

# GUIA DE INTERVENCION 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 6 horas.
4. Complete la documentación necesaria preoperatorio como:
  - Verificar que el Consentimiento Informado Quirúrgico este escrito y firmado por el Cirujano y el Familiar.
  - Efectivizar la Interconsulta Prequirúrgica con el medico Pediatra. (Si el paciente Viene de emergencia verificar que la interconsulta haya sido efectivizada)
  - Verificar si los exámenes auxiliares están completos (análisis de sangre, Radiografías, ecografías, TAC).
  - 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 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% o CINA 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 quirúrgico.

### 5.1.1 PLAN DE PROCESO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

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

<p><b>Dominio 12: Confort</b>  <b>Clase 1. Confort fisico</b>  DOLOR AGUDO (00132) R/C  agentes lesivos físicos (inflamación peritoneal, alteración de la motilidad intestinal y postural).</p>	<p>1605 Control del dolor</p>	<p><b>1400 MANEJO DE DOLOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad, severidad, y factores desencadenantes.</li> <li>• Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas, tiempo que durará, etc.</li> <li>• Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas o no) que faciliten el alivio del dolor.</li> <li>• Proporcionar un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</li> </ul> <p><b>2210 ADMINISTRACION DE ANALGESICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar historial de alergias a medicamentos.</li> <li>• Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, frecuencia y dosis.</li> <li>• Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</li> <li>•</li> </ul>
---	-------------------------------	--

## **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. Orden para Anatomía Patológica (si fuera el caso)
    - g. 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, 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 hídrico con los datos de Sala 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><b>DOMINIO 11 Seguridad y Proteccion</b>  <b>Clase 2 Lesion Fisica</b>  <b>RIESGO DE ASPIRACION</b>            (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><b>Cuidados de postanestesia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la oxigenacion, administrar oxigeno si procede.</li> <li>• Controlar la calidad y numero de respiración</li> <li>• Revisar al paciente</li> <li>• Instalar en su unidad ajustando la cama, colocando en posición de 30°. Cuidando su zona cervical</li> <li>• Animar al paciente a que tosa y respire profundamente (según sea la edad)</li> <li>• Obtener informe de la enfermeria del quirófano y del anestesiólogo.</li> <li>• Administrar medidas de calor (mantas calientes)</li> <li>• Comprobar el nivel de conciencia.</li> <li>• Vigilar el estado neurologico</li> <li>• Controla r el retorno de la funcion sensorial y motora.</li> </ul> <p><b>Manejo del Vomito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• colocar al paciente en forma adecuada para prevenir la aspiracion.</li> <li>• Mantener vias aereas limpias y abiertas.</li> <li>• Proporciona r apoyo fisico durento el vomito (Auida al pacienre a inclinarse o sujetarle la cabeza)</li> <li>• Proporcionar alivio ante el vomito.</li> </ul>



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

<p><b>Dominio 12: Confort</b>  <b>Clase 1. Confort fisico</b>  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><b>Manejo de la medicación (2380)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• determinar los fármacos a administrar de acuerdo a la prescripción medica.</li> <li>• Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente</li> </ul> <p><b>Manejo de líquidos / electrolitos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar a diario y valorar la evolución.</li> <li>• Administrar líquidos intravenosos, según indicación médica.</li> <li>• Reponer líquidos en caso de eliminación por vómitos.</li> <li>• Llevar un registro preciso de ingesta y eliminaciones</li> <li>• Vigilar signos vitales</li> <li>• Observar si hay manifestación de desequilibrio de líquidos.</li> </ul>
<p><b>Dominio 12: Confort</b>  <b>Clase 1. Confort fisico</b>  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><b><u>Manejo del dolor (1400):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b><u>Administración de analgésicos (2210):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgésia</li> <li>• 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).</li> <li>• Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.</li> </ul>

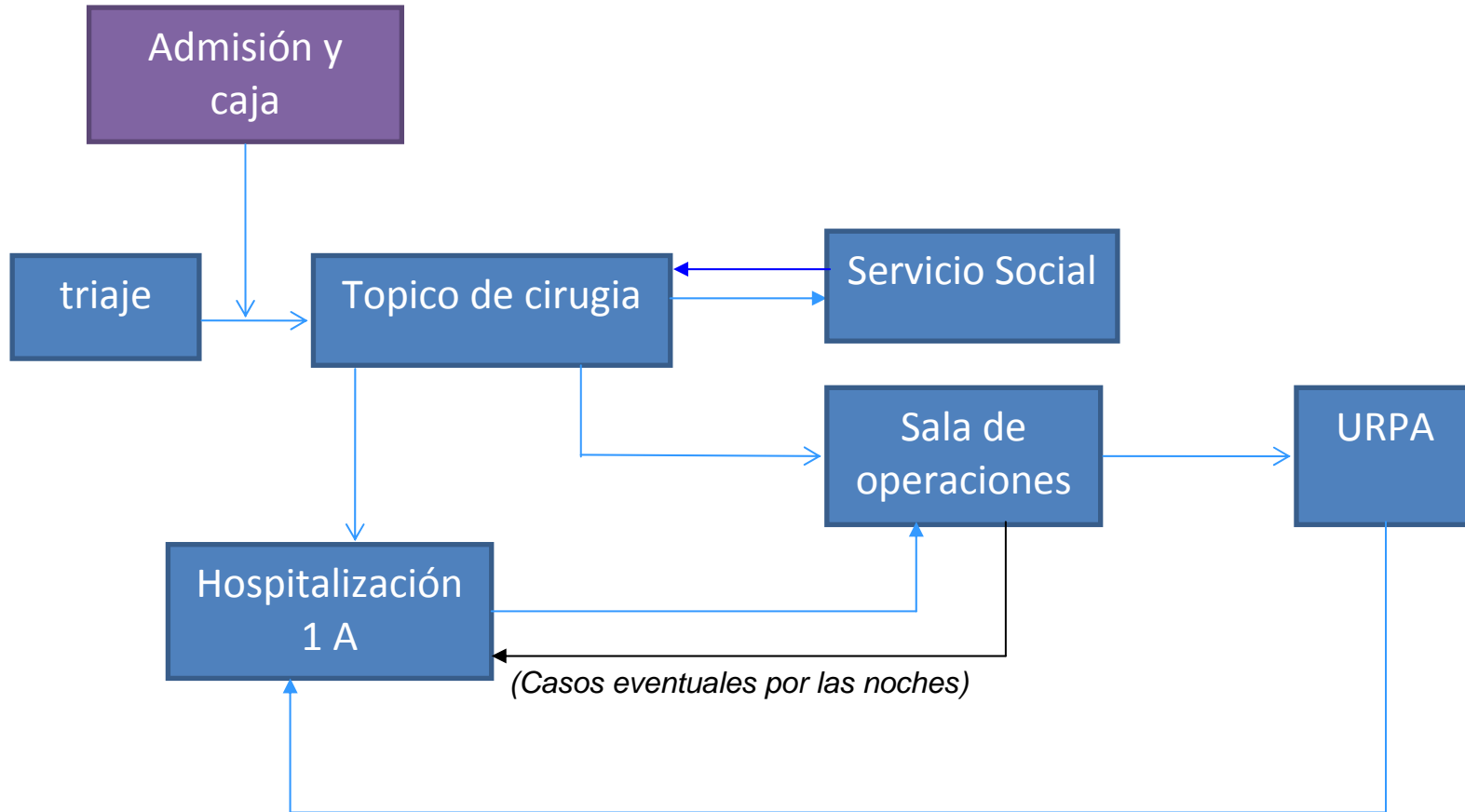
<p><b>Dominio 3 Eliminacion</b>  <b>Clase2: Sistema</b>  <b>Gastrointestinal</b>  0011 RIESGO DE  ESTREÑIMIENTO (00015) R/C  alteración de la ingesta e  intervención quirúrgica</p>	<p>Estado nutricional: ingestión  alimentaria y de líquidos (1008)</p> <p>Hidratación (0602)</p> <p>Movilidad (0208)</p>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

<p><b>DOMINIO 2 Nutricion</b>  <b>Clase 1 ingestión</b>  DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL  POR DEFECTO (00002) R/C  incapacidad para ingerir  alimentos por intervención  quirúrgica</p>	<p>050101 Patrón de eliminación.  050104 Cantidad de heces en  relación con la dieta.  050113 Control de la eliminación de  heces.  050111 Diarrea.</p>	<p><b>4120 Manejo de Líquidos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesarse a diario y controlar la evolución.</li> <li>• Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.</li> <li>• Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado).</li> <li>• Monitorizar los signos vitales cuando sea necesario</li> <li>• Controlar la ingesta de líquidos / dieta.</li> <li>• Administrar terapia IV según prescripción.</li> <li>• Administrar líquidos si procede.</li> <li>• Favorecer la ingesta oral.</li> <li>• Instruir al familiar en el estado de “nada por boca” (NPO), si procede.</li> <li>• Administrar reposición prescrita de líquidos en función de la eliminación, si procede.</li> <li>• Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.</li> <li>• Consultar con el cirujano, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran</li> </ul> <p><b>6680 Monitorización de los signos vitales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, según necesidad.</li> <li>• Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales</li> </ul> <p><b>6650 Vigilancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar los signos vitales.</li> <li>• Valorar periódicamente el estado de la piel peristomal.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.</li> <li>• Comprobar la perfusión tisular si es el caso.</li> <li>• Vigilar el patrón de eliminación, si procede.</li> <li>• Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición del paciente.</li> </ul>
---	---	---

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

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

## FLUJOGRAMA DE ATENCION



# GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA 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 ostomías digestivas reciben distintos nombres según la porción de intestino abocada:

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

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

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Instruir al familiar acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de eliminación.</li><li>• Enseñar al familiar a intubar y drenar la bolsa de ostomía siempre que la note llena (cada 4 – 6 horas)</li></ul> <p><b>3590 Vigilancia de la piel</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inspeccionar el estado del sitio de la ostomía.</li><li>• Observar coloración, textura y características de la piel periestomal; en busca de signos de inflamación, edema y ulceraciones.</li><li>• Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel periestomal.</li><li>• Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel periestomal.</li><li>• Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel periestomal.</li><li>• Vigilar el color de la piel periestomal.</li><li>• Tomar nota de los cambios en la piel periestomal.</li><li>• Instaurar medidas para evitar mayor deterioro en la zona periestomal, si es necesario.</li><li>• Instruir al familiar acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel periestomal, si procede.</li></ul> <p><b>3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Limpiar la piel periestomal con agua estéril en forma suave con movimientos circulares del interior al exterior retirando restos de heces.</li><li>• Secar la piel con gasa haciendo toques suaves</li><li>• Administre la pasta protectora en la piel periestomal; de tal manera que forme una capa y/o película protectora.</li><li>• Aplicar un dispositivo de ostomía que encaje adecuadamente, cuando se precise.</li><li>• Aplicar agente antiinflamatorio tópico a la zona afectada, si está indicado.</li><li>• Registrar el grado de afectación de la piel.</li></ul>
--	--	--

## **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 Pediatricos 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><b>Dominio 12: CONFORT</b>  <b>Clase 1:Dolor Agudo (00132)</b> R/C Agente Lesivo Biológico evidenciado por conducta expresiva</p> <p><b>Dominio 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</b>  <b>Clase2:Deterioro de la Integridad tisular(00044)</b>                      R/C Intervención quirúrgica abdominal evidenciado por lesión tisular</p>	<p>Control del Dolor(1605)                      Refiere dolor controlado(1605</p> <p>Tejido Cicatrizal no comprometida(110117)</p>	<p><b>Manejo del dolor(1400):Pre quirúrgico</b>                      -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><b>Cuidados del sitio de incisión(3440)</b>                      -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><b>Dominio12: Confort</b> <b>Clase1:Confort Físico</b> <b>Riesgo de baja autoestima</b> <b>situacional</b> R/C Cirugía abdominal baja</p>	<p>Bienestar sicológico Adaptación a cambios corporales por cirugía(120014)</p>	<p><b>Apoyo Emocional(5270)</b> -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 Melaney* 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><b>Dominio 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</b></p> <p><b>Clase 2:Lesion</b></p> <p><b>Deterioro de la integridad tisular (00044)</b> R/C proceso infeccioso evidenciado por secreción purulenta</p> <p><b>Dominio12: Confort</b></p> <p><b>Clase1:Confort Físico</b></p> <p><b>Dolor agudo (00132)</b>R/C nervios expuestos, cicatrización de heridas y tratamiento evidenciado por conducta expresiva</p>	<p>Curación de la Herida(1103)</p> <p><b>Clase: Conducta de Salud</b></p> <p>Control del dolor(1605)</p>	<p><b>Cuidados de las Heridas (3660):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>• Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede.</li> <li>• aplicar un ungüento adecuado a la lesión si es que procede.</li> <li>• cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje e inspeccionar la herida.</li> <li>• Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producida por la herida.</li> <li>• Evitar presionar la herida.</li> <li>• Fomentar la ingesta de Líquidos, si procede.</li> </ul> <p><b>Manejo del dolor(1400):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya: localización, características, aparición, frecuencia. Observar indicadores no verbales de dolor: gestos, taquicardia, puños cerrados.</li> <li>• ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.</li> <li>• controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (Tª de la habitación, iluminación y ruidos).</li> <li>• Instruir al paciente sobre la trayectoria usual de la recuperación de las heridas infectadas y de las opciones para controlar el dolor.</li> <li>• administrar analgésicos indicados, aproximadamente 20 min. antes de los procedimientos dolorosos(Curaciones)</li> <li>• Enseñar al paciente técnicas de relajación, imaginación guiada y distracción; ayudarle a ponerlas en práctica.</li> </ul>

## **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 piloromiotomía) 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><b>Dominio 2: NUTRICION</b>  <b>Clase 1:</b>  <b>Deterioro de la deglución (00103)</b> R/C defectos esofágicos evidenciado por regurgitación del contenido gástrico</p> <p><b>Dominio 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</b>  <b>Clase2:Deterioro de la Integridad tisular(00044)</b>  R/C Intervención quirúrgica abdominal evidenciado por lesión tisular</p>	<p>Estudio de la Deglución:fase esofágica No comprometida(101116)</p> <p>Tejido Cicatrizal no comprometida(110117)</p>	<p><b>Terapia de la deglución :Post Pilonomiotomía(1860)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el fundamento del régimen de deglución a la madre.</li> <li>• Ayudar al paciente a sentarse en posición fowler para iniciar la alimentación.</li> <li>• Iniciar Tolerancia oral después de las 24 horas de Post operado, con líquidos claros1 onza.</li> <li>• Progresar ingesta de líquidos 3 horas después de iniciar la tolerancia oral con formula maternizada 1onza</li> <li>• Continuar 2 horas después de la primera onza de formula maternizada con 2 onzas de formula maternizada y continuar a libre demanda si la ingesta es bien aceptada.</li> <li>• Proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita.</li> <li>• Observar si hay signos de regurgitación o aspiración</li> <li>• Controlar la ingesta y eliminación de líquidos</li> </ul> <p><b>Cuidados del sitio de incisión(3440)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inspeccionar el sitio de Incisión, por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</li> <li>• Observar si hay signos de infección en el sitio de insición.</li> <li>• Aplicar el apósito adecuado(tegaderm) para proteger la insición.</li> <li>• Enseñar a la familia a cuidar la insición, incluyendo signos y síntomas de infección.</li> </ul>



**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 Pediatricos 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 INTERVENCION DE ENFERMERIA:

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

<p><b>Dominio 12: Confort</b>  <b>Clase 1. Confort fisico</b>  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><b>Etapas en la dieta (1020)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar los sonidos intestinales</li> <li>• Establecer NPO</li> <li>• Comprobar la tolerancia a la ingestión de líquidos</li> <li>• Comprobar si el paciente da salida al flato.</li> <li>• Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance gradualmente. Poco líquido, dieta líquida, dieta blanda, dieta completa.</li> <li>• Observar la tolerancia de dieta.</li> </ul> <p><b>Manejo de líquidos / electrolitos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar a diario y valorar la evolución.</li> <li>• Administrar líquidos intravenosos, según indicación médica.</li> <li>• Reponer líquidos en caso de eliminación por vómitos.</li> <li>• Llevar un registro preciso de ingesta y eliminaciones</li> <li>• Vigilar signos vitales</li> <li>• Observar si hay manifestación de desequilibrio de líquidos.</li> </ul> <p><b>Manejo del Vómito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• colocar al paciente en forma adecuada para prevenir la aspiración.</li> <li>• Mantener vías aéreas limpias y abiertas.</li> <li>• Proporcionar apoyo físico durante el vómito (Ayudar al paciente a inclinarse o sujetarle la cabeza)</li> <li>• Proporcionar alivio ante el vómito.</li> </ul>
--	--	--

<p><b>Dominio 12: Confort</b>  <b>Clase 1. Confort fisico</b>  DOLOR AGUDO (00132) R/C  presencia de herida quirurgica.</p>	<p>Sintomatología: Nivel del dolor (2102)  - Dolor referido (/01)  Conducta de salud: Control del dolor (1605)  - Refiere dolor controlado (/11</p>	<p><b><u>Manejo del dolor (1400):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b><u>Administración de analgésicos (2210):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgésia</li> <li>• 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).</li> <li>• Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.</li> </ul>
---	---	---

<p><b>DOMINIO 2 Nutricion</b>  <b>Clase 1 ingestión</b>  DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL  POR DEFECTO (00002) R/C  incapacidad para ingerir  alimentos por intervención  quirúrgica</p>	<p>050101 Patrón de eliminación.  050104 Cantidad de heces en  relación con la dieta.  050113 Control de la eliminación de  heces.  050111 Diarrea.</p>	<p><b>4120 Manejo de Líquidos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesarse a diario y controlar la evolución.</li> <li>• Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.</li> <li>• Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado).</li> <li>• Monitorizar los signos vitales cuando sea necesario</li> <li>• Controlar la ingesta de líquidos / dieta.</li> <li>• Administrar terapia IV según prescripción.</li> <li>• Administrar líquidos si procede.</li> <li>• Favorecer la ingesta oral.</li> <li>• Instruir al familiar en el estado de “nada por boca” (NPO), si procede.</li> <li>• Administrar reposición prescrita de líquidos en función de la eliminación, si procede.</li> <li>• Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.</li> <li>• Consultar con el cirujano, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran</li> </ul> <p><b>6680 Monitorización de los signos vitales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, según necesidad.</li> <li>• Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales</li> </ul> <p><b>6650 Vigilancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar los signos vitales.</li> <li>• Valorar periódicamente el estado de la piel peristomal.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.</li> <li>• Comprobar la perfusión tisular si es el caso.</li> <li>• Vigilar el patrón de eliminación, si procede.</li> <li>• Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejoras y deterioros en la condición del paciente.</li> </ul>
---	---	--

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

<p><b>Dominio 4 Actividad/reposo</b>  <b>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias</b>  <b>INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092)</b>  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><b>Ayuda con los autocuidados (AIVD) (1805):</b>  - Fomentar la evolución de la movilidad para la vuelta a la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).</p> <p><b>Terapia de ejercicio. Ambulación ( 0221)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vestir al paciente con prendas cómodas</li> <li>• Ayudar y animar al paciente a sentarse en la cama para facilitar los ajustes posturales</li> <li>• Ayudar al paciente en el traslado.</li> <li>• Ayudar al paciente en la deambulacion inicial</li> <li>• Animar al paciente a que este levantado por su propia voluntad.</li> </ul>
<p><b>DOMINIO 11 Seguridad y Protección</b>  <b>Clase 2 Lesion Fisica</b>  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><b>Cuidados de las heridas (3660)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar la herida, observando el aposito que la cubre.</li> <li>• Controlar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>• Asistir al medico durante la curacion de las heridas y registrar cualquier cambio producido.</li> <li>• Cambiar el aposito según la cantidad de exudado y drenaje.</li> </ul> <p><b>Cuidados del sitio de incisión ( 3440)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento o signos de dihisencia o evisceracion.</li> <li>• Tomar nota de las características de cualquier drenaje.</li> <li>• Vigilar el proceso de curacion en el sitio de la incision</li> <li>• Observar si hay signos y sintomas de infeccion en la incisión</li> </ul>



## 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 ENFERMERÍA 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><b>Dominio 11:</b> <b>Seguridad/protección</b> <b>Clase 1 : infeccion</b></p> <p>Riesgo de infección (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><b>Cuidados de las heridas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida.</li> <li>- Anotar las características de la herida.</li> <li>- Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.</li> <li>- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza cambio de vendaje.</li> <li>- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.</li> </ul> <p><b>Cuidados perineales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpiar el perineo exhaustivamente a intervalos regulares.</li> <li>- Mantener el perineo seco.</li> <li>- Mantener al paciente en posición cómoda.</li> </ul> <p><b>Protección contra las infecciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.</li> <li>- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.</li> <li>- Facilitar el descanso.</li> <li>- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar</li> </ul>

\*ERE= En el rango esperado.

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

		<b>Manejo ambiental</b>
--	--	-------------------------

- 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. Suzanne C. Smeltzer ,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/lc0026.pdf](http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/lc0026.pdf)
10. <http://www.megacuratel.com/OstomiasP.asp>
11. [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/trabaj\\_cuidad\\_pacient\\_ostomiz.htm](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>