y valorar la evolución • Favorecer la ingesta oral • Controlar y vigilar valores de laboratorio • Vigilar signos vitales. • Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos • Observar si existen pérdidas de líquidos





<p>Dominio: 11 Seguridad y Protección Clase: 2 Lesión Física 00025 Riesgo de lesión R/C alteración de desequilibrio electrolítico, disturbio ácido básico e hipovolemia.</p>	<p>1824 Conocimientos: cuidados de la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción del proceso de la enfermedad • Descripción del control de infección <p>1902 Control de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce factores de riesgo • Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas Reconoce cambios en el estado de salud. <p>1908 Detección del riesgo Reconoce signos y síntomas que indican riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica posibles riesgos para la salud. • Utiliza los recursos para mantener informado sobre los posibles riesgos <p>0600 Equilibrio electrolítico y ácido base</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sodio sérico ✓ Potasio sérico Cloruro sérico ✓ Calcio sérico ✓ pH sérico ✓ Bicarbonato sérico ✓ pH urinario ✓ Alerta mental ✓ Ausencia de irritabilidad neuromuscular Nivel de glicemia ✓ Concentración sanguínea de glucosa Glucosa en orina. 	<p>5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar nivel actual de conocimientos del familiar relacionado con el proceso de la enfermedad. • Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. • Describir el proceso de la enfermedad • Proporcionar información a la familia. • Describir las posibles complicaciones. • Instruir a la familia sobre los cuidados para prevenir y/o minimizar los riesgos. <p>6610 Identificación de riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar el historial médico y los documentos. • Mantener los registros precisos • Determinar la presencia y ausencia de necesidades vitales básicas. • Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos. <p>6550 Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar signos y síntomas de infección sistémica. • Limitar el número de visitas. • Mantener las normas de asepsia para el paciente. • Fomentar una ingesta nutricional suficiente. • Fomentar ingesta de líquidos.
<p>Dominio: 4 Actividad y Reposo Clase 4: Respuesta Cardiovascular 00029 Disminución del gasto cardíaco R/C disminución de la precarga, alteración del flujo sanguíneo secundaria a la hipovolemia.</p>	<p>0400 Efectividad de la bomba cardíaca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión sanguínea sistólica • Presión sanguínea diastólica Frecuencia cardíaca • Pulsos periféricos • Coloración de la piel • Equilibrio de ingesta y excreción en 24 horas • Aumento de peso <p>0401 Estado circulatorio</p>	<p>2080 Manejo de líquidos y electrolitos</p> <p>6680 Monitorización de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente la presión arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria. • Observar si hay relleno capilar normal • Anotar tendencias y fluctuaciones de presión arterial <p>4260 Prevención de shock</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el estado circulatorio: presión sanguínea, color y temperatura de la piel, sonidos cardíacos, frecuencia y ritmos

	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura cutánea • Color de la piel <p>0802 Signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal • Presión arterial sistólica • Presión arterial diastólica • Frecuencia respiratoria • Presión del pulso 	<p>cardíacos, frecuencia y calidad de pulsos periféricos y repleción capilar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar ingesta y eliminación • Canalizar y mantener una vía intravenosa
<p>Dominio11:Seguridad y Protección Clase 6: Termorregulación 00007 Hipertermia R/C diarrea infecciosa</p>	<p>0800 Termorregulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de piel de gallina • Disminución de temperatura cutánea • Cambios de coloración cutánea 	<p>3900 Regulación de temperatura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas • Administrar antipiréticos • Observar el color y la temperatura de la piel <p>3740 Tratamiento de la fiebre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar la temperatura frecuente Controlar ingresos y egresos • Administrar medicación antipirética • Administrar baño tibio
<p>Dominio11:Seguridad y Protección Clase 2: Lesión física 00039 Riesgo de aspiración R/C compromiso de sensorio y vómitos.</p>	<p>1908 Detección del riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce signos y síntomas que indican riesgo • Coteja los riesgos percibidos <p>0909 Estado neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conciencia • Tamaño pupilar • Reactividad pupilar <p>2107 Severidad de náuseas y vómitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de náuseas • Intensidad de náuseas • Frecuencia de los esfuerzos para vomitar 	<p>6650 Vigilancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los riesgos de salud del paciente • Comprobar el estado neurológico • Compara el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías o el deterioro en la condición de paciente • Establecer la prioridad de acciones en función del estado del paciente <p>2620 Monitorización neurológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el tamaño, forma simetría y capacidad de reacción de las pupilas • Vigilar el nivel de conciencia • Vigilar las tendencias en la Escala de Glasgow. • Vigilar los signos vitales • Notificar al médico los cambios en el estado del paciente <p>1570 Manejo del vómito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el color, consistencia, presencia de sangre. Duración y alcance de la emesis • Medir o estimar el volumen de la emesis • Identificar factores que pueden causar o contribuir al vómito • Colocar al paciente en forma adecuada para prevenir la aspiración



	<p>Intensidad de los esfuerzos para vomitar Frecuencia de vómitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de vómitos • Pérdida de peso • Dolor gástrico • Vómitos en "escopetazo" • Vómitos en "posos de café" <p>1918 Prevención de la aspiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de factores de riesgo • Se incorpora para comer o beber • Evita factores de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo físico durante el vómito • Proporcionar alivio durante el episodio del vómito • Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz • Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un periodo de 30 minutos no se han producido los vómitos • Controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos • Pesar al paciente con regularidad <p>3200 Precauciones para evitar la aspiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos y capacidad de deglución • Mantener una vía aérea • Mantener elevada la cabecera de la cama durante 30 a 45 minutos después de la alimentación • Mantener el equipo de aspiración disponible • Alimentación en pequeñas cantidades o fraccionadas.
<p>Dominio 11: Seguridad y Protección Clase 2 : Lesión Física 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c efectos irritantes de las deposiciones líquidas y desnutrición</p>	<p>1902 Control del riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce factores de riesgo • Reconoce cambios en el estado de salud <p>Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas</p> <p>1101 Integridad tisular: piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidratación • Piel intacta • Lesiones cutáneas • Eritema <p>1004 Estado nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de nutrientes • Ingestión de líquidos • Relación peso/falla 	<p>3590 Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel • Vigilar el color de la piel • Tomar nota de los cambios en la piel • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro • Instruir a la madre acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel <p>6550 Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones • Fomentar una ingesta nutricional suficiente • Fomentar la ingesta de líquidos • Enseñar al familiar a evitar infecciones
<p>Dominio 12: Confort Clase1: Confort Físico 00132 Dolor agudo R/C calambres abdominales, diarrea y vómitos</p>	<p>2102 Nivel de dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor referido • Expresiones faciales de dolor • Inquietud • Pérdida de apetito • Sudoración <p>1605 Control del dolor</p>	<p>1400 Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, característica, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo • Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo de duración y las incomodidades



	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el comienzo del dolor • Utiliza medidas de alivio no analgésicos <p>Refiere dolor controlado</p> <p>3011 Satisfacción del paciente: control de los síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de la gravedad de los síntomas • Cuidados para eliminar y reducir síntomas • Cuidados para eliminar y reducir el dolor • Control del confort <p>2100 Nivel de comodidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico • Control del dolor 	<p>0430 Manejo intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay sonidos intestinales • Instruir al miembro de la familia para el registro del color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces • Enseñar a la familia las comidas específicas que ayuden a conseguir un adecuado ritmo intestinal
<p>Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés.</p> <p>Clase 2: Respuestas de Afrontamiento</p> <p>00146 Ansiedad R/C separación del sistema de apoyo habitual, ambiente hospitalario desconocido y procedimientos invasivos</p>	<p>1402 Autocontrol de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza la intensidad de la ansiedad • Controla la respuesta de la ansiedad <p>1301 Adaptación del niño a la hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la relación padre- hijo • Reconocimiento de la necesidad de hospitalización • Autocontrol 	<p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducción del miedo • Crear un ambiente que facilite la confianza • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.



VI COMPLICACIONES

En los niños pequeños existe el peligro de la deshidratación, sobre todo si va acompañado de vómitos. Entre las complicaciones más frecuentes tenemos:

- Intolerancia secundaria a disacáridos (lactosa)
- Intolerancia secundaria a proteínas.

La deshidratación con acidosis es la complicación más común de la EDA. En niños desnutridos o con diarrea persistente tienden a producirse hiponatremia. Entre las complicaciones por sistemas tenemos:

- Complicaciones digestivas: Ileo Paralítico, Invaginación Intestinal, Enteritis Necrotizante, Neumatosis Quística intestinal, Peritonitis, Apendicitis.
- Complicaciones renales: Infección urinaria, trombosis de la vena porta, y síndrome hemolítico urémico.
- Complicaciones neurológicas: Meningoencefalitis tóxica o Purulenta, trombosis de los senos venosos y absceso cerebral
- Complicaciones cardiovasculares.- miocarditis y shock.
- Complicaciones hematológicas.- Septicemia.
- Complicaciones endocrinas.- Insuficiencia suprarrenal aguda, etc.
- Complicaciones iatrogénicas.- superinfección, Disbacteriosis, intoxicación hídrica, Hipernatremia, aporte insuficiente de líquidos, uso prolongado de venoclisis e infección cruzada por mala manipulación del paciente.



GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PEDIATRICO CON MENINGITIS

I. ASPECTOS GENERALES

La meningitis es una enfermedad caracterizada por la inflamación de las meninges (leptomeninges). La causa más frecuente de este tipo de inflamación son las bacterias, es decir, cuando a las meninges y al líquido cerebroespinal llegan estos agentes por medio del torrente sanguíneo. El diagnóstico se realiza mediante la punción lumbar. El tratamiento tiene que ser inmediato con el uso de antibióticos, en el caso de infecciones bacterianas, o antivirales. En algunos casos se indica la administración de corticosteroides como la dexametasona para prevenir las secuelas de la inflamación, con una mejor evolución neurológica.

Los síntomas clásicos de la meningitis se desarrollan en un periodo de varias horas o puede tomar entre 1 ó 2 días. Entre ellos están:

- **Fiebre:** La meningitis puede producir fiebre en grado variable; desde casos con escasa (es lo habitual) o nula fiebre, a otros en los que la temperatura puede superar los 39°C. Las meningitis bacterianas producen, normalmente, fiebres elevadas.
- **Dolor de cabeza:** La zona posterior de la cabeza es donde se centra el dolor (rigidez de nuca), aunque a veces es generalizada. Sin embargo, existen muchas otras causas de dolor de cabeza: una migraña (jaquecas), un proceso gripal, etc.
- **Alteraciones del sensorio:** Cerca del 75% de los pacientes presentan alteración del estado mental, que puede oscilar desde el letargo hasta el coma.
- **Otros síntomas** pueden ser: Escalofríos, Cefalea, Sarpullido de color rojo o púrpura, Cianosis (coloración azulada de la piel), Náusea y vómitos, Sensibilidad a los colores brillantes (fotofobia), Somnolencia, Confusión mental, Convulsiones, Hiperreflexia tendino – muscular presentes entre un 20 y 30% de los casos.

II. POBLACION OBJETIVO

Afecta principalmente a niños y adultos jóvenes aunque puede afectar a todas las edades.

III. OBJETIVOS:

Brindar atención integral, oportuna y efectiva a los pacientes pediátricos con meningitis y prevenir las complicaciones y secuelas de la enfermedad.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciado(a) en Enfermería



Dominio12: Confort

Clase 1: Confort físico.

00132 Dolor agudo R/C Migraña,
rigidez de nuca.

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión.

00103: Deterioro de la deglución
R/C Nauseas y Vómitos

Dominio: Salud funcional

Clase: Movilidad

020803 Movimiento muscular

020802 Mantenimiento de la
posición corporal

Dominio: Salud Fisiológica

Clase: Líquidos y electrolíticos

060223 Pérdida de peso

- Vigilar la respuesta de Babinski.

Cambio de posición 0840

- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de cada cambio posicional.
- Proporcionar un apoyo adecuado.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Elevar el cabecero de la cama si resulta indicado.
- Incorporar en el plan de cuidados, la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.

Manejo de líquidos 4120

- Pesar a diario y controlar la evolución.
- Contar y pesar pañales.
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de nutrición: membranas y mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática.
- Monitorizar el estado de la hemodinámica.
- Monitorizar signos vitales.
- Administrar terapia.
- Administrar líquidos.
- Controlar ingesta de alimentos.
- Animar al acompañante para que ayude con la ingesta de comidas, si procede.
- Vigilar la respuesta terapéutica de electrolitos.



VI. COMPLICACIONES.

Los niños pequeños suelen tener complicaciones de menor importancia. Entre ellas:

- Irritabilidad
- Olvidan habilidades recientemente adquiridas
- Enuresis
- Insomnio

Los niños mayores pueden tener las siguientes complicaciones:

- Letargo o irritabilidad
- Dolores de cabeza recurrentes
- Problemas para concentrarse
- Pérdida de memoria a corto plazo
- Aturdimiento
- Problemas de equilibrio
- Depresión
- Estallidos de agresividad
- Cambios de humor
- Problemas de aprendizaje
- Pérdida de audición temporal o permanente (afecta a 1 de cada 10 personas).

Otras complicaciones más graves son:

- Hidrocefalia,
- Daño cerebral,
- Epilepsia,
- Problemas de visión,
- Paresia.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

I. ASPECTOS GENERALES

Dentro de este grupo se encuentra la Celulitis que es una inflamación aguda de la piel y el tejido celular subcutáneo. El agente etiológico más frecuente es el *Streptococcus* del grupo A o el *Stafilococo Aureus*. Se observa más frecuentemente en niños de sexo masculino (70%) y por su localización en los miembros inferiores (85%), acompañado de factores condicionantes: abrasiones superficiales de piel, laceraciones, foliculitis, etc.

Es una enfermedad grave por la propensión de la infección a extenderse por medio de los linfocitos y el torrente sanguíneo.

II. POBLACIÓN

Niños de 0 a 19 años.

III. OBJETIVO:

- Garantizar el cuidado de enfermería en forma oportuna de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a la enfermedad.
- Prevenir y/o minimizar las complicaciones del paciente pediátrico con celulitis.

IV. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.





Domínio 11: Seguridad/ Protección
Clase 2: Lesión Física
(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la movilidad física inadecuada por lesión tisular subcutánea.

Domínio : Salud Fisiológica
Clase: Integridad tisular

(1101) Integridad tisular: Piel y membranas mucosas

- Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periférico, edema, llenado capilar, calor y temperatura de la extremidad)
- Abstenerse de aplicar presión en la extremidad afectada.
- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de la viscosidad de la sangre.
- Evitar lesiones en la zona afectada.

(0840) Cambios de Posición

- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede.
- Comunicar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede.
- Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, si procede.
- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realizar cualquier actividad.
- Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir si no está contraindicado.

(3660) Cuidados de las heridas

- Controlar las características de la herida, incluyendo color, tamaño, olor, drenaje
- Medir el lecho de la herida, si padeciera.
- Administrar cuidados de la ulcera dérmica, si es necesario.
- Reforzar el apósito si es necesario.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de apósito.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Colocar de manera que se evite presionar la herida
- Colocar mecanismo de alivio de presión (almohadilla, rodetes) si procede.



- Documentar la localización el tamaño y la experiencia de la herida.
- Enseñar al paciente y a la familia los procedimientos de cuidados de la herida.
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.

(6550) Protección contra las infecciones

- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Observar los signos y síntomas de infección sistemática y localizada.
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas afectadas.
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Fomentar la ingesta de líquidos si procede.
- Facilitar el descanso.

VI. COMPLICACIONES

- Sepsis.
- Osteomielitis.
- Linfangitis.
- Endocarditis.
- Necrosis.
- Meningitis (si la celulitis se presenta en la cara).

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.

I. ASPECTOS GENERALES:

La asistencia ventilatoria no invasiva (AVNI) es una modalidad de ventilación mecánica con presión positiva, entregada por una mascarilla nasal o facial¹. De esta manera se pueden evitar las complicaciones derivadas de la intubación de la vía aérea, traqueotomía y ventilación mecánica convencional (VMC). Es una ventilación más fisiológica, menos agresiva, permitiendo, en algunas situaciones la alimentación oral. Es de fácil y rápida aplicación, tiene mayor flexibilidad y capacidad para proporcionar confort al paciente ya que le permite conservar su autonomía, además de la economía que supone para el paciente y para el sistema salud.

CPAP de Burbuja

Es un tipo de ventilación mecánica no invasiva, que consiste en la administración de la mezcla de oxígeno y aire comprimido bajo presión continua a través de dispositivos nasales, que asociada a las vibraciones torácicas proporcionadas por las oscilaciones de presión (burbujas = principio de difusión), facilita la respiración.

BiPAP: S/T

Es la modalidad de uso más generalizado para todo tipo de pacientes y situaciones clínicas y sólo está disponible en respiradores de VNI específica y en respiradores de VNI domiciliaria. Es una modalidad de presión producida mediante una turbina que administra dos niveles de presión (IPAP durante la inspiración, y EPAP durante la espiración) y que permite la sincronización con la respiración espontánea del paciente mediante un "trigger" controlado por una señal electrónica que sigue la curva de flujo del paciente con 150 milisegundos de decaje, así como la compensación de las fugas alrededor de la interfase. Su uso está indicado en:

- Apnea de la prematuridad, que no responda a tratamientos medicamentosos.
- Enfermedad de la membrana hialina (síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido).
- Presión arterial de oxígeno menor de 50 mmHg, y cuando se desee proporcionar una concentración de oxígeno mayor del 60%.
- Normalmente se usan presiones de 5 a 6 cm. de H₂O, que se pueden aumentar hasta alcanzar presiones de 10 cm. de H₂O, con incremento de 2 cm. de H₂O.

II. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes de 0 a 19 años que acuden al hospital de Emergencias Pediátricas.

III. OBJETIVO:

- Mejorar la función ventilatoria e intercambio de gases en zonas colapsadas.
- Evitar el colapso en zonas alveolares declives preservando una mayor superficie para el intercambio de gases.
- Aumentar la distensibilidad pulmonar.
- Reducir la incidencia de enfermedad pulmonar crónica.
- Reducir la necesidad de intubación y ventilación mecánica.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.



V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>DOMINIO4:Actividad/reposo CLASE4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias. 00032. Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por periodos de apnea.</p>	<p>0802. Estado de los signos vitales. - 080201. Temperatura. - 080203. Frecuencia del pulso. - 080204. Frec. respiratoria</p> <p>0410. Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. - 041001. Ausencia de fiebre - 041002. Ausencia de ansiedad -041004. Frec. Respiratoria</p> <p>0403. Estado respiratorio: ventilación. - 040302. Ritmo respiratorio. - 040305. Facilidad de la respiración. 040316. Ausencia de dificultad respiratoria</p> <p>0402. Estado respiratorio: intercambio gaseoso. - 040202. Facilidad de la respiración - 040203. Ausencia de disnea en reposo - 040206. Ausencia de cianosis</p>	<p>6680. Monitorización de funciones vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio. • Controlar periódicamente la oximetría del pulso. • Observar si hay cianosis central y periférica. <p>3390. Ayuda a la ventilación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea permeable. • -Iniciar y mantener suplemento de O2, según prescripción. <p>3140. Manejo de las vías aéreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. • Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. <p>3350. Monitorización respiratoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. • Anotar aparición, características y duración de la tos.
<p>Dominio11.Seguridad/Protección Clase 2: Lesión Física 00031. Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C mucosidad, secreciones bronquiales, evidenciado por cianosis, cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio, agitación.</p>	<p>0410. Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias - 041001. Ausencia de fiebre - 041002. Ausencia de ansiedad - 041004. Frecuencia respiratoria -041007. Ausencia de ruidos respiratorios patológicos.</p>	<p>3160. Aspiración de las vías aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la necesidad de la aspiración oral • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración • Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración <p>3390. Ayuda a la ventilación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea permeable • Colocar al paciente de forma tal que se alivie la disnea • Ayudar a los frecuentes cambios de posición • Colocar al paciente de forma tal que se minimicen los esfuerzos respiratorios



DOMINIO4: Actividad/reposo.

Clase: Respuestas

cardiovasculares/respiratorias

00033. Deterioro de la respiración espontánea R/C la fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por disminución de la saturación de oxígeno, aumento de la PCO_2 , aumento de la frecuencia cardiaca.

0209. Función muscular.

- 020901. Fuerza de la contracción muscular.
- 020903. Movimiento muscular sostenido.

0002 Conservación de la energía.

- 000204. Utiliza técnicas de conservación de energía
- 000201. Equilibrio entre actividad y descanso

0912. Estado neurológico: conciencia.

- 091201. Orientación cognitiva.
- 091204. Obedece órdenes.
- 091206. Atiende a estímulos ambientales

3320. Oxigenoterapia

- Administrar oxígeno suplementario
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno
- Observar si hay signos de hipo ventilación inducida por el oxígeno
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y Atelectasia por absorción.

1910. Manejo ácido – base

- Mantener un acceso IV permeable.
- Mantener vías aéreas despejadas.
- Colocación óptima para una ventilación adecuada.
- Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO_2 bajos y $PaCO_2$ altos y fatiga muscular).
- Observar si empeora el desequilibrio electrolítico con la corrección del desequilibrio del ácido – base.
- Controlar el estado neurológico (niveles de conciencia y confusión).

3230. Fisioterapia respiratoria.

- Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.
- Practicar vibración – percusión torácica junto con el drenaje torácico.
- Administrar broncodilatadores, aerosolterapia, nebulizaciones, si está indicado.
- Observar la tolerancia del paciente por medio de la SpO_2 , FR, FC.

5821. Disminución de la ansiedad

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo

1402. Control de la ansiedad.

- 140201. Monitoriza la intensidad de la ansiedad.
- 140203. Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso.
- 140207. Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.
- 140216. Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.

DOMINIO9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

000146. Ansiedad R/C amenaza de muerte, amenaza en el estado de salud, cambio en el estado de salud, evidenciado por angustia, aumento de la sudoración, palpitaciones, taquicardia, fatiga.





DOMINIO 4: Actividad/reposo.
Clase 3: Equilibrio de la energía.
00093. Fatiga R/C estado de enfermedad, ansiedad, evidenciado por falta de energía, percepción de necesitar energía adicional, cansancio.

DOMINIO2: Nutrición.
Clase 1: Ingestión.
00002. Desequilibrio nutricional por defecto R/C la incapacidad para ingerir los alimentos.

1300. Aceptación: estado de salud.
- 130001. Tranquilidad.
- 130010. Superación de la situación de salud.
1500. Lazos afectivos padre – hijo.

0002. Conservación de la energía
- 000201. Equilibrio entre actividad y descanso.
- 000204. Utiliza técnicas de conservación de energía.
2002. Bienestar.
- 200205. Satisfacción con el funcionamiento fisiológico.
0003. Descanso.
- 000301. Tiempo de descanso.
- 000302. Patrón del descanso.

1612. Control de peso.
- 161201. Supervisa el peso corporal.
- 161207. Mantiene un patrón alimentario recomendado.
- 161222. Mantiene el peso óptimo.

1004. Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.
- Ingestión de nutrientes.
- Ingestión alimentaria y de líquidos.
- Ingestión alimentaria por sonda

- Proporcionar objetos que simbolizen seguridad
- Administrar masajes en la espalda/cuello
- Técnica de relajación

5230. Aumentar el afrontamiento

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
- Disminuir los estímulos del ambiente.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

0180. Manejo de energía.

- Determinar las causas de fatiga.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad.
- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación y el sueño.
- Favorecer el reposo/limitación de actividades.

1850. Fomentar el sueño.

- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Fomentar el aumento de las horas sueño
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño.

1100. Manejo de la nutrición.

- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos nutritivos y que puedan ser de consumo fácil.
- Determinar en colaboración con el dietista, si procede el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.

2080. Manejo de líquidos/ electrolitos.

- Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales.
- Administrar líquidos, si está indicado.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos

DOMINIO11: Seguridad/ protección.
Clase 2: Lesión física.

00047. **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea** R/C factores mecánicos, lesión sujeción.

0204. Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

- Ulceras por presión.
- Congestión pulmonar.
- Efectividad de la tos disminuida.
- Capacidad vital disminuida.

1902. Control del riesgo.

- 190216. Reconoce cambios en el estado de salud.
- 190201. Reconoce el riesgo.

1101. Integridad tisular: piel.

- 110110. Ausencia de lesión tisular.110113. Piel intacta.

1902. Control del riesgo.

- 190216. Reconoce cambios en el estado de salud.
- 190201. Reconoce el riesgo.

1101. Integridad tisular: piel.

- 110110. Ausencia de lesión tisular.
- 110113. Piel intacta.

1260. Manejo de peso.

- Tratar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, la ganancia de peso y la pérdida de peso.
- Determinar el peso corporal ideal del paciente.

1160. Monitorización nutricional.

- Pesar al paciente a los intervalos establecidos.
- Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- Observar las interacciones padres/niño durante la alimentación.
- Controlar la turgencia de la piel.

1056. Alimentación enteral por sonda

- Insertar una sonda nasogástrica.
- Observar si la colocación de la sonda es correcta.
- Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.

3540. Prevención de las úlceras por presión.

- Registrar el estado de la piel al ingreso a VMNI y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel.
- Aplicar barreiras de protección, como cremas o compresas absorbentes.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.

3590. Vigilancia de la piel.

- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones.
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.
- Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- Tomar nota de los cambios en la piel.

3584. Cuidados de la piel.

- Proporcionar higiene de aseo.
- Cambio de posición.



DOMINIO 12: Seguridad/protección.
Clase 1: Confort Físico.

00004. Riesgo de infección R/C
procedimientos invasivos (SOG,
cambio de equipo, corrugados BIPAP -
CPAP)

1909. Conducta terapéutica: Enfermedad-Lesión

- 160912. Utiliza dispositivos correctamente.
- 160905. Cumple el régimen de medicación.

1101. Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.

- 110101: Temperatura tisular
- 110113. Piel intacta

3590. Vigilancia de la piel

- Inspeccionar el estado de la piel, si procede.
- Observar enrojecimiento y pérdida de la piel, si procede.
- Observar si hay fuentes de fricción y presión.
- Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y membranas mucosas.
- Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.

6540. Control de Infecciones

- Cambiar el equipo de cpap del paciente, según el protocolo del centro.
- Poner en práctica precauciones universales.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.



DOMINIO 11: Seguridad/protección.
Clase 2: Lesión física. 00039. Riesgo de aspiración R/C presencia y eliminación de moco viscoso

DOMINIO 12: Seguridad/protección.
Clase 1: Confort Físico.

00214. Disconfort R/C cambio en el estado de salud, distensión gástrica, irritación conjuntival

1301. Adaptación del niño a hospitalización.

- 130116. Comprensión e la enfermedad y tratamiento
- 130101. Resolución de la Agitación.
- 130109. Respuesta a las medidas de comodidad.

0003. Descanso

- 000301. tiempo del descanso
- 000303. Calidad del descanso

0004. Sueño

- Horas de sueño
- Calidad del Sueño
- Sueño Ininterrumpido

1902. Control de riesgo

- 190201. Reconoce el riesgo
- 190205. Adapta las estrategias de control de riesgo.

3140. Manejo de las vías aéreas.

- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.
- Aspiración de las vías aéreas
- Determinar la necesidad de la aspiración oral
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración

1570. Manejo del vomito

- Identificar factores que pueden causar o contribuir al vomito.
- Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumente el vomito.
- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.
- Fomentar el descanso.

5618. Enseñanza: Procedimiento/Tratamiento.

- Explicar el propósito/tratamiento.
- Describir las actividades del propósito/tratamiento.
- Explicar la necesidad de ciertos equipos y sus funciones.

004. Sueño

- Horas de sueño
- Calidad del sueño.
- Sueño ininterrumpido.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CRISIS ASMÁTICA, SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL Y NEUMONÍA

I. ASPECTOS GENERALES

Crisis Asmática: Es un episodio aislado, agudo o subagudo de tos, sibilancia y dificultad respiratoria progresiva y amenazadora de la vida que conduce a la insuficiencia respiratoria, si no se trata en forma adecuada. De acuerdo a la intensidad y grado de dificultad respiratoria, puede ser leve, moderada o grave.

Síndrome Obstrucción Bronquial: Es un grupo de enfermedades que ocurren generalmente en lactantes y niños menores de 2 años, que se manifiestan con episodios de obstrucción bronquial y dificultad respiratoria recurrente, caracterizado por tos, sibilancia y respiración prolongada, de variable intensidad, producida por un conjunto de causas exógenas o endógenas.

Neumonía: Es un proceso inflamatorio del pulmón causado por agentes patógenos como bacterias, virus, rickettsias y micosis, teniendo como complicación la insuficiencia respiratoria.

II. POBLACIÓN OBJETIVO

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes pediátricos menores de 19 años

III. OBJETIVO

- Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a ésta enfermedad
- Disminuir las complicaciones del paciente pediátrico

IV. PERSONA RESPONSABLE

Lic. en Enfermería



V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA:

NANDA	NOC	NIC
<p>Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física</p> <p>LIMPIEZA INEFECTIVA DE LAS VIAS AEREAS (00031) R/C retención de secreciones y mucosidad excesiva.</p>	<p>Estado respiratorio:</p> <p>Permeabilidad de las vías respiratorias (0410)</p>	<p>Aspiración de las vías aéreas (3160):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observe y valore el estado de conciencia del paciente ▪ Coloque al paciente en posición semifowler. ▪ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. ▪ Realice nebulizaciones con suero fisiológico tibio previa aspiración según prescripción médica. ▪ Disponer precauciones universales; guantes, gafas, y mascara si es el caso. ▪ Abordar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración naso traqueal, si procede. ▪ Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración. ▪ Seleccione el catéter de aspiración según la vía aérea del paciente. ▪ Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer secreciones (En Niños de 95 a 110 mmHg con aspirador fijo y/o de 5 a 10 mmHg con aspirador portátil); si se ejerce presión excesiva puede ocasionar traumatismos de la membrana mucosa, hemorragia y extraer tejidos. ▪ Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SatO2) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión. ▪ Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. ▪ Enviar las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad, previa indicación médica.
<p>Dominio 3: Eliminación Clase 4: Sistema pulmonar</p>	<p>Estado respiratorio:</p> <p>Intercambio de gases (0402)</p>	<p>Monitorización respiratoria (3350):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ▪ Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.



**DETERIORO DEL INTERCAMBIO
GASEOSO (00030) R/C desequilibrio**

Ventilo-perfusión, cambios de la
membrana alveolar.

**Estado de los signos vitales
(0802)**

**Estado respiratorio:
ventilación (0403)**

- Observar si se producen respiraciones ruidosas como ronquidos.
- Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-stokes, Biot y esquemas atáxicos.
- Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática
- Ausculta los sonidos respiratorios
- Determinar la necesidad de aspiración auscultando.
- Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Anotar aparición, características y duración de la tos.
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran
- Abrir la vía aérea, elevando la barbilla.
- Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesaria.

Monitorización de los signos vitales (6680):

- Controlar PA, pulso, temperatura y estado respiratorio antes y después de la actividad.
- Controlar la oximetría de pulso
- Observar si se producen esquemas respiratorios anormales
- Observar el color, la temperatura y la humedad de la piel
- Observar si hay cianosis central y periférica.

Oxigenoterapia (3320):

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Administrar oxígeno suplementario.
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial).
- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno.
- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.





<p>Dominio 11: Seguridad/protección Clase 6: Termorregulación</p> <p>RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL (00005) R/C proliferación bacteriana.</p>	<p>Termorregulación (0800)</p>	<p>Tratamiento de la fiebre (3740):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo de temperatura. ▪ Vigilar por si hubiera pérdida imperceptible de líquidos. ▪ Observar el color de la piel y la temperatura. ▪ Vigilar por si hubiera descensos de los niveles de consciencia. ▪ Comprobar los valores de recuento de leucocitos, Hb y Hto. ▪ Controlar ingresos y egresos. ▪ Administrar medicación antipirética y terapia antibiótica según prescripción médica. ▪ Aplicar medios físicos. ▪ Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales, si procede. ▪ Administrar líquidos IV, si procede.
<p>Dominio 4: Actividad/reposo Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias</p> <p>INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD(00092) R/C la fatiga y el desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno</p>	<p>Tolerancia a la actividad (0005)</p>	<p>Manejo de energía (0180):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observe la respuesta a la actividad vigilando la presencia de fatiga excesiva. ▪ Identifique los factores contribuyentes a la intolerancia. ▪ Planifique los periodos de descanso entre las actividades y/o periodos de sueño sin interrupción. ▪ Realice las actividades por el paciente hasta que sea capaz de realizarlas por el mismo. ▪ Incremente de manera progresiva el nivel de actividad hasta lo tolerable. ▪ Asegure una dieta adecuada. ▪ Mantener al alcance los objetos que usa el paciente. ▪ Eduque a la familia sobre la necesidad de reposo y de ambulación por periodos cortos. ▪ Brinde el tiempo adecuado para la visita de los familiares.
<p>Dominio 11: Seguridad/protección Clase 1: Infección</p> <p>RIESGO DE INFECCION (00004) R/C la corticoterapia y la limpieza ineficaz</p>	<p>Estado de infección (0703)</p>	<p>Control de infecciones (6540):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorizar los leucocitos y la albumina. ▪ Monitorizar la temperatura. ▪ Estimular la tos y la respiración profunda. ▪ Estimular un aumento de ingesta de líquidos si no está contraindicado.

de las vías aéreas.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar con nebulización y fisioterapia respiratoria a horario. ▪ Administrar antibiótico según prescripción. ▪ Estimular la higiene oral después de utilizar corticoides inhalados.
<p>Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO(00002) R/C una ingesta inadecuada de alimentos secundario a fatiga</p>	<p>Estado nutricional: Ingesta de alimentos y líquidos(1008)</p>	<p>Manejo de la nutrición (1100):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar estado nutricional ▪ Pesarse al paciente de ser posible ▪ Auscultar los sonidos intestinales ▪ Medir ingesta y excretas de líquidos. ▪ Mantener buena higiene oral antes y después de alimentos ▪ Ofrecerle alimentos fraccionados. ▪ Enseñarle que descanse después de tomar cada bocado.
<p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento</p> <p>ANSIEDAD del paciente y familia (00146) R/C desconocimiento de la enfermedad, tratamiento y pronóstico</p>	<p>Autocontrol de la ansiedad (1402)</p>	<p>Disminución de la ansiedad (5820):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valore el nivel de ansiedad del paciente y familia. ▪ Facilite la permanencia de una persona significativa que acompañe al niño. ▪ Tranquilice al niño adaptando una actitud firme y comprensiva. ▪ Incentive la participación directa de la familia, en la atención del paciente. ▪ Brinde apoyo emocional al paciente y familia en todo momento motivando la seguridad de ellos permitiendo que exprese todas sus angustias y temores. ▪ Dé seguridad al paciente y familia en un ambiente adecuado. ▪ Brinde educación sanitaria sobre los factores de riesgos ambientales (tabaco, polvo, clima, animales domésticos, alimentos, sustancias químicas, etc.).



RESULTADO ESPERADO:

- El patrón respiratorio del paciente será eficaz, los valores de la gasometría arterial se encuentran dentro de los valores basales, ausencia de cianosis.
- Las vías aéreas del paciente serán permeables.
- El paciente será capaz de realizar actividades habituales sin fatiga ni disnea.
- El paciente come dieta completa y mantiene su peso.
- Temperatura corporal dentro de límites normales.
- El paciente no mostrará signos de infección pulmonar.
- El paciente confirma la reducción de su ansiedad con el regreso de un patrón respiratorio adecuado.

VI. COMPLICACIONES

- Obstrucción de la vía aérea
- Paro Respiratorio
- Hipoxemia
- Trastorno del sensorio
- Paro Cardiorespiratorio
- Convulsión Febril
- Infección intrahospitalaria
- Neumonía nosocomial
- Sepsis
- Desnutrición:
- Infecciones sobre agregadas
- Zonas de presión
- Crisis reactiva situacional



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

BIBLIOGRAFÍA

- JUALL, Linda .Carpenito Diagnostico de enfermería, 9na edición. Editorial Mc Grall-Hill S.A. España, año 2001
- NANDA .Diagnósticos de enfermeros: definiciones y clasificaciones Madrid España /Editorial ELSEVIER Imprint/2009- 2011
- POTER, Patricia .fundamentos de Enfermería ,3era edición. Editorial Harcour Brase S.A. España, Año 2003.
- DUGAS, *Tratado de Enfermería práctica*, 4ta edición. Editorial MC Grall-Hill, México, Año 2000.
- Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE, et al. Part 1: Executive Summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. En prensa.
- Behrman Kliegman, Erbin. *Tratado De Pediatría De Nelson*, volumen II, 7ma. Edición, editorial MacGraw-Hill. México. 2000.
- Grae. Johnes, W. *Manual De Terapeutica Pediatrica*, 6ta edición, Editorial Masson. España 2000.
- Leifer, G. *Enfermería Pediatrica* 7ma edición, Editorial Interamericana, México 2004.
- Whaley, L. et Al *Tratado De Enfermería Pediatrica* 5TA EDICIÓN. Editorial Interamericana, México, 2000
- Wong Donnal, L *Enfermería Pediatrica*. 5ta edición. Editorial Mosby España, 2000.
- MINSA, *Guía Para La Atención Del Menor De 5 Años En Infección Respiratoria Aguda y Síndrome Obstructivo Bronquial y Asma*. Lima-Perú, 2000.
- Enciclopedia De Enfermería Oceano Volumen III*, España 2000.
- Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness, *Interrelaciones Nanda, Noc Y Nic*. 2da Edición. Editorial Elsevier.
- www.eccpn.aibarra.org/itemario/sección_1/cap_24
- <http://leo.worldonline.es/aentdc/taxonomia.html>
- Monografias.com>salud>Enfermedades Diarreas Agudas
- www.4medstudents.com/students/gastroenteritis%20in%20children
- Tratamiento y complicaciones www.cepvi.com/medicina/...meningitis4.shtml-España



GUIA DE ATENCION EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE ABDOMEN

I. DEFINICION:

Se entiende por Abdomen Agudo a todo proceso patológico intraabdominal, de reciente inicio, que cursa con dolor intenso, localizado o difuso, de repercusión sistémica y requiere de un rápido diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico.

Los más comunes:

- Apendicitis
- Colecistitis
- Divertículo de Meckel
- Obstrucción Intestinal
- Cuerpo Extraño
- invaginación Intestinal
- Hernia Inguinal encarcelada
- Torsión testicular

II. POBLACION OBJETIVO:

RN, Lactantes, pre-escolar, escolar hasta los 19 años.

III. OBJETIVOS:

- a. Garantizar la atención oportuna al paciente, identificando precozmente signos y síntomas sugerentes de complicaciones.
- b. Participar en forma activa en la atención integral del paciente con abdomen agudo quirúrgico.
- c. Contribuir a conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.



V. FASES DE LA CIRUGIA

5.1 FASE PRE OPERATORIO

1. Admisión de Paciente en la sala de Hospitalización.
2. Familiarice al paciente y familia con el nuevo ambiente hospitalario.
3. Envíe la solicitud de sala de operaciones a Centro Quirúrgico, firmada y sellada por el Jefe de Servicio o el jefe de Guardia (en caso de días no hábiles) Compruebe el tiempo de ayuno preoperatorio, el reposo gástrico debe ser mínimo de 4 a 6 horas, según la edad del paciente.
4. Complete la documentación necesaria preoperatorio como:
 - o Verificar que el Consentimiento Informado Quirúrgico este escrito y firmado por el Cirujano y el Familiar.
 - o Efectivizar la interconsulta Prequirúrgica con el medico Pediatra. (Si el paciente Viene de emergencia verificar que la interconsulta haya sido efectivizada)
 - o Verificar si los exámenes auxiliares están completos (análisis de sangre, Radiografías, ecografías, TAC).
 - o Coordinar con Centro Quirúrgico por la Evaluación Anestesiológica.
5. Realice baño corporal del paciente, enfatizando la zona operatoria. (Limpiar zona umbilical con hisopos)
6. Fomente la micción espontánea prequirúrgica.
7. Vestir al paciente con la bata del Servicio, dejar libre el brazo izquierdo para la colocación de vía periférica.
8. Pese y taile al paciente.
9. Extraiga prótesis y/o alhajas, verifique que las uñas no tengan esmalte.
10. instale al paciente en la camilla de transferencia.
11. Canalice una vía endovenosa periférica en el miembro superior izquierdo, de preferencia colocar extensión DIS con llave de doble vía.



12. Instale Hidratación con Solución indicada (Dextrosa 5% o ClNa 9‰; las soluciones no deben llevar potasio), coordinar con Anestesiólogo (En caso de niños menores de 15 Kilos se instala la hidratación por equipo con microgoteo (volutrol), y los menores de 1 año con bomba infusora)
13. Administre medicamentos preoperatorios indicados.
14. Realice procedimientos especiales si fuera el caso (colocación de sonda nasogástrica, sonda vesical, enemas, exámenes con contraste. etc.)
15. Ingrese los datos del paciente en los Registros respectivos, realice registros de enfermería.
16. Coordinar con la Enfermera de Centro quirúrgico para el traslado del paciente.
17. Traslade al paciente en la camilla de transferencia a Centro Quirúrgico.
18. Reportar a la Enfermera de Centro Quirúrgico sobre el estado General del paciente. informándole:
 - ✓ Datos del paciente, (peso del paciente)
 - ✓ Lugar de la cirugía.
 - ✓ Medicación prequirúrgica (si se aplico previamente metamizol)
 - ✓ Indicar la solución que esta siendo infundida y cuanto está llevando por pasar.
 - ✓ Cantidad de Micción del paciente
 - ✓ Mostar el consentimiento informado y Evaluación Pediátrica.
 - ✓ Alergias del paciente si se diera el caso.
19. Informe al padre sobre el sitio de espera para recibir resultados sobre cirugía.
20. Coordinar con la Técnica de Enfermería para la preparación de la camilla del paciente post quirurgico.



5.1.1 PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento TEMOR (0148) r/c procedimientos hospitalarios</p>	<p>1404 Control del miedo</p>	<p>5240 ASESORAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad. • Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede. <p>5610 ENSEÑANZA PREQUIRUGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente de la duración esperada de la operación. • Evaluar la ansiedad del paciente relacionada con la cirugía. • Describir las rutinas preoperatorias.
<p>Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento ANSIEDAD (00146) R/C intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud m/p Incertidumbre, preocupación creciente.</p>	<p>1211 Nivel de Ansiedad 1402 Autocontrol de la ansiedad</p>	<p>5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad • Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento • Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante • Escuchar con atención <p>5880 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la calma de forma deliberada • Facilitar la respiración lenta, profunda e intencionadamente • Reducir o eliminar estímulos que crean miedo o ansiedad • Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede



Dominio 12: Confort
Clase 1. Confort físico
DOLOR AGUDO (00132) R/C
agentes lesivos físicos (inflamación
peritoneal, alteración de la
motilidad intestinal y postural).

1605 Control del dolor

1400 MANEJO DE DOLOR

- Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad, severidad, y factores desencadenantes.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas, tiempo que durará, etc.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas o no) que faciliten el alivio del dolor.
- Proporcionar un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

2210 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS

- Comprobar historial de alergias a medicamentos.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, frecuencia y dosis.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
-



5.2 FASE POST OPERATORIO

1. Recepción y Evaluación General del paciente que sale de Centro Quirúrgico.
 - ✓ Anotar cantidad de solución infundida en Sala de Operaciones y en la Unidad de Recuperación.
 - ✓ Anotar cantidad de otras soluciones infundidas si se diera el caso (plasma, sangre, etc)
 - ✓ Anotar los egresos del paciente: orina, sangre
 - ✓ Anotar los procedimientos invasivos con el paciente retorna de Sala de Operaciones: Drenajes, Catéter venoso central, etc.
 - ✓ Verificar que el paciente este reactivo y despierto.
 - ✓ Recepcionar los formatos propios de la cirugía:
 - a. Reporte Operatorio
 - b. Reporte Anestesia (SOP)
 - c. Registro de Enfermería de SOP
 - d. Hoja de Anestesia de URPA
 - e. Registro de Enfermería de URPA
 - f. Orden para Anatomía Patológica (si fuera el caso)
 - g. Ordenes de Exámenes Auxiliares (si fuera el caso).
 - ✓ Verificar recetas e indicaciones medicas.
2. Traslacar al paciente al Servicio respectivo, en compañía del familiar
3. Instalación del paciente en su unidad, protegiendo la zona cervical.

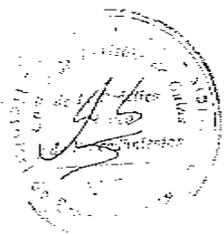


4. Monitorización de funciones vitales
5. Mantenerlo en posición semi fowler o posición indicada
6. Control y observación de herida operatoria.
7. Completar la administración de la indicación terapéutica.
8. Vigilancia y control de Balance Hidroelectrolítico
9. Valorar y vigilar la presencia medios invasivos externos (Sonda Nasogástrica, drenes y drenajes, etc.)Entregar al familiar la Solicitud de Exámenes Anatomopatológicos y/o otros exámenes indicados por el Cirujano.
10. Educar al paciente y familiar sobre los cuidados post operatorios.
11. Realizar registros de enfermería: Anotar en el kardex la terapéutica post operatoria y/o exámenes auxiliares, actualizar los datos de los registros tales como el diagnostico y el tipo de cirugía, actualizar la hoja de balance hidrico con los datos de Saia de Operaciones. Ordenar la Historia Clínica Según formato establecido.



5.2.1 PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>DOMINIO 11 Seguridad y Proteccion Clase 2 Lesion Fisica RIESGO DE ASPIRACION (00039) R/C presencia de secreciones traqueo bronquiales, gastrointestinales y disminución del nivel de conciencia secundaria a anestesia general.</p>	<p>Control del riesgo (1902)</p> <p>Estado de recuperacion posterior al procedimiento (2303)</p> <p>Estado respiratorio: ventilación (0403)</p> <p>Prevención de la aspiración (1918)</p> <p>Severidad de las nauseas y los vomitos (2107)</p>	<p>Cuidados de postanestesia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la oxigenacion, administrar oxigeno si procede. • Controlar la calidad y numero de respiración • Revisar al paciente • Instalar en su unidad ajustando la cama, colocando en posición de 30°. Cuidando su zona cervical • Animar al paciente a que tosa y respire profundamente (según sea la edad) • Obtener informe de la enfermeria del quirófano y del anestesiólogo. • Administrar medidas de calor (mantas calientes) • Comprobar el nivel de conciencia. • Vigilar el estado neurológico • Controlar el retorno de la función sensorial y motora. <p>Manejo del Vomito</p> <ul style="list-style-type: none"> • colocar al paciente en forma adecuada para prevenir la aspiración. • Mantener vías aéreas limpias y abiertas. • Proporcionar apoyo físico durante el vomito (Ayudar al paciente a inclinarse o sujetarle la cabeza) • Proporcionar alivio ante el vomito.



<p>Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento ANSIEDAD (00146) R/C intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud.</p>	<p>1301 Adaptación del niño a la hospitalización</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado • Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Escuchar con atención. • Crear un ambiente que facilite confianza. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad • Alertar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo <p>1850 Fomentar el sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia. • Observar, registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. • Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y / o psicológicas que interrumpen el sueño. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temp. etc) para favorecer el sueño
---	--	--



<p>Dominio 12: Confort Clase 1. Confort fisico NÁUSEAS (00134) R/C medicación anestésica, intervención quirúrgica y cambios en el estado de salud</p>	<p>Control de nauseas y vomitos (1618)</p> <p>Hidratación (0602)</p> <p>Severidad de las nauseas y los vomitos(2107)</p>	<p>Manejo de la medicación (2380)</p> <ul style="list-style-type: none"> • determinar los fármacos a administrar de acuerdo a la prescripción medica. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente <p>Manejo de líquidos / electrolitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar a diario y valorar la evolución. • Administrar líquidos intravenosos, según indicación medica. • Reponer líquidos en caso de eliminación por vomitos. • Llevar un registro preciso de ingesta y eliminaciones • Vigilar signos vitales • Observar si hay manifestación de desequilibrio de líquidos.
<p>Dominio 12: Confort Clase 1. Confort fisico DOLOR AGUDO (00132) R/C presencia de herida quirúrgica.</p>	<p>Sintomatología: Nivel del dolor (2102)</p> <p>- Dolor referido (/01)</p> <p>Conducta de salud: Control del dolor (1605)</p> <p>- Refiere dolor controlado (/11)</p>	<p>Manejo del dolor (1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. • Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. <p>Administración de analgésicos (2210):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgésia • Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). • Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.



<p> dominio 3 Eliminacion Clase2: Sistema Gastrointestinal 0011: RIESGO DE ESTREÑIMIENTO (00015) R/C a teración de la ingesta e intervención quirúrgica</p>	<p>Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008)</p> <p>Hidratación (0602)</p> <p>Movilidad (0208)</p>	<p>Etapas en la dieta (1020)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los sonidos intestinales • Comprobar si el paciente da salida al flato. • Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance gradualmente. Poco líquido, dieta líquida, dieta blanda, dieta completa. • Observar la tolerancia de dieta. <p>Manejo del estreñimiento (0450)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas del estreñimiento • Vigilar la existencia de peristaltismo • Identificar factores (medicamentos, reposo en cama, y dieta) que pueda ser causa del estreñimiento. <p>Terapia de ejercicio. Ambulación (0221)</p> <ul style="list-style-type: none"> • vestir al paciente con prendas cómodas • Ayudar y animar al paciente a sentarse en la cama para facilitar los ajustes posturales • Ayudar al paciente en el traslado. • Ayudar al paciente en la deambulacion inicial • Animar al paciente a que este levantado por su propia voluntad.
--	--	---



DOMINIO 2 Nutrición
Clase 1 ingestión
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL
POR DEFECTO (00002) R/C
Incapacidad para ingerir
alimentos por intervención
quirúrgica

950101 Patrón de eliminación.
050104 Cantidad de heces en
relación con la dieta.
050113 Control de la eliminación de
heces.
050111 Diarrea.

4120 Manejo de Líquidos

- Pesarse a diario y controlar la evolución.
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado).
- Monitorizar los signos vitales cuando sea necesario
- Controlar la ingesta de líquidos / dieta.
- Administrar terapia IV según prescripción.
- Administrar líquidos si procede.
- Favorecer la ingesta oral.
- Instruir al familiar en el estado de "nada por boca" (NPO), si procede.
- Administrar reposición prescrita de líquidos en función de la eliminación, si procede.
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.
- Consultar con el cirujano, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran

6680 Monitorización de los signos vitales

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, según necesidad.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales

6650 Vigilancia

- Vigilar los signos vitales.
- Valorar periódicamente el estado de la piel periestomal.
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Comprobar la perfusión tisular si es el caso.
- Vigilar el patrón de eliminación, si procede.
- Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición del paciente.



Dominio 11:
Seguridad/protección
Clase 1 : infección
RIESGO DE INFECCIÓN
(00004)R/C medios y procedimientos invasivos, ambiente hospitalario.

Control del riesgo (1902): de infección
- Reconoce factores de riesgo (/01)
- Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas (/04)
Detección del riesgo (1908): de infección- Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (/01)
Termorregulación (0800)

Protección contra infecciones (6550):

- Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito.
- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas.

Control de infecciones (6540):

- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Tomar constantes vitales y control de signos de shock séptico.
- Vigilar la aparición de fiebre.
- Hacer cultivos de sangre, orina o material exudado.

Manejo de líquidos y electrolitos

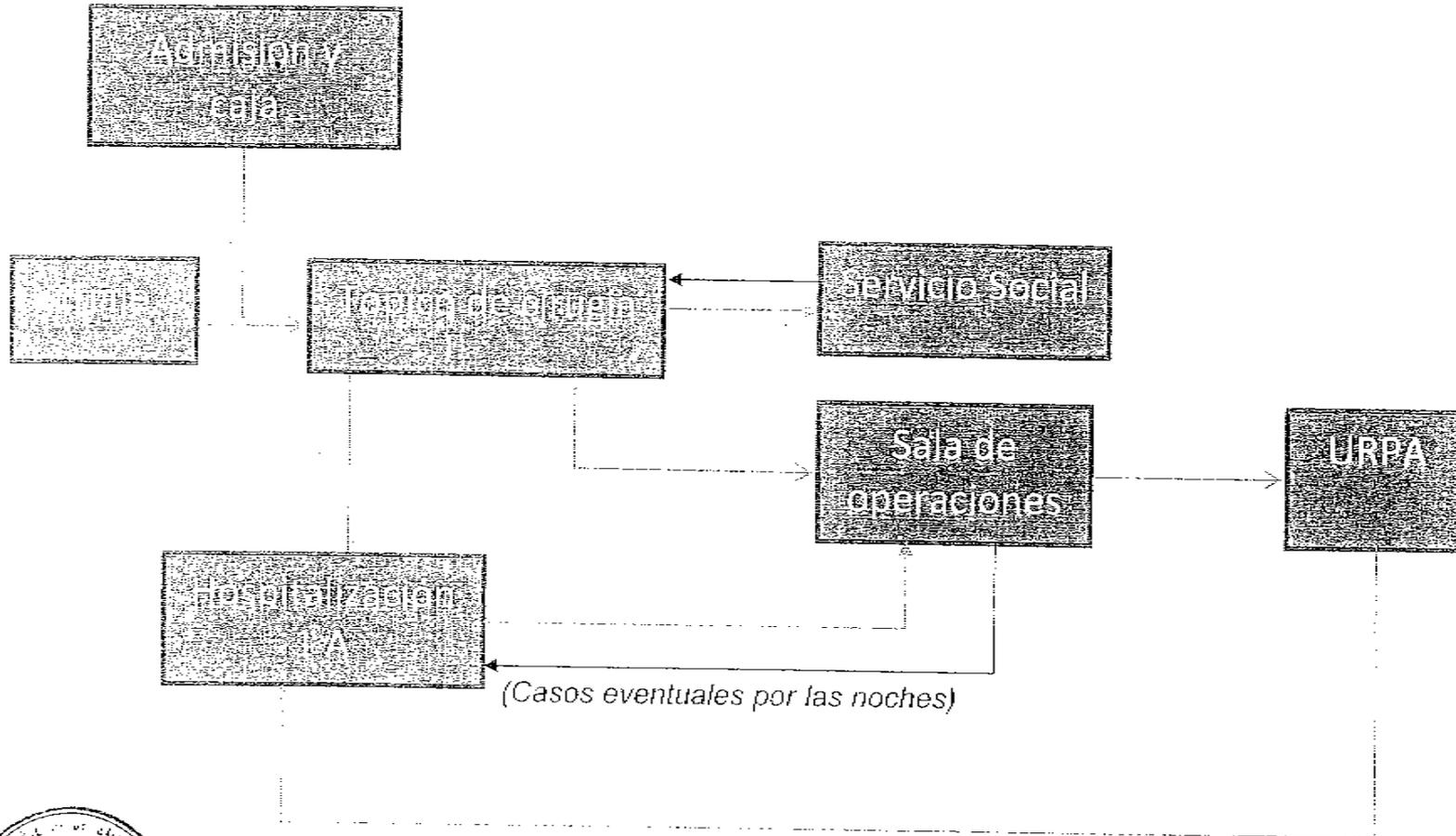
- Pesarse a diario y valorar la evolución
- Administrar líquidos si está indicado
- Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa.
- Controlar los valores de laboratorio relevante para el equilibrio de líquidos
- Llevar registro preciso de ingesta y eliminaciones
- Vigilar los signos vitales
- Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrios de líquidos.



<p>Dominio 4 Actividad/reposo Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092) R/C dolor por acto quirurgico</p>	<p>Tolerancia de la actividad (0005) Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) (/18)</p>	<p>Ayuda con los autocuidados (AIVD) (1805): - Fomentar la evolución de la movilidad para la vuelta a la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).</p>
<p>Dominio 3 Eliminacion Clase 1: Sistema Urinario RETENCIÓN URINARIA (00023) (RIESGO) R/C intervención quirúrgica y/o dolor por sondaje vesica:</p>	<p>- Eliminación urinaria (0508)</p>	<p>Manejo de la eliminación urinaria (0590): - Controlar eliminación urinaria: frecuencia, olor, volumen y color. - Observar signos de retención y/o infección tracto urinario. - Realizar balances parciales.</p>
<p>DOMINIO 11 Seguridad y Protección Clase 2 Lesion Fisica Deterioro de la integridad cutánea (00046) R/C herida quirúrgica sin o con drenaje</p>	<p>Curacion de la herida: por primera intención (1102) Integridad tisular: piel y membranas (1101) Severidad de la infeccion (0703)</p>	<p>Cuidados de las heridas (3660)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la herida, observando el aposito que la cubre. • Controlar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Asistir al medico durante la curacion de las heridas y registrar cualquier cambio producido. • Cambiar el aposito según la cantidad de exudado y drenaje. <p>Cuidados del sitio de incisión (3440)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento o signos de dihsencia o evisceracion. • Tomar nota de las características de cualquier drenaje. • Vigilar el proceso de curacion en el sitio de la incision • Observar si hay signos y sintomas de infeccion en la incision.



FLUJOGRAMA DE ATENCION



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ESTOMAS INTESTINALES

I. ASPECTOS GENERALES

Una ostomía es un procedimiento quirúrgico que crea una apertura artificial hacia la pared abdominal. Esta abertura se llama *estoma* que significa "boca".

La piel alrededor del estoma se llama piel periestomal y debemos protegerla de posibles lesiones, para evitar esto debemos tomar en cuenta ciertas características del estoma, como su ubicación, forma, tamaño, si son uno o dos estomas, si están juntos o separados dependiendo de cómo se encuentre es como se debe manejar el estoma, en caso de dos estomas el único que necesitará la bolsa es el estoma por donde sale la materia fecal.

La atención al paciente ostomizado en la edad pediátrica, implica como pieza fundamental a los padres e incluye proporcionarles los conocimientos precisos, adiestrarlos en determinadas habilidades, modificar y potenciar actitudes para que se puedan adaptar a la nueva situación. Por todo esto, el profesional de enfermería debe prestar una atención física, emocional y de rehabilitación socio-familiar desde que se decide la intervención hasta que se consigue la adaptación a la nueva forma de vida.

Las ostomías son comunicaciones artificiales de un órgano con la pared abdominal mediante una intervención quirúrgica, con la finalidad de suplir las vías naturales de excreción o de alimentación; y según el tiempo de permanencia serán temporales o definitivas.



Las ostomias digestivas reciben distintos nombres según la porción de intestino abocada:

- ☒ **ILEOSTOMIA.** Es la exteriorización del último tramo del ileon a la piel. El estoma se sitúa en la parte derecha del abdomen.
- ☒ **COLOSTOMIA.** Es la exteriorización de un tramo del colon a la piel. Según la porción abocada puede ser:
 - ✓ **Ascendente.** El estoma se coloca en la parte derecha del abdomen.
 - ✓ **Transversa.** El estoma se coloca indistintamente en la parte derecha o izquierda del abdomen.
 - ✓ **Descendente.** El estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen.
 - ✓ **Sigmoide.** El estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen.

II. POBLACION OBJETIVO

Población Pediátrica entre 0 y 19 años.

III. OBJETIVOS:

- ❖ Unificar criterios técnico – asistenciales en la intervención de enfermería en pacientes con Colostomia, ileostomía y Gastrostomia para ofrecer cuidados de calidad a los niños ostomizados, contemplando sus necesidades físicas, psíquicas y sociales.
- ❖ Brindar atención integral de enfermería, evitando complicaciones como lesiones de la piel peristomai, infecciones y conservando el estado nutricional.
- ❖ Favorecer el establecimiento de vínculos afectivos entre madre hijo.
- ❖ Universalizar la forma de cuidar de los profesionales de enfermería.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciado (a) en Enfermería.



V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p> Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquido relacionado a pérdidas excesivas a través de las vías normales: deposiciones líquidas </p>	<p> 0501 Eliminación Intestinal 0602 Hidratación </p>	<p>4120 Manejo de Líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesarse a diario y controlar la evolución. • Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. • Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado). • Monitorizar los signos vitales cuando sea necesario • Controlar la ingesta de líquidos / dieta. • Administrar terapia IV según prescripción. • Administrar líquidos si procede. • Favorecer la ingesta oral. • Instruir al familiar en el estado de "nada por boca" (NPO), si procede. • Administrar reposición prescrita de líquidos en función de la eliminación, si procede. • Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas. • Consultar con el cirujano, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran <p>6680 Monitorización de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, según necesidad. • Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales <p>6650 Vigilancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los signos vitales. • Valorar periódicamente el estado de la piel peristomal. • Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos. • Comprobar la perfusión tisular si es el caso.



		<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el patrón de eliminación, si procede. • Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejoras y deterioros en la condición del paciente. • Establecer la prioridad de las acciones en función del estado del paciente. <p>3660 Cuidados de las Heridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar las características de la herida alrededor del estoma, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Limpiar con solución salina normal la piel periestomal. • Aplicar un ungüento adecuado a la piel periestomal, si procede. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. • Informar al cirujano sobre la lesión periestomal. • Enseñar al familiar los procedimientos de cuidado de la herida periestomal.
<p>Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión Física 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a excreciones, humedad, cambios en la pigmentación, deterioro de la circulación secundario a Interrupción de la continuidad de la piel, destrucción de las capas cutáneas.</p>	<p>1615 Autocuidado de la ostomía</p> <p>1101 Integridad tisular: piel y membranas</p>	<p>0480 Cuidados de la ostomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar un aparato de ostomía que se adapte adecuadamente (bolsa de colostomía), si es necesario. • Vigilar posibles complicaciones postoperatorias como la obstrucción intestinal, íleo paralítico, fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea. • Vigilar la curación del estoma / tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía. • Cambiar y vaciar la bolsa de ostomía, si procede. • Irrigar la ostomía, si procede con solución isotónica al 9%, según indicación. • Colocar en posición decúbito lateral en relación a la zona de Ostomía para facilitar drenaje. • Secar la piel periestomal sin frotar; con grasas. • Retire la bolsa de colostomía dirigiéndose hacia abajo. • Animar al ser querido a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.



- Instruir al familiar acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de eliminación.
- Enseñar al familiar a intubar y drenar la bolsa de ostomía siempre que la note llena (cada 4 – 6 horas)

3590 Vigilancia de la piel

- Inspeccionar el estado del sitio de la ostomía.
- Observar coloración, textura y características de la piel periestomal; en busca de signos de inflamación, edema y ulceraciones.
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel periestomal.
- Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel periestomal.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel periestomal.
- Vigilar el color de la piel periestomal.
- Tomar nota de los cambios en la piel periestomal.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro en la zona periestomal, si es necesario.
- Instruir al familiar acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel periestomal, si procede.

3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico

- Limpiar la piel periestomal con agua esteril en forma suave con movimientos circulares del interior al exterior retirando restos de heces.
- Secar la piel con gasa haciendo toques suaves
- Administre la pasta protectora en la piel periestomal; de tal manera que forme una capa y/o película protectora.
- Aplicar un dispositivo de ostomía que encaje adecuadamente, cuando se precise.
- Aplicar agente antiinflamatorio tópico a la zona afectada, si está indicado.
- Registrar el grado de afectación de la piel.



VI. COMPLICACIONES

- Deshidratación
- Shock Hipovolemico
- Insuficiencia renal aguda.
- Perdida de conciencia.
- Necrosis.
- Eritema cutáneo.



GUIA DE INTERVENCION EN PACIENTES CON TORSION TESTICULAR

I. ASPECTOS GENERALES

Es un accidente mecánico por el cual el testículo o el complejo epidídimo-testicular gira alrededor de su cordón 180° o más, produciéndose isquemia que puede llegar a la necrosis testicular.

La torsión testicular es una de las causas más frecuentes de dolor testicular en niños de 12 años o más, pero es poco frecuente por debajo de los 10 años.

Requiere de diagnóstico y tratamiento inmediato para conservar el testículo ya que la probabilidad de conservar el testículo se mantenga viable depende de la duración e intensidad de la torsión. Al cabo de 4 a 6 horas de ausencia de flujo sanguíneo en el testículo puede quedar anulada la espermatogénesis. El tratamiento consiste en la exploración y detorsión quirúrgica inmediata.

II. POBLACION OBJETIVO :

Pacientes Pediátricos varones de 0 a 19 años.

III. OBJETIVOS: Mejorar la calidad de atención pre y postquirúrgico de los pacientes con torsión testicular en el servicio de Cirugía.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciado(a) en Enfermería



V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>Dominio 12: CONFORT Clase 1:Dolor Agudo (00132) R/C Agente Lesivo Biológico evidenciado por conducta expresiva</p>	<p>Control del Dolor(1605) Refiere dolor controlado(1605)</p>	<p>Manejo del dolor(1400):Pre quirúrgico -Valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. -Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. -Ayudar al paciente y familia a obtener y proporcionar apoyo. -Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias(Temperatura de la habitación, iluminación y ruidos) -Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor(miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos .</p>
<p>Dominio 11: SEGURIDAD Y PROTECCION Clase2:Deterioro de la Integridad tisular(00044) R/C Intervención quirúrgica abdominal evidenciado por lesión tisular</p>	<p>Tejido Cicatrizal no comprometida(110117)</p>	<p>Cuidados del sitio de incisión(3440) -inspeccionar el sitio de Incisión, por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. -Observar si hay signos de infección en el sitio de incisión. -Aplicar el apósito adecuado (tegaderm) para proteger la incisión. -Enseñar a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.</p>



<p>Dominio12: Confort Clase1:Confort Físico Riesgo de baja autoestima situacional R/C Cirugía abdominal baja</p>	<p>Bienestar psicológico Adaptación a cambios corporales por cirugía(120014)</p>	<p>Apoyo Emocional(5270) -Comentar la experiencia emocional con el paciente. -abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. -Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. -permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. -Coordinar Terapia de Apoyo con otros especialistas (Psicología)si es necesario</p>
---	---	--



VI. COMPLICACIONES:

- Dehiscencia de la herida
- Dolor post quirúrgico
- Infección de herida.



GUIA DE INTERVENCION EN PACIENTES CON HERIDAS INFECTADAS-NECROSADAS

I. ASPECTOS GENERALES

La infección de las heridas quirúrgicas puede variar desde un simple enrojecimiento que rodea una parte de la herida, hasta las de mayor profundidad que afectan a los músculos subyacentes o las graves que se extienden a través del torrente circulatorio

Las heridas que no curan o mejoran con tratamiento a menudo están infectadas. El dolor, enrojecimiento e hinchazón son signos y síntomas comunes de infección. Puede ser de naturaleza piogénica, gangrenosa o diftérica.

Gangrena sinérgica bacteriana progresiva: Infección de curso subagudo que suele aparecer tras una intervención quirúrgica, colostomías, ileostomías o úlceras tórpidas. Suele acompañarse de escasa afectación sistémica.

Fascitis necrosante o necrotizante: Es una infección aguda y grave de los tejidos subcutáneos profundos y de la fascia, sin supuración evidente, pero con gran destrucción tisular y necrosis. Se caracteriza por una rápida y extensa necrosis, que se extiende por los planos de las fascias, para afectar posteriormente a la piel y los tejidos subyacentes, y se acompaña de signos de toxicidad sistémica. Es responsable de una elevada mortalidad (30%).

La fascitis necrotizante se divide fundamentalmente en dos tipos, el tipo I causado por flora anaerobia mixta, con bacilos aerobios gramnegativos y cocos grampositivos y el tipo II causado por el estreptococo del grupo A.



El tipo I tiene varias formas especiales dependiendo de la localización, y así existe por ejemplo la *gangrena de Fournier* que es una celulitis que afecta a la fascia del escroto, periné y órganos sexuales; o la *gangrena sinérgica de Meleney* que aparece tras cirugía abdominal como una ulceración superficial limitada a la fascia superficial, con necrosis y dehiscencia de la heridas.

II. POBLACION OBJETIVO :

Pacientes Pediatricos de 0 a 19 años

III. OBJETIVOS: Mejorar la calidad de atención de los pacientes con heridas Infectadas hospitalizados en el servicio de Cirugía

IV. PERSONA RESPONSABLE: Licenciado(a) en Enfermería



V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>Dominio 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</p> <p>Clase 2: Lesion</p> <p>Deterioro de la integridad tisular (00044) R/C proceso infeccioso evidenciado por secreción purulenta</p> <p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort Físico</p> <p>Dolor agudo (00132) R/C</p> <p>nervios expuestos, cicatrización de heridas y tratamiento evidenciado por conducta expresiva</p>	<p>Curación de la Herida(1103)</p> <p>Clase: Conducta de Salud</p> <p>Control del dolor(1605)</p>	<p>Cuidados de las Heridas (3660):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede. • aplicar un ungüento adecuado a la lesión si es que procede. • cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje e inspeccionar la herida. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producida por la herida. • Evitar presionar la herida. • Fomentar la ingesta de Líquidos, si procede. <p>Manejo del dolor(1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya: localización, características, aparición, frecuencia. Observar indicadores no verbales de dolor: gestos, taquicardia, puños cerrados. • ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. • controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (Tª de la habitación, iluminación y ruidos). • Instruir al paciente sobre la trayectoria usual de la recuperación de las heridas infectadas y de las opciones para controlar el dolor. • administrar analgésicos indicados, aproximadamente 20 min. antes de los procedimientos dolorosos(Curaciones) • Enseñar al paciente técnicas de relajación, imaginación guiada y distracción; ayudarle a ponerlas en práctica.



VI. COMPLICACIONES:

- Dehiscencia de la herida
- Gangrena de Fournier,
- Evisceración.



GUIA DE INTERVENCION EN PACIENTES CON HIPERTROFIA PILÓRICA

I. ASPECTOS GENERALES

Es un estrechamiento del píloro, la abertura que va del estómago al intestino delgado. En la estenosis pilórica, los músculos del píloro se engruesan. Este engrosamiento impide que el estómago desemboque en el intestino delgado. La estenosis pilórica ocurre con mayor frecuencia en los niños que en las niñas y es rara en niños mayores de 6 meses.

El vómito es el primer síntoma en la mayoría de los niños. La mayoría de los bebés con estenosis pilórica comienzan a vomitar durante la segunda a tercera semana de vida. Los bebés comienzan a "escupir" y luego el esputo se convierte en una especie de vómitos en proyectil. Los vómitos suceden después de la alimentación. Algunas veces, se intentan diferentes clases de fórmula sin notar cambio alguno.

Otros síntomas generalmente:

- Dolor abdominal
- Eructos
- Hambre constante
- Deshidratación que empeora con la gravedad del vómito
- Imposibilidad de aumentar de peso o pérdida de peso

El tratamiento para la estenosis pilórica consiste en una cirugía (llamada pitoromiectomía) para dividir o separar los músculos superdesarrollados.

La dilatación con globo no funciona tan bien como la cirugía, pero se puede considerar en bebés cuando el riesgo de la anestesia general es alto.



Al paciente se le administran líquidos por vía intravenosa, generalmente antes de la cirugía. La fluidoterapia debe proseguir hasta que el lactante esté rehidratado y la concentración sérica de bicarbonato sea inferior a 30 mEq/dl, lo que significa que ha corregido la alcalosis, dicha corrección es esencial para prevenir la apnea postoperatoria, que puede asociarse con la anestesia.

II. POBLACION OBJETIVO

Pacientes lactantes menores de 3 meses.

III. OBJETIVOS:

Mejorar la calidad de atención de los pacientes sometidos a Píloromiotomía en el servicio de Cirugía

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciado(a) en Enfermería



V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>Dominio 2: NUTRICION Clase 1: Deterioro de la deglución (00103) R/C defectos esofágicos evidenciado por regurgitación del contenido gástrico</p>	<p>Estudio de la Deglución:fase esofágica No comprometida(101116)</p>	<p>Terapia de la deglución :Post Píloromiotomía(1860)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el fundamento del régimen de deglución a la madre. • Ayudar al paciente a sentarse en posición fowler para iniciar la alimentación. • Iniciar Tolerancia oral después de las 24 horas de Post operado, con líquidos claros 1 onza. • Progresar ingesta de líquidos 3 horas después de iniciar la tolerancia oral con fórmula maternizada 1 onza • Continuar 2 horas después de la primera onza de fórmula maternizada con 2 onzas de fórmula maternizada y continuar a libre demanda si la ingesta es bien aceptada. • Proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita. • Observar si hay signos de regurgitación o aspiración • Controlar la ingesta y eliminación de líquidos
<p>Dominio 11: SEGURIDAD Y PROTECCION Clase 2: Deterioro de la Integridad tisular(00044) R/C Intervención quirúrgica abdominal evidenciado por lesión tisular</p>	<p>Tejido Cicatrizal no comprometida(110117)</p>	<p>Cuidados del sitio de incisión(3440)</p> <ul style="list-style-type: none"> • inspeccionar el sitio de Incisión, por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. • Observar si hay signos de infección en el sitio de insición. • Aplicar el apósito adecuado(tegaderm) para proteger la insición. • Enseñar a la familia a cuidar la insición, incluyendo signos y síntomas de infección.



VI. COMPLICACIONES:

- Dehiscencia de la herida,
- Infección de herida.



GUIA DE INTERVENCION EN PACIENTES SOMETIDOS A APENDICECTOMIA

I. ASPECTOS GENERALES

Es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente de la infancia pudiendo presentarse a cualquier edad, aunque es más frecuente entre los 6 y los 10 años y excepcional antes de los 2 años.

El apéndice es un segmento de intestino situado en el ciego, próximo a la unión entre el intestino delgado y el grueso y que se caracteriza por ser un fondo de saco. La obstrucción de la luz apendicular, por un apendicolito, por parásitos o por cualquier otra causa, da lugar a una apendicitis aguda.

El **tratamiento** de la apendicitis aguda es siempre **quirúrgico** (apendicectomía) y debe ser **precoz** con objeto de evitar la transformación en una peritonitis que es un cuadro mucho más grave. Este procedimiento se puede realizar con la técnica clásica o mediante cirugía laparoscópica.

II. POBLACION OBJETIVO

Pacientes Pediátricos mayores de 2 años hasta 19 años.

III. OBJETIVOS:

- Garantizar la atención oportuna, eficaz y eficiente al paciente pediátrico.
- Participar de forma activa en el cuidado pre y post quirúrgico del paciente.
- Brindar los cuidados que minimicen las complicaciones post quirúrgicas.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Lic. Enfermería



V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento ANSIEDAD (00146) R/C intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud</p>	<p>1301 Adaptación del niño a la hospitalización</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado • Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Escuchar con atención. • Crear un ambiente que facilite confianza. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad • Alertar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo <p>1850 Fomentar el sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia. • Observar, registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. • Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y / o psicológicas que interrumpen el sueño. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temp. etc) para favorecer el sueño



<p>Dominio 12: Confort Clase 1. Confort físico NÁUSEAS (00134) R/C medicación anestésica, intervención quirúrgica y cambios en el estado de salud</p>	<p>Control de nauseas y vómitos (1618)</p> <p>Hidratación (0602)</p> <p>Severidad de las nauseas y los vómitos(2107)</p>	<p>Etapas en la dieta (1020)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los sonidos intestinales • Establecer NPO • Comprobar la tolerancia a la ingestión de líquidos • Comprobar si el paciente da salida al flato. • Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance gradualmente. Poco liquido, dieta liquida, dieta blanda, dieta completa. • Observar la tolerancia de dieta. <p>Manejo de líquidos / electrolitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar a diario y valorar la evolución. • Administrar líquidos intravenosos, según indicación medica. • Reponer líquidos en caso de eliminación por vómitos. • Llevar un registro preciso de ingesta y eliminaciones • Vigilar signos vitales • Observar si hay manifestación de desequilibrio de líquidos. <p>Manejo del Vomito</p> <ul style="list-style-type: none"> • colocar al paciente en forma adecuada para prevenir la aspiración. • Mantener vías aéreas limpias y abiertas. • Proporcionar apoyo físico durante el vomito (Ayuda al paciente a inclinarse o sujetarle la cabeza) • Proporcionar alivio ante el vomito.
--	--	---



<p>Dominio 12: Confort Clase 1. Confort físico DOLOR AGUDO (00132) R/C presencia de herida quirúrgica.</p>	<p>Sintomatología: Nivel del dolor (2102) - Dolor referido (/01) Conducta de salud: Control del dolor (1605) - Refiere dolor controlado (/11)</p>	<p><u>Manejo del dolor (1400):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. • Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. <p><u>Administración de analgésicos (2210):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgesia • Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). • Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.
---	--	---



DOMINIO 2 Nutrición
Clase 1 ingestión
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL
POR DEFECTO (00002) R/C
incapacidad para ingerir
alimentos por intervención
quirúrgica

050101 Patrón de eliminación.
050104 Cantidad de heces en
relación con la dieta.
050113 Control de la eliminación de
heces.
050111 Diarrea.

4120 Manejo de Líquidos

- Pesarse a diario y controlar la evolución.
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado).
- Monitorizar los signos vitales cuando sea necesario
- Controlar la ingesta de líquidos / dieta.
- Administrar terapia IV según prescripción.
- Administrar líquidos si procede.
- Favorecer la ingesta oral.
- Instruir al familiar en el estado de "nada por boca" (NPO), si procede.
- Administrar reposición prescrita de líquidos en función de la eliminación, si procede.
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.
- Consultar con el cirujano, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran

6680 Monitorización de los signos vitales

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, según necesidad.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales

6650 Vigilancia

- Vigilar los signos vitales.
- Valorar periódicamente el estado de la piel periestomal.
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Comprobar la perfusión tisular si es el caso.
- Vigilar el patrón de eliminación, si procede.
- Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejoras y deterioros en la condición del paciente.



<p> dominio 11: Seguridad/protección Clase 1 : infección RIESGO DE INFECCIÓN (00004)R/C medios y procedimientos invasivos, ambiente hospitalario.</p>	<p>Control del riesgo (1902): de infección</p> <p>Detección del riesgo (1908)</p>	<p>Protección contra infecciones (6550):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito. • Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección ▪ Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. <p>Control de infecciones (6540):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. ▪ Tomar constantes vitales y control de signos de shock séptico. ▪ Vigilar la aparición de fiebre. ▪ Hacer cultivos de sangre, orina o material exudado. <p>Manejo de líquidos y electrolitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesarse a diario y valorar la evolución • Administrar líquidos si está indicado • Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa. • Controlar los valores de laboratorio relevante para el equilibrio de líquidos • Llevar registro preciso de ingesta y eliminaciones • Vigilar los signos vitales • Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante. • Observar si hay manifestaciones de desequilibrios de líquidos.
--	---	--



<p>Dominio 4 Actividad/reposo Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092) R/C dolor por acto quirurgico</p>	<p>Tolerancia de la actividad (0005) Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) (/18)</p>	<p>Ayuda con los autocuidados (AIVD) (1805): - Fomentar la evolución de la movilidad para la vuelta a la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).</p> <p>Terapia de ejercicio. Ambulación (0221)</p> <ul style="list-style-type: none"> • vestir al paciente con prendas cómodas • Ayudar y animar al paciente a sentarse en la cama para facilitar los ajustes posturales • Ayudar al paciente en el traslado. • Ayudar al paciente en la deambulacion inicial • Animar al paciente a que este levantado por su propia voluntad.
<p>DOMINIO 11 Seguridad y Protección Clase 2 Lesión Física Deterioro de la integridad cutánea (00046) R/C herida quirúrgica</p>	<p>Curacion de la herida: por primera intención (1102)</p> <p>Integridad tisular: piel y membranas (1101)</p> <p>Severidad de la infeccion (0703)</p>	<p>Cuidados de las heridas (3660)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la herida, observando el aposito que la cubre. • Controlar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Asistir al médico durante la curacion de las heridas y registrar cualquier cambio producido. • Cambiar el aposito según la cantidad de exudado y drenaje. <p>Cuidados del sitio de incisión (3440)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento o signos de dehiscencia o evisceracion. • Tomar nota de las características de cualquier drenaje. • Vigilar el proceso de curacion en el sitio de la incision • Observar si hay signos y sintomas de infeccion en la incisión



VI. COMPLICACIONES

Las complicaciones son más frecuentes cuanto más tardío sea el diagnóstico y tratamiento definitivo; la infección de la herida quirúrgica, los abscesos intraabdominales, la obstrucción intestinal y la aparición de fístulas enterocutaneas son las más habituales, aunque en conjunto no superan el 5% de todas las apendicectomías.



GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CRIPTORQUIDEA

I. ASPECTOS GENERALES:

Durante la gestación, los testículos del bebe se desarrollan dentro del abdomen y descienden al escroto. En los nacidos a término, el descenso del testículo se suele completar en los primeros 6 meses de vida. En los prematuros, puede abarcar más allá del primer semestre de vida.

La criptorquidia es la malformación congénita más frecuente que afecta a los genitales externos en el varón. En el momento del nacimiento se observa en el 3 al 4% de los varones nacidos a término y en más del 30% de los prematuros, dependiendo directamente de la edad gestacional. Después del primer año, la proporción de niños con criptorquidia oscila entre el 0,8 y el 2%. En más del 80% de los casos, el testículo no descendido se encuentra en el conducto inguinal y sólo el 5% corresponden a ausencias reales de la gónada.

La criptorquidia, etimológicamente testículo oculto es la falta de descenso testicular completo, tanto unilateral como bilateral. Ambas condiciones se conocen como **testículo no descendido**. Si el testículo está ascendido pero desciende fácilmente mediante las maniobras adecuadas al escroto durante el examen y permanece en él, es llamado **testículo retráctil o en ascensor**.

II. POBLACION OBJETIVO:

Lactantes o niños con diagnostico de criptorquidea.

III. OBJETIVOS:

Brindar cuidado oportuno a los pacientes con diagnóstico de criptorquidea.

IV. PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciadas en Enfermería.





V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>Dominio 11: Seguridad/protección Clase 1 : infeccion</p> <p>Riesgo de infeccion (00004) r/c Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).</p>	<p>110102 Sensibilidad ERE*</p> <p>110107 Coloración ERE*</p> <p>110108 Textura ERE*</p>	<p>Cuidados de las heridas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida. - Anotar las características de la herida. - Limpiar con jabón antibacteriano, si procede. - Inspeccionar la herida cada vez que se realiza cambio de vendaje. - Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. <p>Cuidados perineales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpiar el perineo exhaustivamente a intervalos regulares. - Mantener el perineo seco. - Mantener al paciente en posición cómoda. <p>Protección contra las infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. - Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. - Facilitar el descanso. - Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/ma!estar

*ERE= En el rango esperado.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>Dominio 12: Confort Clase 1. Confort fisico</p> <p>DOLOR AGUDO (00132)(r/c proceso post quirurgico .</p>	<p>210203 Frecuencia del dolor.</p> <p>210204 Duración de los episodios de dolor.</p> <p>210205 Expresiones orales de dolor.</p> <p>210206 Expresiones faciales de dolor.</p> <p>210210 Cambio de la frecuencia respiratoria.</p> <p>210211 Cambio de la frecuencia cardíaca.</p>	<p>Administración de analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. - Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos, narcóticos, según protocolo de la institución. - Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. - Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. - Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. <p>Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.



		<p>Manejo ambiental</p> <ul style="list-style-type: none">- Crear un ambiente seguro para el paciente.- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, si procede.- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.- Proporcionar una cama limpia, cómoda.- Proporcionar un colchón firme.- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.
--	--	--



VII.- COMPLICACIONES:

El testículo que no puede refrescarse en la posición escrotal puede ver amenazada su fertilidad en el largo plazo y debe someterse a un tratamiento quirúrgico cerca de los dos años de edad.



BIBLIOGRAFIA

1. Suzanno C. Smeitzer ,Brenda G. Bare ,Enfermería Médico Quirúrgica 2006
2. Richard E. Behrman ,MD ;Robert M. Kliegman ,MD ,Hal B. Nelson Tratado de Pediatría 17ª Ed.2008
3. Gloria Cortez Cuaresma, Francisca Castillo Lujan. Guía para Elaborar Proceso de Enfermería2008
4. Seymour I. Schwartz ,MD ;G. Tom Shires ,MD ;Frank C. Spencer ,MD;Manual de Principios de cirugía 2000
5. Findlay D. Practical Management of Pressure Ulcers. Am Fam Physician 1996;54(5):1519-28
6. Diagnósticos Enfermeros, NANDA Internacional, 2009 – 2011
7. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Tercera Edición, España, 2004
8. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Tercera Edición, España, 2004
9. http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/jc0026.pdf
10. <http://www.megacuratel.com/OstomiasP.asp>
11. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_cuidad_pacient_ostomiz.htm
12. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm>
13. <http://www.ostomias.com/diagnosticos.htm#arriba>
14. <http://www.ostomias.com/diagnosticos.htm#77>
15. <http://www.ostomias.com/diagnosticos.htm#04>



GUIA DE INTERVENCION EN PACIENTES SOMETIDOS A NEUROCIRUGIA

I. DEFINICION:

La neurocirugía es la especialidad médica que se encarga del manejo quirúrgico y no quirúrgico (incluyendo la educación, prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, cuidados intensivos, y rehabilitación) de determinadas patologías del sistema nervioso central, periférico y vegetativo, incluyendo sus estructuras vasculares; la evaluación y el tratamiento de procesos patológicos que modifican la función o la actividad del sistema nervioso y el tratamiento quirúrgico del dolor.

Las mas comunes son:

- Mielomeningocele
- Traumatismo encefalo craneal
- Hidrocefalias

II. POBLACION OBJETIVO:

RN, Lactantes, pre-escolar, escolar hasta los 19 años.

III. OBJETIVOS:

- a. Garantizar la atención oportuna al paciente, identificando precozmente signos y síntomas sugerentes de complicaciones.
- b. Participar en forma activa en la atención integral del paciente neuroquirúrgico.
- c. Contribuir a conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada (c) en Enfermería.



V. FASES DE LA CIRUGIA

5.1 FASE PRE OPERATORIO

1. Admisión de Paciente en la sala de Hospitalización.
2. Familiarice al paciente y familia con el nuevo ambiente hospitalario.
3. Envíe la solicitud de sala de operaciones a Centro Quirúrgico, firmada y sellada por el Jefe de Servicio o el jefe de Guardia (en caso de días no hábiles)
4. Compruebe el tiempo de ayuno preoperatorio, el reposo gástrico debe ser mínimo de 6 horas.
5. Complete la documentación necesaria preoperatorio como:
 - o Verificar que el Consentimiento Informado Quirúrgico este escrito y firmado por el Cirujano y el Familiar.
 - o Efectivizar la Interconsulta Prequirúrgica con el medico Pediatra o Neonatólogo. (Si el paciente Viene de emergencia verificar que la interconsulta haya sido efectivizada)
 - o Verificar si los exámenes auxiliares están completos (análisis de sangre, Radiografías, ecografías, TAC).
 - o Coordinar con Centro Quirúrgico por la Evaluación Anestesiológica.
6. Realice baño corporal del paciente, y rasure con el Clipper la zona operatoria indicada, media hora antes del traslado al centro quirúrgico, si fuera el caso. (en el caso de pacientes con Mielomeningocele evitar el contacto con la zona operatoria)
7. Vestir al paciente con la bata del Servicio, dejar libre el brazo izquierdo para la colocación de vía periférica.
8. Pese y talle al paciente.
9. Extraiga prótesis y/o alhajas, verifique que las uñas no tengan esmalte.
10. Instale al paciente en la camilla de transferencia.



11. Canalice una vía endovenosa periférica en el miembro superior izquierdo, de preferencia colocar extensión DIS con llave de doble vía.
12. Instale Hidratación con Solución indicada (Dextrosa 5%, Dextrosa al 10%, o ClNa 9‰; las soluciones no deben llevar potasio), coordinar con Anestesiólogo (En caso de niños menores de 15 Kilos se instala la hidratación por equipo con microgoteo (volutrol), y los menores de 1 año con bomba infusora)
13. Administre medicamentos preoperatorios indicados.
14. Ingrese los datos del paciente en los Registros respectivos, realice registros de enfermería.
15. Coordinar con la Enfermera de Centro quirúrgico para el traslado del paciente.
16. Traslade al paciente en la camilla de transferencia a Centro Quirúrgico.
17. Reportar a la Enfermera de Centro Quirúrgico sobre el estado General del paciente, Informándole:
 - ✓ Datos del paciente, (peso del paciente)
 - ✓ Lugar de la cirugía.
 - ✓ Medicación prequirúrgica (si se aplicó previamente metamizol)
 - ✓ Indicar la solución que está siendo infundida y cuanto está llevando por pasar.
 - ✓ Cantidad de Micción del paciente
 - ✓ Mostrar el consentimiento informado y Evaluación Pediátrica.
 - ✓ Alergias del paciente si se diera el caso.
18. Informe al padre sobre el sitio de espera para recibir resultados sobre cirugía.
19. Coordinar con la Técnica de Enfermería para la preparación de la camilla o servocuna del paciente post quirúrgico



5.2 FASE POST OPERATORIO

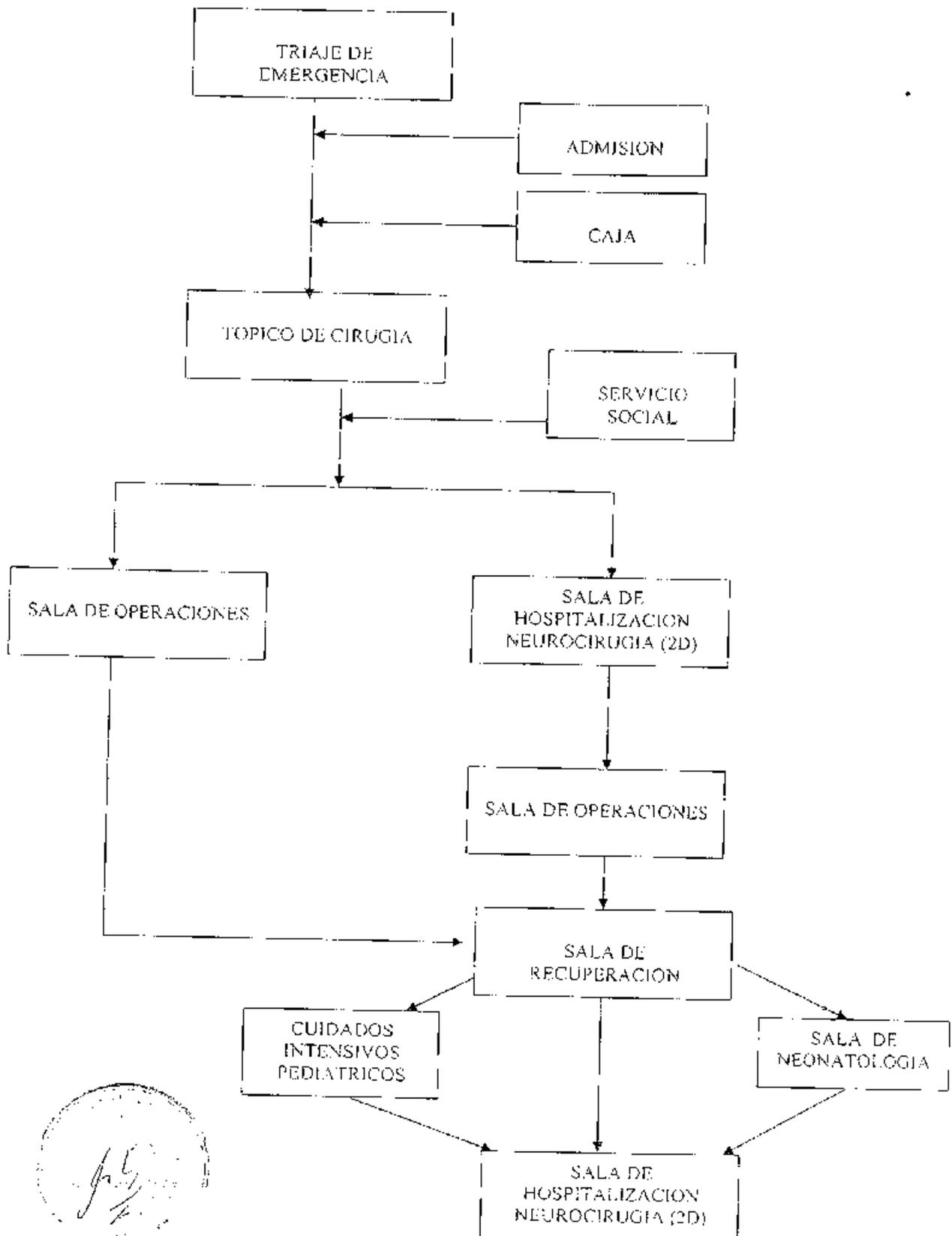
1. Recepción y Evaluación General del paciente que sale de Centro Quirúrgico.
 - ✓ Anotar cantidad de solución infundida en Sala de Operaciones y en la Unidad de Recuperación.
 - ✓ Anotar cantidad de otras soluciones infundidas si se diera el caso (plasma, sangre, etc)
 - ✓ Anotar los egresos del paciente: orina, sangre
 - ✓ Anotar los procedimientos invasivos con el paciente retorna de Sala de Operaciones: Drenajes, Cateter venoso central, etc.
 - ✓ Verificar que el paciente este reactivo y despierto.
 - ✓ Recepcionar los formatos propios de la cirugía:
 - a. Reporte Operatorio
 - b. Reporte Anestesia (SOP)
 - c. Registro de Enfermería de SOP
 - d. Hoja de Anestesia de URPA
 - e. Registro de Enfermería de URPA
 - f. Ordenes de Exámenes Auxiliares (si fuera el caso).
 - ✓ Verificar recetas e indicaciones medicas.
2. Trasladar al paciente al Servicio respectivo, en compañía del familiar
3. Instalación del paciente en su unidad, en caso de ser servocuna, debe estar precalentada.
4. Monitorización de funciones vitales
5. Mantenerlo en posición semi fowler o posición indicada (decubito ventral o lateral)



6. Control y observación de herida operatoria.
7. Completar la administración de la indicación terapéutica.
8. Vigilancia y control de Balance Hidroelectrolítico
9. Valorar y vigilar los dispositivos invasivos externos (Sonda Nasogástrica, drenes y drenajes, etc.)
10. Entregar al familiar la Solicitud de exámenes indicados por el Cirujano.
11. Educar al paciente y familiar sobre los cuidados post operatorios.
12. Realizar registros de enfermería: Anotar en el kardex la terapéutica post operatoria y/o exámenes auxiliares, actualizar los datos de los registros tales como el diagnóstico y el tipo de cirugía, actualizar la hoja de balance hídrico con los datos de Sala de Operaciones.
13. Ordenar la Historia Clínica Según formato establecido.



FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO



A handwritten signature and a circular stamp are located in the bottom left corner of the page. The signature appears to be 'J. E. ...' and the stamp is partially illegible.

GUIA DE INTERVENCION DE PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE

I. ASPECTOS GENERALES

El mielomeningocele puede definirse como un defecto abierto del tubo neural que se caracteriza por una malformación del arco vertebral posterior (espina bifida), asociada con una dilatación quística de las meninges, que contiene LCR en su interior, y anomalías estructurales y funcionales de la medula espinal. En el mielomeningocele la placa medulovascular es desplazada dorsalmente por la dilatación quística, requiriendo una intervención quirúrgica de urgencia, idealmente en caso del recién nacido menor o igual a 48 horas.

La prevalencia de este defecto congénito afecta 0.1 a 1 caso por 1000 nacidos vivos.

El tratamiento de esta patología amerita la atención de un personal entrenado, capacitado para planear y ofrecer de forma oportuna y con calidad los cuidados de enfermería que necesite, al tiempo que asegura la adaptación del niño.

II. POBLACION OBJETIVO:

Paciente de 0- 28 días

III. OBJETIVOS:

- Brindar cuidados de enfermería para mantener íntegra la piel y las estructuras nerviosas.
- Conservar al paciente en las mejores condiciones durante el preoperatorio y postoperatorio.
- Prevenir complicaciones y secuelas neurológicas en el niño.



IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.

V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA:

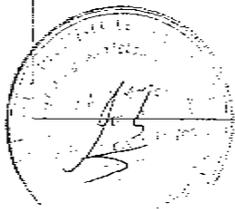
5.1 FASE PRE OPERATORIO

Es importante Tomar los siguientes cuidados:

- Compruebe el tiempo de ayuno preoperatorio, el reposo gástrico debe ser mínimo de 4 horas.
- Complete la documentación necesaria preoperatoria como:
 - a. Efectivizar la Interconsulta Prequirúrgica con el médico Pediatra o Neonatólogo. (Si el paciente viene de emergencia verificar que la interconsulta haya sido efectivizada)
 - b. Verificar si los exámenes auxiliares están completos (análisis de sangre, Radiografías, ecografías, TAC).
 - c. Efectivizar la Evaluación Anestesiológica.
- Realice baño corporal del paciente, evitando el contacto con la zona operatoria.
- Mantener la zona operatoria cubierta con apósitos estéril húmedo en suero fisiológico al 9‰
- instale Hidratación con Solución indicada (Dextrosa 5% o Dextrosa al 10%), por bomba de infusión, coordinar con Anestesiólogo
- Instale al paciente en la servocuna precalentada y trasládalo al centre quirúrgico.
- Informe al padre sobre el sitio de espera para recibir resultados sobre la cirugía.



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>RIESGO DE INFECCION(00004) R/C alteración de las defensas primarias, extremos de edad, procedimientos y vías invasivas. Dominio 11: Clase 1: infección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento: control de la infección (1807) Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: conocimiento sobre salud (S) • Autocuidado: higiene (0305) Dominio: salud funcional Clase: autocuidado (A) • Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: conducta de salud (A) • Estado de los signos vitales (0802) Dominio: salud fisiológica (II) Clase: regulación metabólica (I) 	<p>Control de infecciones (6540)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener técnicas de aislamiento. • Lavase las manos antes y después de cada actividad de cuidados. • Asegure una técnica de cuidados de herida operatoria. • Mantener la integridad de los catéteres y las líneas intravasculares. • Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas. • Administrar terapia antibiótica. • Poner en práctica precauciones universales. • Vigilancia de la piel (3590) • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel. • Observar si hay zonas de presión fricción. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. • Vigilar el color de la piel. <p>Cuidado de las heridas (3660)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Medir el lecho de la herida. • Humedecer la herida con solución salina estéril. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Colocar al paciente en posición adecuada ya sea decubito ventral o decubito lateral, de manera que se evite presionar la herida. • Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, si procede. <p>Cambio de posición (0840)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar en la posición terapéutica especificada. • Colocar en posición de alineación corporal correcta. • Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida. <p>Manejo ambiental (6480)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. • Eliminar los materiales utilizados durante el cambio de apósitos y de pañal. <p>Prescribir medicación (2390)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar tratamiento antibióticos según prescripción médica. • Observar efectos de la medicación.



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA (00046) R/C. edad extrema; hipotermia, hipertermia, factor mecánico (presión), inmovilización física. Dominio 11: seguridad, protección Clase 2: lesión física</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204) Dominio: salud funcional (I) Clase: movilidad (C). • Control de riesgo: hipertermia (1922). Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV). Clase: control de riesgo y seguridad (T). • Control de riesgo hipotermia (1923). Dominio: conocimiento y conducto de salud (IV). Clase: control de riesgo y seguridad (T). • Estado neurológico: función motora medular (0914) Dominio: salud fisiológica (II) Clase: neurocognitivas. 	<p>Ayuda con los autocuidados (1804)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener al paciente en posición decúbito ventral o decúbito lateral sin presionar la lesión. • Cambios posturales cada hora o según necesidad. • Facilitar la higiene perineal antes del cambio de pañal. • Controlar la integridad cutánea del paciente. <p>Cambio de posición (0840)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar en la posición terapéutica especificada. • Minimizar el roce de la lesión al cambiar de posición al paciente. • Colocar rodetes o almohadillas blandas en zonas de presión manteniendo alineación corporal correcta. • Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida. • Monitorizar temperatura corporal por vía rectal. • Monitorizar temperatura de la servocuna o incubadora. <p>Cuidados de la incontinencia intestinal (0410)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal. • lavar la zona perineal con agua y jabón, secándolo bien después de cada deposición. • Mantener la cama y la ropa limpias. <p>Cuidados de la incontinencia urinaria (610)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiar la zona dérmica genital y zonas circundantes a intervalos regulares.



5.2 FASE POST OPERATORIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>DOLOR AGUDO (00132) R/C: herida operatoria Dominio 12: confort, Clase 1: confort fisico</p>	<ul style="list-style-type: none"> Control del dolor (1605) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: conducta de salud (Q). 	<p>Administración de medicamentos(2300)</p> <ul style="list-style-type: none"> Seguir los cinco principios de la administración de la medicación. Monitorizar los signos vitales. Administrar la medicación con la técnica y vías adecuadas. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente. <p>Manejo del dolor (1400)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya a la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Administrar tratamiento analgésico prescrito. Valorar respuesta de efecto del tratamiento analgésico. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
<p>RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL (00005) R/C: alteración de la tasa metabólica, exposición a temperaturas ambientales extremas, edad extrema Dominio 11: confort Clase 6: termorregulación</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hidratación (0602) Dominio: salud fisiológica (II) Clase: líquidos y electrolitos (G) Termorregulación: recién nacido (0801) Dominio: salud fisiológica (II) Clase: regulación metabólica (I). Control de riesgo: hipertermia (1922) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: control de riesgo y seguridad (T). Control de riesgo: hipotermia (1923) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: control de riesgo y seguridad (T). 	<p>Manejo de líquidos(4120)</p> <ul style="list-style-type: none"> Pesar diariamente y controlar la evolución. Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. Vigilar el estado de hidratación. Monitorizar estado hemodinámico. Monitorizar signos vitales. Administrar terapia I.V. según prescripción médica. <p>Regulación de la temperatura (3900)</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la temperatura al menos cada 2 horas. Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. Observar color y temperatura de la piel. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. Colocar al recién nacido en incubadora o servocuna con control de temperatura ambiental a las necesidades del paciente. Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>RIESGO DE INFECCION (00004) R/C. aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, procedimientos invasivos. Dominio 11: seguridad protección Clase 1: infección</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento: control de la infección (1842) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: conocimiento sobre salud (S). • Conocimiento: procedimientos terapéuticos (1814) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: conocimiento sobre salud (S). • Curación de la herida: por primera intención (1102) Dominio: salud fisiológica (II) Clase: integridad tisular (I). 	<p>Manejo ambiental (6480)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo. • Eliminar los apósitos e insumos contaminados utilizados en la curación de heridas. • Individualizar las restricciones de visita. <p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la temperatura corporal cada 2 horas. • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. <p>Terapia intravenosa (4200)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una técnica aséptica estricta. • Administrar tratamiento antibiótico por bomba de infusión. <p>Cuidados de las heridas (3600)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenajes, color tamaño y olor. • Asistir en la curación de herida aplicando técnica aséptica. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. • Colocar de manera que se evite presionar y lesionar la herida.
<p>INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES (00060) R/C. cambio en el estado de salud de un miembro de la familia, crisis situacional Dominio 7: rol/relaciones Clase 2: relaciones familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de la familia (2602) Dominio: salud familiar (IV) Clase: bienestar familiar (X). • Lazos efectivos padre-hijo (1500) Dominio: salud psicosocial (III) Clase: interacción social (P). • Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605) Dominio: salud familiar (I) Clase: estado de salud de los miembros de la familia (X). 	<p>Fomentar la normalización familiar (7200)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar. • Ayudar a la familia a que vea al paciente primero como a un niño, en lugar de como a una persona enferma. • Animar a los padres en la participación del cuidado del paciente. • Proporcionar información a la familia acerca del estado del paciente y tratamiento dentro de la medida de lo posible. • Enseñar a los padres a responder a las conductas mostradas por el paciente. • Modelar y fomentar la relación parental con el paciente.



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>RIESGO DE DETERIORO PARENTAL (00057) R/C. falta de conocimiento sobre el mantenimiento de la salud del niño, falta de cohesión familiar Dominio 7: rol/relaciones Clase 1: roles de cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar de cuidados (2508) Dominio: salud familiar (IV) Clase: estado de salud de los miembros de la familia (Z). • Comunicación: capacidad expresiva (0903) Dominio: salud fisiológica (II) Clase: neurocognitiva (I). • Comunicación receptiva (0904) Dominio: salud fisiológica (II) Clase: neurocognitiva (J). 	<p>Estimulación de la integridad (7100)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar a los miembros de la familia. • Determinar la comprensión familiar de la dolencia. • determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación. • Ayudar a la familia en la resolución de conflictos. • Acordar la realización de los cuidados al paciente por parte de los miembros de la familia. • Ayudar a los padres a equilibrar los papeles laboral, parental y conyugal. <p>Fomenta la implicación familiar (7110)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. • Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.



VI. COMPLICACIONES

- Rompimiento del mielomeningocele
- Infección de la herida operatoria
- Ventriculitis
- Necrosis tisular
- Meningitis
- Dehiscencia de herida operatoria
- Ulcera por presión



GUÍA DE INTERVENCIÓN EN DERIVACION VENTRICULAR EXTERNA (SDVE)

I. ASPECTOS GENERALES

La presión intracraneal (PIC) es la presión ejercida dentro del cráneo por los componentes contenidos en su interior: masa encefálica 80%), sangre (10%) y líquido céfalo raquídeo LCR (10%).

Los valores normales de la PIC oscilan entre 10 – 15 mmHg, en niños es de 3- 7mmHg por lo que se define como hipertensión intracraneal (HTIC) como el aumento mantenido de los valores de la PIC por encima de 20 mmHg. Una de las causas más comunes de la HTIC son las alteraciones del LCR como la hidrocefalia.

El drenaje ventricular externo (DVE) consiste en la colocación de un catéter en el espacio intraventricular y puede estar en línea con un transductor que permite el monitoreo continuo de la presión intracraneana (PIC) y/o drenar LCR para disminuir la PIC; También en caso de infecciones, el DVE permite la instilación de antibióticos.

El DVE se utiliza para:

- **Control de la HIC.**- los catéteres que se usan para el control de la Hic deben permanecer cerrados y deben abrirse solamente para controlar la HIC, vigilando la cantidad drenada por hora: 20ml/hr. Es el límite a usar, mas allá corre el riesgo de colapso ventricular.
- **Control de la hidrocefalia.**- En este caso el catéter debe ser dejado abierto en forma permanente, drenando contra una presión que se deberá ajustar según el tamaño del ventrículo.



- En caso de infecciones es utilizado para administrar antibióticos intraventriculares.

II. POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo son todos los pacientes pediátricos portadores de un sistema ventricular de derivación externa hospitalizados en el servicio de neurocirugía 2D

III. OBJETIVOS

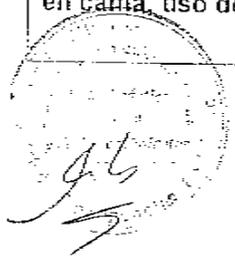
- Optimizar y estandarizar las intervenciones de enfermería en el manejo del SDVE.
- Mantener la presión intracraneal dentro de parámetros normales.
- Prevenir y detectar precozmente complicaciones(hipotensión, hipoxia y edema cerebral)

IV. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en enfermería del servicio de neurocirugía 2D



<p>Dominio 11: Seguridad / protección. Clase 1: Infección. RIESGO DE INFECCION (00004) R/C presencia de vías invasivas</p>	<p>Dominio: conocimiento y conducta en salud. Clase: control del riesgo y seguridad. Control del riesgo (1902)</p>	<p>Protección contra las infecciones (6550):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con las normas de bioseguridad establecidas en el servicio. • Lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente. • Informar a los familiares de los pacientes la importancia del lavado de manos antes y después de estar en contacto con su paciente. • Observar signos de infección en la zona de inserción del catéter (enrojecimiento, calor local, secreción activa). • Informar al neurocirujano si el apósito que cubre la zona de inserción del catéter se encuentra sucio o húmedo y necesita curación. <p>Cuidados de las heridas (3600)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenajes, color tamaño y olor. • Asistir en la curación de herida aplicando técnica aséptica. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. • Colocar de manera que se evite presionar y lesionar la herida. <p>Vigilancia de la piel (3590)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel. • Observar si hay zonas de presión fricción. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
<p>Dominio 12: Confort. Clase 1: Confort físico DOLOR AGUDO (00132) R/C Intervención quirúrgica</p>	<p>Dominio: Crecimiento y conducta en salud. Clase: Conducta en salud. Control del dolor (1605)</p>	<p>Manejo del dolor (1400)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar valoración de la escala del dolor. • Administrar analgésicos prescritos. • Valorar respuesta de efecto del tratamiento analgésico. • Controlar factores ambientales que influyan en la respuesta al dolor del paciente.
<p>Dominio 11: Seguridad / protección. Clase 2: Lesión física. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046) R/C restricción de la movilidad en cama, uso de pañal</p>	<p>Dominio: Salud fisiológica. Clase: Integridad tisular. Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</p>	<p>Cuidados del paciente en cama (0740)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en una alineación corporal adecuada. • Vigilar el estado de la piel. • Observar si hay zonas de enrojecimiento en la piel. • Mantener la temperatura corporal del paciente dentro de los valores normales. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. • Prevenir la aparición de eritema de pañal realizando frecuentemente el cambio de pañal si fuera el caso. • Mantener las barandas de la cuna en alto.



		<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar de posición del paciente según indicación médica y dentro de las restricciones del caso. • Utilizar dispositivos adecuados para mantener prominencias óseas libres de presiones continuas. • Realizar baño diario del paciente. • De ser posible humectar la piel con lociones, cremas.
<p>Dominio 11: confort, Clase 6: termorregulación RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL (00005) R/C. alteración de la tasa metabólica, exposición a temperaturas ambientales extremas, edad extrema</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de riesgo: hipertermia (1922) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) • Control de riesgo: hipotermia (1923) Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) 	<p>Regulación de la temperatura (3900)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la temperatura al menos cada 2 horas. • Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. • Observar color y temperatura de la piel. • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. • Colocar al recién nacido en incubadora o servocuna con control de temperatura ambiental a las necesidades del paciente. • Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. • Medios físicos
<p>Dominio 7: rol/relaciones Clase 2: relaciones familiares. INTERRUPCION DE LOS PROCESOS FAMILIARES (00060) R/C. cambio en el estado de salud de un miembro de la familia, crisis situacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de la familia (2602) • Lazos efectivos padre-hijo (1500) Dominio: salud psicosocial (III) Clase: interacción social (P). • Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605) 	<p>Fomentar la normalización familiar (7200)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar. • Animar a los padres en la participación del cuidado del paciente. • Proporcionar información a la familia acerca del estado del paciente y tratamiento dentro de la medida de lo posible. • Enseñar a los padres a responder a las conductas mostradas por el paciente. • Modelar y fomentar la relación parental con el paciente.



VI. COMPLICACIONES

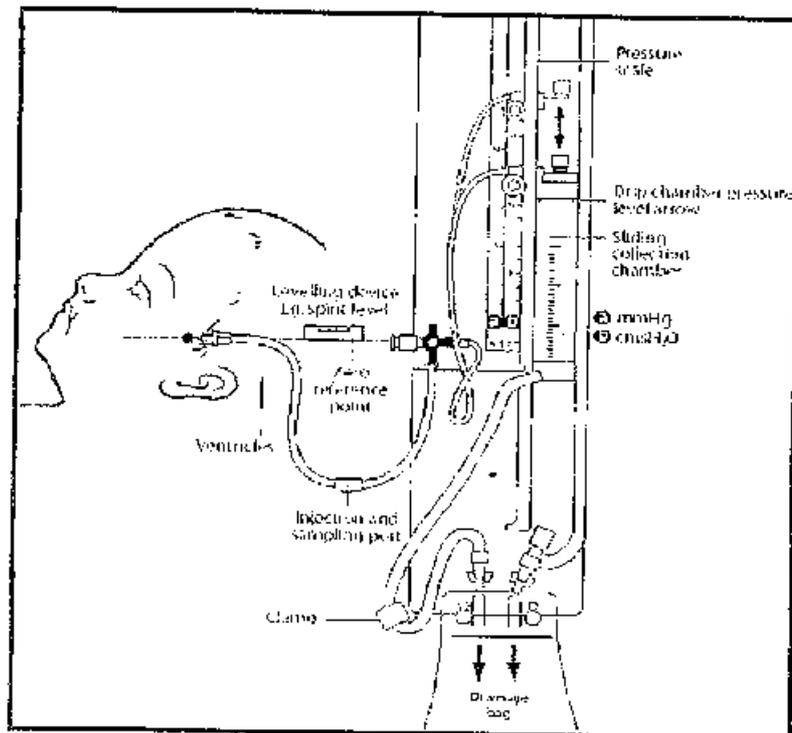
- ventriculitis. (germen asociado)
- El colapso del ventrículo lateral puede dar como resultado una obstrucción mecánica del drenaje ventricular externo.
- Hemorragias, formación de hematomas.
- Catéteres mal colocados.
- Sobre drenaje o insuficiencia.
- Sección o rotura del catéter.

VII. ANEXOS

El catéter intraventricular consta de catéter intraventricular y el sistema de recolección de líquido

El sistema de recolección es un sistema cerrado, hermético, con gotero y receptáculo no colapsable.

Dicho sistema de recolección se compone a su vez de dos partes: la línea intermedia de conexión y el colector propiamente dicho.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON HIDROCEFALIA

I. ASPECTOS GENERALES

La hidrocefalia es un desbalance entre la producción y reabsorción del líquido cefalorraquídeo (LCR) dentro del sistema ventricular cerebral, donde se encuentran los plexos coroideos que producen específicamente el LCR a un volumen de 0,33 cc por minuto. Debe recordarse que un recién nacido tiene un volumen ventricular de sólo 5 cc mientras el adulto tiene un volumen de 150 cc (Poilay).

Están en discusión las posibles etiologías y diversas presentaciones clínicas de la hidrocefalia, siendo más frecuente la disminución de la reabsorción del LCR, antes que los originados por problemas obstructivos. La hidrocefalia congénita se presenta desde que se produce el LCR en el embrión; es decir, desde la sexta semana hasta octava la semana, etapa donde normalmente se aperturan los agujeros de Luschka y de Magendie.

Según el mecanismo de producción se pueden considerar 2 tipos de hidrocefalia:

- 1) **Hidrocefalia comunicante:** el LCR se forma y fluye adecuadamente desde los ventrículos hasta los espacios subaracnoideos, pero existe un trastorno de la reabsorción. Requiere de la implantación de una derivación de LCR desde los ventrículos cerebrales a otra cavidad corporal donde se puede reabsorber. La más utilizada es la ventriculoperitoneal.
- 2) **Hidrocefalia no comunicante:** esta se debe a que el LCR no circula a través de ningún punto de su recorrido debido a una obstrucción. Por ello se trata creando una vía alternativa que permita la salida de LCR desde los ventrículos salvando la obstrucción.



La presión intracraneal (PIC) es la presión ejercida dentro del cráneo por los componentes contenidos en su interior: masa encefálica (80%), sangre (10%) y líquido céfalo raquídeo LCR (10%).

Los valores normales de la PIC en niños oscilan entre 3 – 7 mmHg, por lo que se define como hipertensión intracraneal (HTIC) al el aumento mantenido de los valores de la PIC por encima de 20 mmHg. Una de las causas más comunes de la HTIC son las alteraciones del LCR como la hidrocefalia.

Tratamiento Quirúrgico:

Se operan los casos de hidrocefalia aguda, con dilatación ventricular significativa, y trastorno del estado de conciencia, dependiendo de la etiología de la hidrocefalia.

Se optan los procedimientos quirúrgicos siguientes:

- **Derivación ventricular externa.**
El drenaje ventricular externo (DVE) consiste en la colocación de un catéter en el espacio intraventricular y puede estar en línea con un transductor que permite el monitoreo continuo de la presión intracraneana (PIC) y/o drenar LCR para disminuir la PIC. También en caso de infecciones, el DVE permite la instilación de antibióticos.
- **Derivación ventricular interna** (peritoneal, atrial, pleural, vesicular).
- **Neuroendoscopia.**

II. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes pediátricos con diagnóstico de hidrocefalia, portadores de un sistema ventricular de derivación externa, derivación ventrículo peritoneal hospitalizados en el servicio de Neurocirugía del HEP.



III. OBJETIVOS

- Promover la recuperación de las funciones neurológicas, para mejorar la expectativa y la calidad de vida del niño.
- Optimizar y estandarizar las intervenciones de enfermería en el manejo del paciente con hidrocefalia.
- Unificar criterios sobre el correcto manejo y mantenimiento del SDVE.
- Prevenir y detectar precozmente complicaciones.

IV. PERSONA RESPONSABLE

Lic. especialista en Enfermería Pediátrica del HEP.



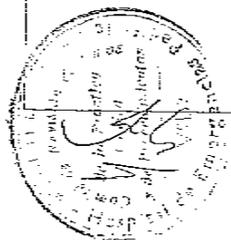
V. PLAN DE INTERVENCION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés, CLASE 3: Estrés neurocomportamental. (00049) DISMINUCION DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL R/C aumento de la PIC (aumento de la LCR a nivel ventricular).</p>	<p>DOMINIO: Salud Fisiológica (II) CLASE: Neurocognitiva (I) (0909) ESTADO NEUROLÓGICO INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 090901 Conciencia ▪ 090902 Control motor central ▪ 090903 Función sensitiva / motora de pares craneales ▪ 090904 función sensitiva/ motora medular ▪ 090905 función autónoma ▪ 090906 presión intracraneal ▪ 090908 tamaño pupilar ▪ 090909 reactividad pupilar 	<p>(2620) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de conciencia. • Vigilar las tendencias en la escala de coma de Glasgow. • Control de constantes vitales (pulso, respiraciones, presión arterial y temperatura). • Valorar el tamaño, forma, simetría y reacción pupilar. • Explorar el tono muscular, movimiento motor. • Valorar signos de hipertensión intracraneal. • Medir el perímetro cefálico. <p>(1878) CUIDADOS DEL CATÉTER DE DRENAJE DE VENTRICULOSTOMÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar el estado del drenaje. ▪ Vigilar la permeabilidad del sistema observando si el nivel de LCR oscila. ▪ Controlar periódicamente la cantidad, frecuencia del drenaje del LCR (el volumen de LCJRR llenado no debe superar los 20ml / hora). ▪ Valorar las características del LCR, aspecto, color y consistencia (un color opaco nos puede indicar infección). ▪ Registrar en el balance hídrico la cantidad de LCR drenado. ▪ Mantener el SDVE cerrado y si es necesario ajustar su altura al realizar cualquier manipulación del mismo o cambios de posición en el paciente. (si no lo cerramos



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 090917 presión sanguínea ▪ 090918 presión del pulso 	<p>puede ocurrir: Sifonaje; hacia la bolsa colectora con el consecuente riesgo de colapso ventricular. Reflujo; así el cerebro del paciente con el consecuente riesgo de infección del SNC).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar y reforzar las restricciones de la movilidad del paciente (se debe mantener en decúbito supino con la cabecera de la cama a 20 - 30 °). ▪ Controlar que la altura del colector del drenaje este según indicación médica, habitualmente a 10 centímetros, tomando como referencia el conducto auditivo externo (punto 0). ▪ Controlar que las conexiones del SDVE no estén acodadas ni tirantes. ▪ En caso de ruptura de catéter o deterioro del SDVE se pinzara el catéter proximal y se avisara al neurocirujano. <p>CUIDADOS DE LA DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar que la cabecera del paciente este a una altura adecuada indicada por el medico habitualmente a 45 ° • Valorar el buen funcionamiento del Shunt DVP (se verifica al presionar digitalmente la zona del reservorio no haciendo resistencia y volviendo a la normalidad). • Lavado de manos con jabón antiséptico previa atención del paciente.
<p>DOMINIO 11: Seguridad / protección.</p> <p>CLASE 1: Infección.</p> <p>(00004) RIESGO DE INFECCIÓN R/C procedimientos invasivos.</p>	<p>DOMINIO: Conocimiento y conducta en salud (IV)</p> <p>CLASE: Control del riesgo y seguridad (T)</p> <p>(1902) CONTROL DEL RIESGO</p> <p>INDICADORES:</p>	<p>(6540) CONTROL DE INFECCIONES</p> <p><u>Preoperatorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rasurar de cabello alrededor del área de incisión, con maquina eléctrica o tijera, no usar hoja de afeitar. se lava el área con clorexidina. • Administración de antibioterapia profiláctica 30min antes de la intervención quirúrgica. • Tomar precaución con el ATB de elección

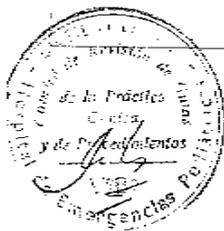




<ul style="list-style-type: none">▪ 190202 supervisa los factores▪ 190204 desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas▪ 190205 adapta las estrategias de control del riesgo según es necesario▪ 190207 sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas▪ 190414 utiliza los sistemas de apoyo personal para controlar el riesgo.	<p>(Vancomicina, se administra en infusión lenta de 60 min).</p> <p><u>Postoperatorio:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Educar a los familiares del paciente sobre la importancia del lavado de manos, y uso de mandil protector al contacto con el paciente.• Cumplir con las normas de bioseguridad establecidas en el hospital. <p>(1878) CUIDADOS DEL CATETER DE DRENAJE DE VENTRICULOSTOMÍA</p> <ul style="list-style-type: none">• Minimizar la manipulación del SDVE.• Extremar las condiciones de asepsia previas a su manipulación, que incluye: lavado de manos antes y después de manipular la llave del cerrado y abierto al momento del drenado del LCR hacia a la bolsa colectora.• Vigilar si hay signos de infección en el punto de inserción del catéter, asistir al neurocirujano en la curación de la zona de inserción del catéter.• Curación cada 4 días, valorar el estado del apósito de la zona de inserción, debe encontrarse limpia y seca, al término de la curación se registrara fecha y hora.• Reforzar el vendaje en la zona de inserción si es necesario.• Se vaciara la bolsa colectora cuando ocupe las tres cuartas partes de la misma, dicha actividad estará a cargo del neurocirujano. <p>(7820) MANEJO DE MUESTRAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Asistir al médico neurocirujano para la obtención de muestra de LCR para cultivo y citoquímico de acuerdo con protocolo bajo estrictas medidas de asepsia y utilizando métodos de barrera.• Proporcionar frasco estéril para recolección de la muestra, sellarlo y rotularlo.• Disponer el transporte de la muestra a laboratorio para su preservación de almacenamiento.
---	--

V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés, forma de hacer frente a los acontecimientos. Clase 3: estrés neurocompartimental. DISMINUCION DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL (00049)R/C aumento de la PIC.</p>	<p>Dominio: salud fisiológica Clase: neurocognitiva</p> <p>Estado neurológico: autónomo (0910)</p>	<p>Monitorización neurológica (2620):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de constantes vitales (pulso, respiraciones, presión arterial y temperatura). • Valorar el tamaño, forma, simetría y reacción pupilar. • Valorar el estado de conciencia. • Valorar la escala de coma de Glasgow. • Medir el perímetro cefálico. <p>Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía (1878):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la evolución del drenaje. • Vigilar la permeabilidad del sistema observando si el nivel de LCR oscila. • Monitorizar las características del LCR. • Registrar en el balance hídrico la cantidad de LCR drenado. • Asistir mediante técnica aséptica la recolección de muestras de LCR para cultivo y citoquímico. • Informar sobre el resultado del citoquímico y/o cultivo de control. • Mantener el SDVE cerrado y si es necesario ajustar su altura al realizar cambios de posición en el paciente. • Controlar que la cabecera del paciente esté a la altura indicada por el médico, habitualmente a 30 grados. • Controlar que la altura del colector del drenaje este según indicación médica, habitualmente a 10 centímetros, tomando como referencia el conducto auditivo externo (punto 0). • Controlar que las conexiones del SDVE no estén acodadas ni tirantes. • Minimizar al máximo la manipulación del sistema. • Lavado de manos antes y después de manipular la llave de cerrado / abierto del SDVE. • administración de antibióticos prescritos. • Explicar y reforzar las restricciones de la movilidad del paciente. • Reportar al neurocirujano si la bolsa colectora del drenaje necesita evacuarse (el LCR no debe superar los ¾ de la bolsa).



<p>DOMINIO 11: Seguridad / Protección.</p> <p>CLASE 2: Lesión física (00047) RIESGO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C</p> <p>edades extrema, restricción para la movilidad física.</p>	<p>DOMINIO: Salud fisiológica (II)</p> <p>CLASE: Integridad Tisular (L) (1101) INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 110101 temperatura de la piel ▪ 110102 sensibilidad ▪ 110103 elasticidad ▪ 110104 hidratación ▪ 110106 transpiración ▪ 110108 textura ▪ 110111 perfusión tisular ▪ 110113 piel intacta 	<p>(0740) CUIDADO DEL PACIENTE EN CAMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en una alineación corporal adecuada. • Vigilar el estado de la piel. • Observar si hay zonas de enrojecimiento en la piel. • Utilizar dispositivos en la cama que disminuyan la zona de presión, colocar un cojín en forma de dona en la cabeza. • Mantener la temperatura corporal del paciente dentro de los valores normales. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. • Realizar frecuentemente cambio de pañal para evitar eritema de pañal. • Mantener las barandas de la cuna en alto. • Cambiar de posición del paciente según indicación médica y dentro de las restricciones del caso. • Realizar baño diario del paciente.
--	---	---



DOMINIO 12: Confort.

CLASE 1: Confort físico.

(00132) DOLOR AGUDO R/C
intervención quirúrgica.

DOMINIO: Conocimiento y
conducta en salud (IV)

CLASE: Conducta de la salud
(Q)

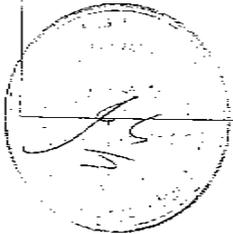
(1605) CONTROL DEL
DOLOR

INDICADORES:

- 160503 Se utiliza medidas preventivas
- 160505 Se utiliza los analgésicos de forma apropiada
- 160511 Se observa el dolor controlado

(1400) MANEJO DEL DOLOR

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor (escala del dolor).
- Administración de analgésicos según prescripción.
- Controlar factores ambientales que influyan en la respuesta del paciente al dolor (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Fomentar periodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio al dolor.



VI. ANEXOS:

✓ Escala de Coma de Glasgow para lactantes y niños

Cuadro Nº 1. Escala de Coma de Glasgow Modificada para lactantes y niños

Puntuación	> 1 Año	< 1 Año
Repuesta apertura ocular 4 3 2 1	Espontánea A la orden verbal Al dolor Ninguna	Espontánea Al grito Al dolor Ninguna
Respuesta Motriz 6 5 4 3 2 1	Obedece órdenes Localiza el dolor Defensa al dolor Flexión anormal Extensión anormal Ninguna	Espontánea Localiza el dolor Defensa al dolor Flexión anormal Extensión anormal Ninguna
Respuesta verbal 5 4 3 2 1	Reconecta – Conversa Conversa confusa Palabras inadecuadas Sonidos raros Ninguna	Balucea Llora – consolable Llora persistente Gruñe o se queja Ninguna

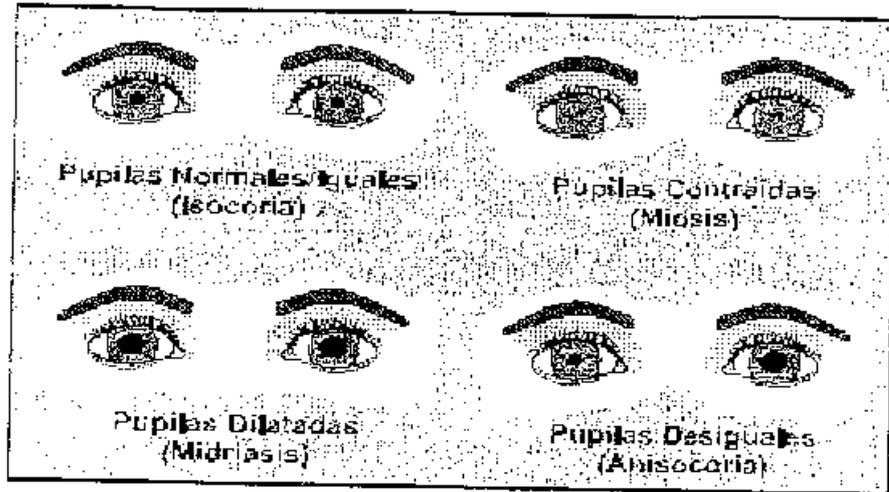
✓ Escala para valorar la intensidad del dolor

Figura 1. Escalas para valoración de la intensidad del dolor

<p>✓ Escala de Escritos:</p>  <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>Sin dolor Máximo dolor</p>
<p>✓ Escala Numérica de 0 a 10:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>✓ Escala Visual Analógica:</p> <p>0 10</p> <p>Sin dolor Máximo dolor</p>
<p>✓ Escala Verbal:</p> <p>DOLOR LEVE DOLOR MODERADO DOLOR SEVERO DOLOR INSOPORTABLE</p>



✓ Valoración del estado de las pupilas



GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE PEDIATRICO CON TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO

I. ASPECTOS GENERALES

Es una guía orientada al cuidado del niño con lesión física causada por una acción violenta, súbito o golpe en la cabeza que afecta el cuero cabelludo, la bóveda craneana o su contenido con pérdida de la conciencia o sin ella y como resultado puede provocar una serie de alteraciones mecánicas y funcionales de diversa importancia y lesiones de incapacidad o muerte.

En un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes hospitalizados con TEC realizados en 2 centros de neurocirugía pediátrica se encontró un predominio por el sexo masculino (61%), el grupo etáreo más afectado fue el de 1-4 años (48%) y la caída (45%) fue una de las causas más frecuentes. El síntoma más común fue el vómito (61.7%) y el signo más frecuente el cefalohematoma (23.3%). Con lesión craneal o intracraneal, siendo los más frecuentes fractura de bóveda (30.5%), edema cerebral (14.9%) y hematoma epidural (12.1%). El hematoma epidural de la convexidad requirió cirugía en el 61% y el de fosa posterior en el 81%.

El hematoma subdural agudo fue raro (0.08%). La mortalidad en el TEC grave fue mucho mayor (13%) siendo el accidente de tránsito la causa más común (42%) y la contusión cerebral (58.3%) la lesión más asociada a mortalidad

El TEC en el paciente pediátrico tiene características clínicas y epidemiológicas particulares que lo diferencian del adulto.



II. POBLACION OBJETIVO:

Población pediátrica comprendida entre recién nacido a 19 años

III. OBJETIVOS:

- Garantizar el cuidado de enfermería oportuna, eficaz y eficiente del niño con TEC de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que asocian la enfermedad.
- Prevenir complicaciones y secuelas del paciente pediátrico con TEC.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

- licenciada en enfermería



V. PLAN DE PROCESO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p>Dominio 4 Actividad/reposo Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias</p> <p>(00024) Perusión tisular (cerebral) infecciosa /c alteración del estado mental, cambios compartamentales, cambios en la respuesta motora, cambios en las reacciones pupilares.</p>	<p><u>Control de las convulsiones (1620)</u></p> <p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conducta de Salud (Q) 162006 Evita factores de riesgo / desencadenante de las convulsiones.</p> <p><u>Estado neurológico (0909)</u></p> <p>Dominio: salud fisiologica (II) Clase: Neurocognitiva (I) 090901 Conciencia 090906 Presión intracraneal 090908 Tamaño pupilar 090909 reactividad pupilar 090911 patrón respiratorio 090918 presión del pulso 090920 Hipertermia</p>	<p><u>Monitorización neurológica: 2620</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. • Vigilar el nivel de conciencia • Comprobar el nivel de orientación • Vigilar las tendencias en la Escala de Coma de Glasgow. • Vigilar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones. • Comprobar el estado respiratorio: nivel de gases en sangre arterial, pulsioximetría, profundidad, forma frecuencia y esfuerzo • Vigilar el reflejo corneal. • Observar si hay temblores. • Observar los movimientos oculares extra y características de la forma de mirar. • Observar si hay trastorno visuales: diplopía, nistagmo, visión borrosa y agudeza visual. • Observar la existencia de quejas por jaquecas. • Vigilar las características del habla: fluidez, afasias • Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y dainos. • Observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos. • Comprobar el sentido del olfato • Observar la forma de sudación • Vigilar la respuesta de Babinski.



090923 Orientación cognitiva

Estado neurológico: Conciencia

(0912)

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: Neurocognitiva (I)

091201 Abre los ojos a
estímulos externos

091204 Obedece órdenes

091205 Respuestas motoras
a estímulos nocivos.

Estado neurológico: Control

motor central (0911)

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: Neurocognitiva (I)

091101 Equilibrio

091103 Mantenimiento de la
postura

091105 Reflejo de babinski

091112 Movimiento
intencionado a partir
de una orden

Perfusión tisular cerebral (0406)

- Observar si hay respuesta de cushing.
- Observar los drenajes de craneotomía, laminectomía.
- Observar la respuesta a los medicamentos.
- Consultar con compañeros para confirmar datos, si procede.
- Control neurológico frecuente

2680 Manejo de las convulsiones

- Guiar los movimientos para evitar lesiones.
- Vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante el ataque
- Permanecer con el paciente durante el ataque.
- Mantener la vía aérea abierta y usar un protector de lengua para evitar que la lengua obstruya las vías aéreas.
- Aplicar oxígeno
- Vigilar los signos vitales
- Administración de la medicación prescrita
- Comprobar la duración y características del período postictal
- Registrar la duración del ataque.

2080 Manejo de líquidos-electrolitos

- Observar si los electrolitos en suero son anormales, según disponibilidad
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Administrar líquidos si está indicado
- Ajustar el nivel de flujo de perfusión intravenosa (o transfusión sanguínea) adecuado.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos



Dominio: Salud fisiologica (II)
 Clase Cardiopulmonar (E)
 040601 función neurológica
 040602 Presion Intracraneal
 040613 Presión sanguínea sistólica.
 040614 Presión sanguínea diastólica.
 040603 cefalea
 040609 vómitos
 040605 Inquietud
 040607 Ansiedad
 Inexplicada

Con una puntuación de 3 - 5 según la escala de likert

Control de las convulsiones

- Mantener un registro de ingesta y eliminación.
 - Mantener solución intravenosa que contenga electrolitos aun nivel de flujo constante, cuando sea preciso.
 - Realizar consulta con el medico si persistiera o empeoraran los signos y síntomas del desequilibrio de electrolitos.
 - Administrar el suplemento de electrolitos prescritos, si procede
 - Observar si existe perdida de liquidos (hemorragia, vómitos diarrea, transpiración y taquipnea)
- Mejora de la perfusión cerebral 2550**
- Administrar agentes que expandan el volumen intravascular: si procede (coloides, productos sanguíneos, y cristaloides).
 - Administrar manitol según prescripción médica.
 - Mantener el nivel de hematocrito alrededor del 33% para la terapia de hemodilución hipovolemia.
 - Mantener el nivel de glucosa en suero dentro del margen normal.
 - Consultar con el médico para determinar la posición optima de la cabecera de la cama (0, 15º 30 grados).
 - Observar si hay signos de hemorragia(búsqueda de sangre en heces y drenaje nasogástrico)
 - Vigilar el estado neurológico.
 - Monitorizar la presión intracraneal y la respuesta neurológica a las actividades del cuidado.
 - Controlar la presión arterial media (PAM).
 - Vigilar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las



(1620)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

Clase: Conducta de Salud (Q)

162006 Evita factores de riesgo / desencadenante de las convulsiones.

respiraciones; niveles de PO₂ y PCO₂, pH y bicarbonato.

- Vigilar si hay signos de sobrecarga de líquidos (ronquidos, distensión de la vena yugular, edema y aumento de las secreciones pulmonares).

Monitorización de la presión Intracraneal (PIC)

- Ayudar en la inserción del dispositivo de monitorización de la pic
- Proporcionar información a la familia.
- Cambiar o reforzar el vendaje del sitio de inserción, si es necesario.
- Minimizar los estímulos ambientales.
- Espaciar los cuidados para minimizar la elevación de la PIC
- Mantener la presión arterial sistémica dentro de los márgenes especificados.

Manejo del dolor

- Realizar la valoración del dolor; localización, características, aparición/ duración, frecuencia, intensidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Proporcionar alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

2300 Administración de la medicación

- Desarrollar la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.
- Vigilar signos vitales antes de la administración de medicamentos si lo requiere el caso.



<p>Capacidad adaptativa intracraneal disminuida r/c aumento de la presión intracraneal por traumatismo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a tomar la medicación. <p><u>Manejo del edema cerebral 2540</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay confusión. • Seguir de cerca el estado neurológico • Monitorizar los signos vitales • Monitorizar las características del drenaje: • Disminuir los estímulos ambientales del paciente • Colocar la cabecera de la cama a 30° • Disponer periodos de reposo. • Suministrar sedantes , si procede • Evitar la flexión del cuello ola flexión extrema de la cadera/rodilla • Evitar la maniobra de vaísalva. • Restringir la administración de líquidos. • Administrar diuréticos osmóticos. <p><u>Monitorización de líquidos 4130</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el peso. • Vigilar ingresos egresos. • Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y respiración. • Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. • Observar color, cantidad de la orina • Administrar líquidos si procede. • Restringir la ingesta de líquidos si procede. • Mantener el nivel de flujo intravenoso prescrito.
---	--	---



VI. COMPLICACIONES

Fisiopatología intracraneana:

Contenido intracraneano: Parénquima cerebral, Volumen sanguíneo, Líquido Cefalo Raquídeo. Normalmente estos tres están en equilibrio. La presión intracraneana es igual al volumen LCR + volumen de sangre + volumen encefálico.

El aumento de cualquiera de estos produce aumento de la PIC.

En un TEC este equilibrio se pierde:

Aumenta la PIC esto produce la disminución de la Perfusión Cerebral, al disminuir esta la hipercarbía que es el aumento de las concentraciones de CO₂ ocasiona vasodilatación aumentando con esto el volumen sanguíneo y por ende el edema.

Etapas de Hipertensión intracraneana.

Primera Etapa: modificación del volumen intracraneal a expensas de desplazamientos de LCR y/o sangre. No se modifica aún la PIC.

Segunda Etapa: Elevación paulatina de la PIC, aparición de bradicardia e hipertensión.

Tercera Etapa: Insuficiencia de los mecanismos reguladores para compensar las variaciones de la PIC y formación de herniaciones.

Cuarta Etapa: Irreversible

Se producen cefaleas de difícil manejo por proceso expansivo

Vómitos explosivos

Signos autonómicos (triada de Cushing)

Midriasis Homolateral

Signos de herniación

Si al aumento de la PIC y la hipercarbía, se suma la hipotensión arterial aparece hipoxia e isquemia.

El aumento de la Presión Sistólica Arterial refleja el incremento de la PIC y forma parte del reflejo de Cushing.



BIBLIOGRAFIA

1. **Traumatismo encefalocraneano en niños: epidemiología** revista peruana de neurocirugía volumen 4 /nro 1/ enero-marzo del 2009.
2. **Guía para aplicar proceso de enfermería: taxonomía n.n.n., nanda, nic, noc. / registro sistematizado s.o.a.p.i.e.** gloria cortez cuaresma; francisca castillo luján. 4ta edición, julio 2008
3. www.compendiodenfermeria.com/4763-proceso-de-enfermeria-trauma-encefalo-craneano/
4. **NANDA. Diagnostico enfermeros "definiciones y clasificación"** Madrid España/editorial Elsevier 2009-2011
5. **DUGAS. Tratado de enfermería** 4ta. Edición. Editorial Mc Graill Hill Mexico 2000
6. **GLORIA M. BULECHEC. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)** Madrid España/editorial Elsevier 2010, 5ta. Edición.
7. **SUEMOORHEAD. Clasificación de resultados de enfermería (NOC)** Madrid España/editorial Elsevier 2010, 5ta. Edición.
8. **JAIME M. JUSTO JANEIRO, EDUARDO VASQUEZ VALDES, Bases Anatomopatológicas de la Enfermedad Quirúrgica, Tomo I , copyright 2011 Estados Unidos de América.**
9. **Revista Peruana de Neurocirugía, Guía de Procedimiento sobre Corrección Quirúrgica del Mielomeningocele de Emergencia, volumen II Perú 2007**
10. **CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (CIE).** Joanne C. McClossey, PhD, RN, FAAN; Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN.
11. **PROYECTO DE RESULTADOS DE IOWA CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (CRE) NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC)**
12. **Marion Johnson, Merideam Mass, Sue Moorhead. Segunda edición.**
13. **GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO. Rev. Argent Neuroc 2006, 20: 143**
14. **MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. GUÍA PRÁCTICA. Rev. Méd. Urug. vol.23 no.1 Montevideo Mar. 2007**



15. DISFUNCIÓN DEL SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL: IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS. Luque Oliverós, M. Bullón, M. Peña, A. – Enfermería Global, revista electrónica cuatrimestral de enfermería.
16. CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC). Joanne C. McClosey, PhD, RN, FAAN; Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Cuarta Edición.
17. PROYECTO DE RESULTADOS DE IOWA CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC) NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION.
18. Marion Johnson, Merideam Mass. Sue Moorhead. Tercera edición. Editorial El Sevier.
19. NEUROCIRUGIA –HIDROCEFALIA EN PEDIATRIA Cap XIV , Vol 2 Dr Edgar Morales Landeo EDICION 2006-2008.
20. GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO. Rev. Argent Neuroc 2006, 20: 143
21. MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. GUÍA PRÁCTICA. Rev. Méd. Urug. vol.23 no. 1 Montevideo Mar. 2007c

