



PERÚ

Ministerio
de Salud

Comisión
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Nº 295 -2023-DG-INSN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 14 de Noviembre del 2023

Visto, el expediente con Registro DG-Nº19702-2023, que contiene el Memorando Nº 2438-2023-DE-INSN, con el cual se hace llegar la Guía Técnica; "Guías de Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos con patologías del sistema osteoarticular";

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales c) y d) del Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, con Memorando Nº 2438-2023-DE-INSN, la Jefe del Departamento de Enfermería remite a la Oficina de Gestión de la Calidad la Guía Técnica: "Guías de Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos con patologías del sistema osteoarticular" la cual contiene: "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Codo", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Artritis Séptica", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Fémur", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Cadera", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Osteomielitis", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Osteogénesis Imperfecta", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil" y "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Amputación";

Que, con Memorando Nº610-2023-DG/INSN la Dirección General aprueba la Guía Técnica: "Guías de Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos con patologías del sistema osteoarticular", elaborada por el equipo de enfermería del Servicio de Ortopedia y Traumatología"; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

Con la Visación de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Asesoría Jurídica, la Oficina de Gestión de la Calidad y Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar la Guía Técnica; Guía Técnica: "Guías de Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos con patologías del sistema osteoarticular" la cual contiene: "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Codo", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Artritis Séptica", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Fémur", "Guía de Cuidados de Enfermería en





PERÚ

Ministerio de Salud

Vice Ministerio de Prestación y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



Pacientes con Fractura de Cadera", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Osteomielitis", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Osteogénesis Imperfecta", "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil" y "Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Amputación", que consta de 148 páginas, elaborada por el equipo de enfermería del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en la página web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

M.C. JAIME AMADEO TASAYCO MUÑOZ
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. 18892 • R.N.E. 034554

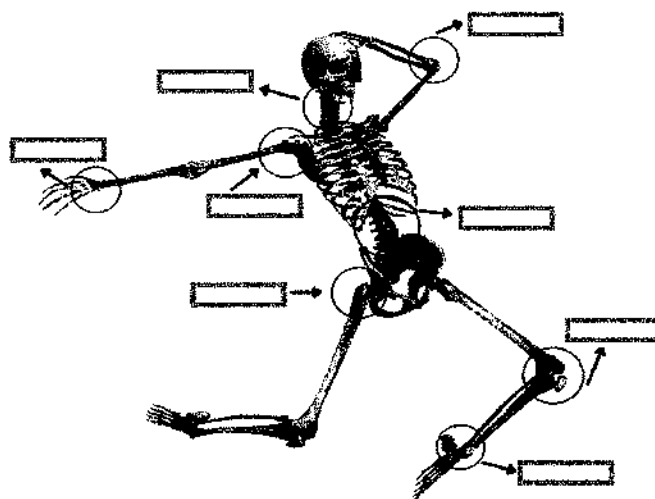


JATM/REK
DISTRIBUCION

- () DG
- () DA
- () DE
- () OEI
- () OAJ
- () OGC



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**



ARTICULACIONES

hombro cervicales lumbares muñeca
tobillo rodilla codo cadera

**GUÍA TÉCNICA: GUÍAS DE CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
PATOLOGÍAS DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR**

OCTUBRE 2023

Mg. LUZ ANGÉLICA POMA ASMAT

Jefe del Departamento de Enfermería

Autores:

Lic. Elva Aliaga Collantes

Lic. Evelyn Aparicio Duran

Lic. Giovanna Caqui Caballero

Lic. Liliam Díaz Lazo

Lic. Aladi Irigoin Falcón

Lic. Luz Menacho Velásquez

Lic. Dyana Yarleque Sernaque

Revisoras

Lic. Evelyn Aparicio Duran

Jefe de Enfermeras de Servicio de Ortopedia y Traumatología

Lic. Ericka Peña Villarreyes

Supervisora del Departamento de Enfermería

Lic. Ruth Maldonado Noel

Oficina de Gestión de Calidad

INDICE

I.	FINALIDAD.....	4
II.	OBJETIVO.....	4
III.	ÁMBITO DE LA APLICACIÓN.....	4
IV.	NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR.....	4
V.	CONSIDERACIONES GENERALES.....	5
	5.1 Definiciones operacionales.....	5
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	7
	6.1 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fracturas de Codo.....	8
	6.2 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Artritis Séptica.....	25
	6.3 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fracturas de Fémur.....	37
	6.4 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Cadera.....	54
	6.5 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Osteomielitis.....	67
	6.6 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Osteogénesis Imperfecta.....	83
	6.7 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil.....	101
	6.8 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Amputación.....	121
VII.	RECOMENDACIONES.....	137
VIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	138
IX.	ANEXOS.....	140

I. FINALIDAD

Implementar la Guía de Práctica Clínica de Enfermería en el Cuidado Enfermero a pacientes Pediátricos con patologías del Sistema Osteoarticular para la toma de decisiones sobre las intervenciones más efectivas durante el cuidado del lactante, preescolar, escolar y adolescente.

II. OBJETIVO

- Unificar criterios que permita homologar los diagnósticos de enfermería durante la atención al paciente con patologías del sistema Osteoarticular
- Brindar una atención integral y holística con evidencia científica.
- Asegurar el cuidado enfermero del paciente con una atención de calidad sin riesgos.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La guía de cuidados de enfermería se aplicará en el servicio de Ortopedia y Traumatología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

- **Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Codo**
- **Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Artritis Séptica**
- **Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Fémur**
- **Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Cadera**
- **Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Osteomielitis**

- **Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Osteogénesis Imperfecta**
- **Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil**
- **Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Amputación**

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operaciones 1, 2, 3, 4, 5, 6,7

Proceso de atención de Enfermería: Método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera.

Valoración: La valoración de enfermería es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y la respuesta a esta.

Diagnóstico Enfermero: Es el juicio clínico sobre las respuestas humanas a las condiciones de salud del individuo, familia y de la comunidad, problemas de salud vitales reales o potenciales que requieran de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuir.

Plan de cuidados de enfermería: Es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implementados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

Resultados Esperados: Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles dominios, clases, resultados, indicadores y escala de medición.

Indicador de resultado: Estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.

Intervención de Enfermería: Es todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para obtener resultados sobre el paciente/ cliente las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, así como aquellas iniciadas por la enfermera, el médico y otros proveedores de tratamiento

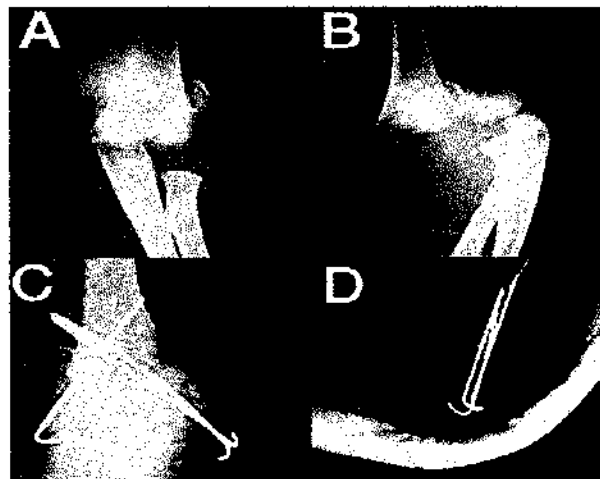
Actividades de Enfermería: Actividades o acciones específicas que las/os enfermeras/os realizan para poner en la práctica una intervención y que ayudan a los pacientes a obtener el resultado deseado.

Escala de medición: Escala tipo Likert de cinco puntos que cuantifica un resultado del paciente o un estado del indicador de forma continuada desde menos a más deseable y proporciona una puntuación en un punto de tiempo.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

- 6.1 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Codo
- 6.2 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Artritis Séptica
- 6.3 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Fémur
- 6.4 6Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Fractura de Cadera
- 6.5 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Osteomielitis
- 6.6 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Osteogénesis Imperfecta
- 6.7 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Parálisis Cerebral Infantil
- 6.8 Guía Técnica: Guía de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Amputación

6.1 GUIA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CODO



6.1.2 DEFINICIÓN

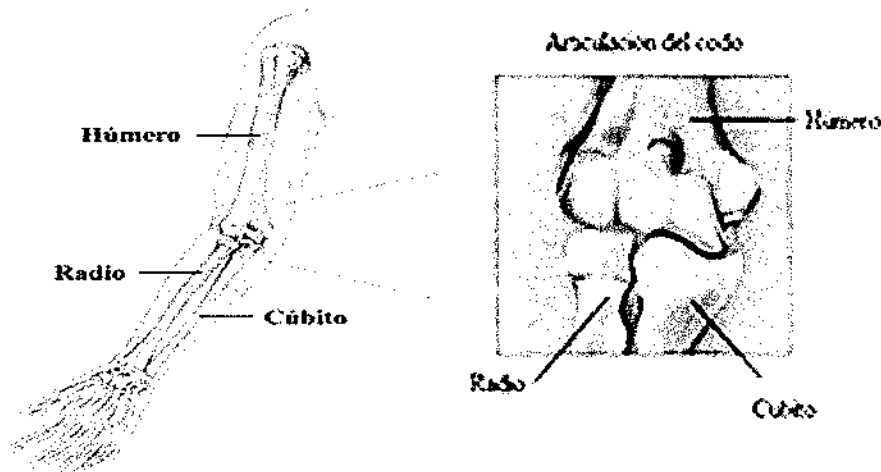
Fractura de codo es cuando se rompen uno o más de los huesos que forman la Articulación del codo son:

Húmero: Es el hueso de parte superior del brazo entre el hombro y codo

Radio: Es el hueso del antebrazo entre el codo y la muñeca es el más corto. El radio está en el lado del pulgar

Cúbito: Es el mayor de los huesos del antebrazo entre el codo y la muñeca junto al radio. El cúbito está en el lado del dedo meñique.

El niño también podría tener una fractura de Salter-Harris, que pueden comprometer el cartílago de crecimiento entre la epífisis y la metáfisis del hueso llamado epifisiolisis. ^{1, 2,5}



<https://rehabilitat.wordpress.com/2021/10/06/fractura-de-codo-en-los-ninos/>

a. FISIOPATOLOGIA

Las fracturas de codo son las más frecuentes en la población pediátrica. Se produce cuando el niño tiene el brazo extendido, la velocidad de la caída y la fuerza del golpe pueden provocar la rotura de algún hueso del codo.

El mecanismo de la lesión más frecuente es una caída sobre la mano extendida, caída directamente sobre el codo o un golpe directo que provoca una fractura de húmero distal, los pacientes suelen presentar dolor, deformidad visible y limitación de la amplitud de movimiento del codo lesionado. Esta fractura suele requerir una consulta del especialista ortopédico inmediato debido al desplazamiento de la fractura y a la frecuencia de las lesiones neurovasculares asociadas. ^{1, 3,4}

b. ETIOLOGÍA

Las fracturas de codo en niños es el 10% de todas las fracturas en la etapa pediátrica y son causadas por un traumatismo en huesos del codo que puede ser por: Una caída sobre un brazo extendido y mano, Una caída directamente sobre el codo, o un golpe directo en el codo, Torcedura del codo que supera la amplitud de movimiento normal con dolor, inflamación, moretones y rigidez. ^{2,3}

c. EPIDEMIOLOGÍA

En niños el 75% de las fracturas se producen en la región del codo el mecanismo de lesión puede ser por extensión el 95% como consecuencia de una caída sobre la palma de la mano, con el codo en extensión y el 5% por un traumatismo directo sobre el codo cuya incidencia es en la primera década de la vida de 5 a 10 años. El brazo no dominante se fractura con mayor frecuencia con predominio sexo masculino. ^{3, 6}

d. CUADRO CLINICO

- Dolor intenso y continuo a la palpación y los movimientos del codo flexión, extensión y prono – suspensión.
- Dificultad e imposibilidad de mover el brazo.
- Deformidad visible que puede generar un grado variable de edema de tejidos blandos leve, severo dependiendo del trauma y del grado del desplazamiento contusión alrededor del codo.
- Acortamiento de la extremidad.
- Crepitación en fracturas con desplazamiento.
- Alteración en la perfusión y vitalidad distal, sensibilidad, inflamación.
- Debilidad o adormecimiento en los dedos de la mano o antebrazo.
- Lesiones cutáneas como en las fracturas expuestas. ^{1,2,5}

6.1.3 POBLACION OBJETIVO

Todos los pacientes con fractura de codo que ingresan al Instituto Nacional de salud del niño Servicio de Ortopedia y Traumatología.

6.1.4 OBJETIVO

Establecer los cuidados oportunos, seguros de enfermería con evidencia científica durante la atención holística al paciente con fractura de codo minimizando los posibles riesgos.

6.1.5 PERSONAL RESPONSABLE

Jefe de Enfermeras del servicio de Ortopedia y Traumatología

6.1.6 MATERIALES

Recurso Humano.

Licenciada Especialista en Enfermería

Técnico en Enfermería

Recursos Materiales.

Historia Clínica

Notas de Enfermera, Kardex de enfermería

Materiales básicos

Materiales Básicos

Termómetro, tensiómetro, estetoscopio, pulsioxímetro, formatos de enfermería almohadillas.

6.1.7 MANUAL DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA Y FORMATO DE VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON R.D. N° 112-2022-DG-INSN ^{2,7}

a. VALORACIÓN

La valoración clínica es un proceso planificado sistemático y continuo que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona,

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD

Con alteración en sus actividades y movimientos del miembro superior, por la fractura, conoce su limitación y causa de su inmovilización del miembro superior ya sea por una caída, accidente o golpe.

PATRÓN 2: NUTRICIÓN METABÓLICA

Dependencia por inmovilización del miembro superior, requiere de ayuda para ingerir sus alimentos.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

No alterado

Dependencia para la inmovilización del miembro superior requiere de ayuda en la micción y eliminación intestinal.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO

Miembro superior afectado con deformidad visible, que genera un grado de edema de los tejidos, contusión alrededor debilidad, dificultad o imposibilidad para movilizar el brazo, dolor intenso con férula, con vendaje elástico o vendaje de yeso. Con vía periférica Inmovilidad en el miembro superior afectado por la fractura, limitación en la actividad de recreación y física, en reposo adolorido.

PATRÓN 5: SUEÑO Y DESCANSO

Intranquilo, dolorido, incómodo por la posición con inmovilidad para el movimiento del miembro afectado el cual altera su sueño y descanso.

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTIVO

Preocupado porque no puede movilizar el miembro superior afectado, temor, llanto con dolor.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

Angustiado lloroso, preocupado como va asearse, ingerir sus alimentos y la eliminación de sus necesidades básicas

PATRÓN 8: ROL RELACIONES

Temor poco comunicativo extraña su entorno familiar,

PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

No alterado

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

Preocupado, ansioso, triste por la hospitalización

Miedo por la separación de su familia en proceso de adaptación.

PATRÓN 11: VALORES CREENCIAS

Los valores pueden estar alterados en la familia

Su creencia se afianzará de acuerdo a su fe o religión.

b. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ^{5,6,7}

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CODO
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 5 Autocuidado 00108 Déficit del autocuidado: baño R/C deterioro neuromuscular, deterioro musculo esquelético, dolor	0305 autocuidados higiene	030503 Se lava la zona perineal 030504 se limpia los oídos 030506 Mantiene higiene oral 030508 Se lava el pelo 030509 Se peina o cepilla el pelo 030517 Mantiene higiene corporal	1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene • Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado • Considerar la edad del paciente • Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita el paciente • Proporcionar los accesorios de baño en la cabecera del paciente o ducha • Durante el baño evitar mojar el vendaje de yeso protegiendo la zona con un plástico. • Proporcionar ambiente que garantice una experiencia cálida, relajante privada y personalizada • Facilitar que el paciente se cepille los dientes si es el caso y/o asistirlo • Comprobar la limpieza de uñas • Controlar la integridad cutánea del paciente • Fomentar la participación de los padres si es necesario en el baño • Proporcionar ayuda hasta que el paciente pueda asumir el autocuidado	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CODO
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 5 Autocuidado 00102 Déficit del autocuidado: alimentación R/C deterioro neuromuscular, deterioro muscular esquelético, dolor.	0303 Autocuidado comer	101401 deseo de comer 101402 antojo de comida 101403 disfruta con la comida 101406 ingesta de alimentos 101407 ingesta de nutrientes 101408 ingesta de líquidos 101409 estímulos para comer	1050 Alimentación ● Identificar la dieta prescrita ● Crear un ambiente placentero ● Proporcionar una analgesia adecuada antes de las comidas según corresponda ● Proporcionar los alimentos a temperatura apetecible ● Colocar la comida al lado no afectado ● Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajación ● Ayudar y/o asistir con la ingesta de sus alimentos ● Solicitar al paciente que indique cuando termine de deglutir ● Evitar distraer al paciente durante la deglución ● Comer sin prisa ● Lavar la cara y manos después de comer ● Animar a los padres a alimentar al paciente ● Registrar la ingesta del alimento en la notas de enfermería	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a..... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CODO
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 12: CLASE :1 Concepto: Dolor 00132 Dolor agudo R/C lesión por agente físico evidenciado por: expresión facial del dolor, evidencia de dolor mediante pruebas estándares del dolor	2102) Nivel del dolor	210201 Dolor referido 210204 Duración de episodios de dolor 210206 Expresiones faciales de dolor 210208 Inquietud 210222 Agitación 210223 Irritabilidad 210225 Lagrimas 210226 Diaforesis	1410 Manejo del dolor agudo - Realizar una valoración exhaustiva del dolor, (localización, aparición, duración, frecuencia, e intensidad. - Evaluar la intensidad del dolor utilizando la escala de según edad; escala de Flacc 1m a 3 años, escala de Caras Wong-Baker 3 a 7 años, escala Numérica Walco y Howite de 8 años en adelante. (anexo 2,3) - Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse - Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor - Ofrecer distracción como ver TV leer cuentos, ofrecer juguetes, escuchar música - Brindar confort - Administrar analgésico en el horario indicado - Evaluar el efecto del analgésico. - Registrar en notas de enfermera	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS DEL SISTEMA OSTEO ARTICULARES
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CODO
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento. 00146 Ansiedad R/C crisis situacional: hospitalización, actividades no satisfechas	1211 Nivel de ansiedad	121103 Manos húmedas 121108 Irritabilidad. 121111 Conducta problemática, 121115 Ataque de pánico 121122 Pupila dilatada 121123 Sudoración 121129 Trastorno del sueño 121133 nerviosismo	5820 Disminución de la Ansiedad • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad • Explicar los procedimientos a realizar con lenguaje sencillo • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo • Escucharlo con atención • Establecer actividades recreativas • Crear un ambiente que facilite la confianza • Animar a permanecer al familiar con el paciente • Ganarse su confianza. • Cogerlo de la mano. • Acompañarlo • Ejercicios respiratorios.	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CODO
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE: I Infección 00266 Riesgo de Infección de la herida quirúrgica R/C procedimiento quirúrgico, proceso invasivo	1924 Control de riesgo Proceso Infeccioso	12426 identificar factores de riesgo de infección 12413 Desarrollar estrategias de control de riesgo 192414 Utilizar precauciones universales 192404 Identificar el riesgo de infección en la actividad diaria	6550 protección Contra la Infecciones • Observar signos y síntomas de infección localizada y sistémica • Aplicar precauciones estándares lavado de manos según los 5 (anexo 7), momentos, uso correcto de EPP, limpieza, desinfección de la unidad del paciente, esterilización de los equipos, manipulación de los dispositivos y manejo de la ropa • Administración de antibiótico según prescripción médica • Considerar los 10 correctos en la administración de medicamentos (anexo 4) • Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones • Inspeccionar la existencia de eritema, calor, exudado en la piel • Enseñar y educar a los padres sobre prevención de las infecciones como el lavado de manos social antes de tocar a su niño o niña, no manipular los equipos conectados a su paciente y comunicar cualquier duda al personal de salud.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CODO PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares (00291) Riesgo de trombosis F/R a deterioro de la movilidad física evidenciado por: C/A a dispositivo médicos(implantes metálicos)	1908 Detección de riesgo	190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo 190802 Identifica los posibles riesgos para la salud 190803 Coteja los riesgos percibidos 190813 Controla los cambios en el estado general de salud	4110 Precauciones en el embolismo • Elaborar una nota de ingreso para determinar el nivel de riesgo del paciente (cirugía reciente, fractura óseas, inmovilidad) • Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color presencia de dolor, en la extremidad afectada y temperatura de las extremidades) • Evaluar los cambios del estado respiratorio y cardiaco (disnea, taquipnea, taquicardia y síncope) • Elevar la extremidad a 20° o por encima del nivel del corazón para mejorar el retorno venoso • Tratar inmediatamente los síntomas de compromiso circulatorio y el dolor comunicando al médico • Recomendar que se realice flexión y extensión de los pies y piernas cada hora • Realizar cambios posturales recomendar movilización de acuerdo a su tolerancia • No dar masajes o compresión en los músculos de la extremidad afectada • Administrar anticoagulantes según prescripción médica teniendo en cuenta los 10 correctos • Dejar todo documentado para futuras evaluaciones en el registro de enfermería.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CODO
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 2 Actividad/ ejercicio 00085 Deterioro de la movilidad física F/R a dolor evidenciado por C/A a la alteración en la integridad de la estructura ósea	0206 movimiento articular 0214 articular Codo	020609 codo (derecho) 020610 codo (izquierdo) 021401 Extensión de 0 (d) 021402 Flexión de 160° 021403 Supinación de 90° 021404 Pronación de 90°	0910 Inmovilización • Monitorizar la movilidad en la zona distal de la lesión (movimiento de los dedos de la mano del miembro superior afectado de extensión y flexión (ayuda a reducir el hinchazón de los dedos) • Minimizar el movimiento del paciente sobre todo de la parte corporal lesionada • Colocar un cabestrillo como soporte y reducir el movimiento • Colocar una almohadilla por debajo del miembro superior afectado elevando a la altura o por encima del nivel del corazón para reducir la tumefacción o la inflamación • Inspeccionar el vendaje de yeso o elástico si hubiera signos de drenaje de la lesión (como sangrado) • Marcar todo el borde del drenaje en el vendaje para futuras valoraciones • Explicar la necesidad de limitar la actividad al paciente o familia • Identificar cualquier cambio de sensibilidad o aumento de dolor en el sitio de la fractura • Enseñar al paciente y familia a cuidar el yeso evitar mojar durante el baño. • Proteger con un plástico • Documentar el cuidado del vendaje de yeso al familiar y al paciente si la edad lo permite.	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin Desviación del rango normal Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentara....

BIBLIOGRAFIA

1. Fractura de los codos en los niños [Internet]. AAOS. 2010 [citado 1 marzo 2022]. Disponible en: <https://orthoinfo.aaos.org/es/diseases--conditions/fracturas-de-los-codos-en-los-ninos-elbow-fractures-in-children/>
2. Fracturas de codo. [Internet] POSNA.org. USA. Disponible en: <https://orthokids.org/es-mx/i-broke-my/elbow-fractures/>
3. Gomis, A. Fracturas mas frecuentes del Miembro Superior en la Infancia. [Online].; 2021 [cited 2023. Available from: https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2021/11/Sesi%C3%B3n-R1_Ana-Gomis_FRACTURAS-M%C3%81S-FRECIENTES-DEL-MIEMBRO-SUPERIOR-EN-LA-INFANCIA.pdf.
4. Fractura de codo en Niños. [Internet]. EQUIPO TRAUMATOLOGÍA. DR. SOLA. 2021 [citado 1 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.traumatologozaragoza.es/blog/fractura-codo-nino>
5. Fractura de codo en los niños [Internet]. [Citado 6 oct 2021 fractura-de-codo-en-los-nios].Disponible en: <https://rehabilitat.wordpress.com/>
6. Fracturas infantiles más frecuentes. Esguinces y epifisiolisis. [Internet]. 2019. Pediatr Integral [221.e7, 221.e8].XXIII (4): 221.e1–221.e14. Disponible en: https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii04/06/n4-221e1-14_JorgeLopez.pdf

6.2 GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS SÉPTICA



Signos y síntomas

Inespecíficos
Dolor
Limitación funcional
Fiebre
Irritabilidad
Anorexia
Signos inflamatorio locales
Pseudoparálisis



6.2.2 DEFINICIÓN

La Artritis Séptica Aguda es una invasión bacteriana de la articulación con respuesta inflamatoria secundaria. Causada por diseminación hematógena o por extensión directa de una celulitis o una osteomielitis. (won) Al ser una infección aguda de la membrana sinovial los agentes infecciosos provocan el deterioro del cartílago articular, siendo los niños más propensos que las niñas. En niños menores de 5 años, el origen hematógeno, infecciones bacterianas de vías respiratorias, migran a través del torrente sanguíneo a los diferentes órganos del cuerpo, en este caso a la articulación. ^{1,4}

Las articulaciones más frecuentemente afectadas son la cadera, rodilla y tobillo. La artritis séptica en pediatría es una emergencia ortopédica. ³

a. FISIOPATOLOGÍA

La membrana sinovial se caracteriza por ser una estructura muy vascularizada lo cual la vuelve muy sensible a las infecciones del torrente circulatorio y además es una estructura que cuenta con muy pocos mecanismos de defensa, lo que lo hace proclive a la diseminación tanto hematógena como secundario a procesos locales.

^{2, 3, 4}

b. ETIOLOGÍA

La infección hematógena es la vía más frecuente en todas las edades y casi cualquier bacteria es capaz de causar artritis séptica; en los lactantes. Los microorganismos patógenos habituales son los *estreptococos* del grupo B, los bacilos intestinales Gram negativos y *Staphylococcus aureus*. En niños menores de 5 años son: *S. aureus*, *Streptococcus piógenas* y *Kingella kingae* mientras los adultos jóvenes y adolescentes, *Neisseria gonorrhoeae* es el patógeno más frecuente. ²

c. EPIDEMIOLOGIA

En población pediátrica la incidencia anual es de alrededor de 4:100.000 niños; siendo el género masculino más propenso, las articulaciones más frecuentemente afectadas son la cadera, rodilla y tobillo. ^{2,4}

d. CUADRO CLÍNICO

En ocasiones el cuadro clínico no es tan evidente, en particular en enfermos con compromiso del sistema inmunológico, como los que sufren de afecciones renales crónicas. Síntomas locales son:

- Dolor intenso de la articulación
- Pérdida de la movilidad articular
- Aumento repentino de la temperatura local
- Imposibilidad para la marcha
- Dentro de los síntomas y signos sistémicos
- Es frecuente detectar fiebre elevada
- Compromiso del estado general
- Además del aumento significativo de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

En los recién nacidos, la clínica es totalmente inespecífica, pudiendo presentarse como una pseudoparálisis de la articulación afectada o como un cuadro séptico.^{2,3}

- **Ayudas diagnósticas:** El diagnóstico de la artritis séptica depende de un alto índice de sospecha de acuerdo a la clínica y el laboratorio, pero solo es confirmada si el cultivo bacteriano es positivo. Rx simple, ecografía y gammagrafía ósea, proteína c reactiva, velocidad de sedimentación.³
- **Tratamiento:** El tratamiento se basa en tres puntos básicos: drenaje de articulación, antibióticos endovenosos, prevención de contracturas articulares.⁴

6.2.3 POBLACION OBJETIVO

Todos los pacientes con Artritis Séptica que ingresan al Instituto Nacional de salud del niño Servicio de Ortopedia y Traumatología

6.2.4 OBJETIVO

Establecer los cuidados oportunos, seguros de enfermería con evidencia científica durante la atención holística al paciente con Artritis Séptica minimizando los posibles riesgos.

6.2.5 PERSONAL RESPONSABLE

Enfermeras del servicio de Ortopedia y Traumatología

6.2.6 MATERIALES

Recurso Humano

Licenciada Especialista en Enfermería

Técnico en Enfermería

Recursos Materiales

Historia Clínica

Notas de Enfermera, Kardex de enfermería. Formato de control de Funciones Vitales

Ropa de cama adecuada de paciente (chaqueta, pantalón, bata, solera) sabana, solera, hule, cubrecama, ropa adecuada de paciente.

Materiales Básicos

Termómetro, tensiómetro, estetoscopio, pulsioxímetro, administración de medicamentos (jeringas, , alcohol, riñonera) Bomba infusora, set de infusión y almohadillas.

Equipo de protección personal

Mascarilla, gorro, mandil descartable.

6.2.7 MANUAL DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA Y FORMATO DE VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON R.D. N° 112-2022-DG-INSN ^{2,7}

a. VALORACIÓN

La valoración clínica es un proceso planificado sistemático y continuo que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

El paciente con artritis séptica aguda (ASA) presenta incomodidad, irritabilidad, dolor, edema de la articulación afectada.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

Paciente con ASA presenta desnutrición, y anemia por lo general ataca la infección a los niños menores de 5 años.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

No comprometido

PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Paciente con ASA, presenta compromiso de las actividades, el ejercicio disminuido, por dolor e inflamación de la articulación. Comprometida.

PATRÓN 5: REPOSO Y SUEÑO

Paciente presenta alteración de sueño, por dolor, hipertermia, tratamiento endovenoso en el horario indicado.

PATRÓN 6: COGNITIVO PERCEPTUAL

Paciente por su edad puede no tener conciencia de las complicaciones o secuelas que podrían tener.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Patrón no presenta alteración

PATRÓN 8: ROL- RELACIONES

Paciente no presenta alteración.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Paciente no presenta alteración.

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente puede presentar crisis emocional, poca tolerancia de adaptación.

PATRÓN 11: VALORACIONES Y CREENCIAS

Paciente presenta actitud positiva/ negativa frente a sus problemas de dolor,
durante el proceso de enfermedad.

b. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ^{5, 6, 7}

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS SÉPTICA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12 CONFORT CLASE :1 Confort físico 00132 Dolor agudo R/C agentes lesivos. Manifestando irritabilidad, lagrimas, expresión facial.	1605 Control del dolor 2102 Nivel de dolor	210206 Expresiones faciales de dolor 210208 Inquietud 210222 Agitación 210223 Irritabilidad 210225 Lagrimas 210226 Diaforesis 210215 pérdida de apetito 210227 náuseas	(1400) Manejo del dolor • Evaluar la intensidad, frecuencia y ubicación del utilizando la escala de según edad; escala Flacc de 1ms a 3 años, escala de Caras Wong-Baker 3 a 7 años, escala Numérica Walco y Howite de 8 años en adelante. • Distracción cuentos, juguetes, ver TV, escuchar música en los niños escolares (2210) Administrar analgésico • Mantener la política y los procedimientos del instituto para la administración precisa y segura según indicación médica • Aplicar los 10 correctos. (anexo 4) • Vigilar signos vitales antes de la administración de analgésicos • Ayudar al paciente a tomar su medicación. • Evaluar el efecto del analgésico y registrar (6482) Manejo ambiental: confort. • Crear ambiente tranquilo, brindar confort, cambio y alineación corporal, proporcionar un ambiente limpio, seguro, apoyo colocando almohadas, ajustar la iluminación • Determinar fuentes de incomodidad: vendajes mojados, posición de sondas, vendajes constructivos, ropa de cama arrugada, y factores ambientales irritantes.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS SÉPTICA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE: 6 Termorregulación 00007 Hipertermia R/C infección manifestada por rubicundez, piel caliente, taquicardia taquipnea, estado de ánimo irritable.	(0800) Termorregulación (602) Hidratación	80009 Presencia de piel de gallina cuando hace frío. 080010 sudoración con el calor. 080011 Tirita con el frío. 080012 Frecuencia cardiaca radial	3740 Tratamiento de la Fiebre • Control de temperatura y otros signos vitales como; la respiración y frecuencia cardiaca • Observar el color de la piel (rubicundez). • Controlar las entradas y salidas prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos • Administrar antipirético indicado considerando los 10 correctos • Fomentar consumo de líquidos • Cubrir al paciente según fase de la fiebre • Mantener manta cálida fase de escalofríos, ropa de cama ligera para la fase de defervescencia • Aplicar baño tibio o medios físicos • Monitorización de signos vitales • Asegurar la permeabilidad de la vía aérea • Evaluar la temperatura corporal • Evaluar efecto del antipirético • Anotar en formato de Control de Funciones Vitales temperatura de fiebre y en las notas de enfermería la temperatura inicial y después.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente Comprometido 3 Moderadamente Comprometido 4 Levemente Comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS SÉPTICA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 2 Actividad/ejercicio 00085 Deterioro de la movilidad física R/C dolor, evidenciado por la disminución de la amplitud de los movimientos y disminución a la actividad física, dificultad para movilizarse.	0208 Movilidad	020801 Mantenimiento del equilibrio. 020810 Marcha. 020803 Movimiento muscular. 020804 Movimiento articular. 020802 Mantenimiento de la posición corporal.	0740 Cuidado de paciente encamado • Explicar las razones de reposo en cama al paciente según edad • Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada • Mantener la ropa de cama limpia, sin arrugas evitar usar ropa con textura áspera • Colocar al paciente en colchón neumático • Aplicar dispositivos para evitar el movimiento y el dolor (como férula). • Cambios posturales de acuerdo al estado de la piel. • Vigilar estado de la piel • Ayudar con las medidas de higiene • Ayudar en la actividad diaria, subir las barandas según corresponda. • Vigilar complicaciones del reposo en cama (hipotonía muscular).	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS SÉPTICA PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE 1 Infección 00016 Riesgo de infección F/R hospitalización prolongada y/o tratamientos invasivos	1807 Conocimiento: control de la infección. 1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo	192426 identificar factores de riesgo. 8192402 Reconocer consecuencias asociadas a la infección. 192404 Identificar riesgo de las actividades diarias. 192411 Mantiene un entorno limpio. 192417 Adapta estrategias para controlar la infección.	6540 Control de Infecciones. • Aplicar precauciones estándares (lavado de manos, 5 momentos, (anexo 7), uso correcto de EPP, limpieza, desinfección y esterilización de los equipos y dispositivos médicos y Manejo de la ropa) • Administración de antibióticos • Mantener esparadrapos limpios. • Cambio de CVP cuando se requiera. (Dolor, fluido lento, rebosamiento) • Cambio de volutrol diario • Cuidados de CVC con estándares establecido 3660 Cuidados de heridas. • Evaluación de apósitos y gasas. 4220 Cuidados de CVC y PICC. • Realizar valoración inicial fecha y hora. (anexo 1) • Vigilancia y curaciones • Mantener un buen sellado y/o infusión continua • Evaluar signos de flebitis(anexo1) • Cambio de catéter cuando se requiera. (Dolor, fluido lento, rebosamiento) registrar	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS SÉPTICA

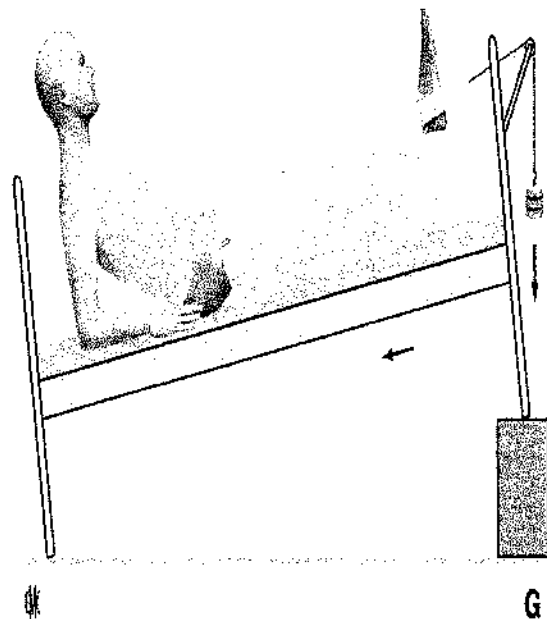
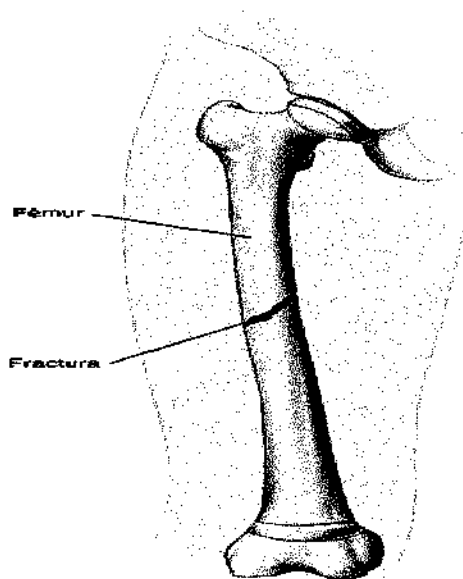
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE 2 Infección 00044 Deterioro de la integridad tisular R/C procedimiento quirúrgico.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	110101 Temperatura de la piel. (110102) Sensibilidad. (110103) Elasticidad. (110109) Grosor. (110111) Perforación tisular.	3660 Cuidados de heridas. • Cuidado de herida quirúrgica • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje color, tamaño, y olor • Evaluación de apósitos y gasas • Reforzar el apósito si es necesario. • Valorar signos de perfusión. Calor, color, edema y dolor. • Evaluar el vendaje que no esté tensionado o ajustado. • Solicitar al médico la curación si es necesario. • Registrar la fecha de curación. • Valorar dieta ofrecida hiperproteica • Control de temperatura (0840) Cambio de posición • Explicar al paciente y acompañante el cambio de posición para evitar lesiones • Colocar en posición terapéutica específica, de alineación corporal. • Inmovilizar, apoyar, elevar la parte afectada según indicación. • Evitar colocar en posición que le aumente el dolor y la tensión sobre la herida. • Elevar miembro afectado 20° ó 30° por encima del corazón para mejorar el retorno venoso	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

BIBLIOGRAFIA

1. Calvo A, Parra PKR, Navarrete FF, et al. Artritis séptica en paciente pediátrico. Salud Quintana Roo. 2021;14(45):37-41.
2. Leiva Rojas D, Zuñiga Aleman B, Suarez Gordillo J, Rojas Jara JA, Aguilar Palacios G. Artritis séptica: Revisión de la artritis séptica, generalidades. Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos [Internet]. 2022;6 (2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.413>
3. Paizano Vanega G, Araya Oviedo A, Chacón Díaz MS. Artritis séptica. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de agosto de 2021 [citado 24 de mayo de 2023];6(8):e697. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/69>
4. Gómez Y, Gómez L, Quevedo A. PAUTAS EN TRATAMIENTO EN PEDIATRÍA, [sitio en internet] 4ta Edición, editorial Universidad de Antioquia. 2008. pág. 81. - Búsqueda de Google [Internet]. Google.com. [citado el 24 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=4.+G%C3%B3mez+Y,+G%C3%B3mez+L,+Quevedo+A.+PAUTAS+EN+TRATAMIENTO+EN+PEDIATR%C3%8DA,+%5Bsitio+en+internet%5D+4ta+Edici%C3%B3n,+editorial+Universidad+de+Antioquia.+2008.+p%C3%A1g.+81.&sa=X&ved=2ahUKEwj9uuvegY7_AhX3OrkGHYq_AhQQ7xYoAHoECAgQAQ

6.3 GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR



6.3.2. DEFINICIÓN

El fémur, a pesar de ser un hueso fuerte y estar rodeado de una musculatura que lo protege, también puede fracturarse si es sometido a una fuerza elevada como puede ser una caída, un golpe y demás traumatismo ¹

a. FISIOPATOLOGÍA

Una fractura es la solución de continuidad del tejido óseo en cualquier hueso del cuerpo se produce como consecuencia de un esfuerzo excesivo que supera la resistencia del hueso, es decir es la consecuencia de una sobrecarga única o múltiple y se produce en milisegundos.

Los extremos fracturados producen una lesión de las partes blandas lo que se aumenta por el proceso de implosión de la fractura ²

b. ETIOLOGÍA

- Por un trauma directo. La fractura, es producida por un golpe directo, (punzo cortante) cuyo impacto es transmitido, directamente por la piel, tejidos blandos, intervención quirúrgica.
- Por un trauma indirecto. En las cuales el punto de fractura es por una caída, o golpe (cerrada). No hay foco de entrada a la piel, tejidos blandos. ³

c. EPIDEMIOLOGIA

Una fractura femoral es la ruptura del hueso del muslo, llamado fémur. Va desde la cadera hasta la rodilla y es el hueso más largo y fuerte del cuerpo.

La fractura de la diáfisis del fémur es más frecuente en varones. según la edad, el 11% afecta a niños menores de 2 años, el 21% entre los 3-5 años, el 33% entre los 6-12 años y el 35% los 13-18 años el presente informe de experiencia profesional titulado "cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con fractura de fémur diafisaria ⁴

d. CUADRO CLÍNICO

- Dolor local
- Edema
- Hematoma
- Deformidad (no tiene que aparecer siempre)
- Alteración de la marcha ⁵

TRATAMIENTO

El tratamiento puede incluir:

- **Férulas o yeso.** Esto inmoviliza la zona lesionada para facilitar la alineación del hueso y la curación, y la protege contra el movimiento o uso.
- **Tracción.** Tracción es la aplicación de una fuerza para estirar ciertas partes del cuerpo en una dirección específica. La tracción consiste en colocar poleas, cuerdas, pesas y un marco metálico por encima de la cama o sobre esta. El propósito de la tracción es estirar los músculos y tendones alrededor del hueso roto para permitir que los extremos del hueso se alineen y consoliden.
- **Cirugía.** Puede ser necesaria para volver a colocar en su lugar ciertos tipos de huesos rotos. En ocasiones, se emplean elementos de fijación interna (varas o grapas metálicas dentro del hueso) o externa (varas o grapas metálicas por fuera del cuerpo) para mantener los fragmentos de hueso en su lugar y permitir que se alineen y consoliden ⁷

6.3.3 POBLACION OBJETIVO

Todos los pacientes con diagnóstico de Fractura de Fémur que ingresan al Servicio de Ortopedia y Traumatología del Instituto Nacional Salud del niño

6.3.4 OBJETIVO

Establecer los cuidados oportunos, seguros de enfermería con evidencia científica durante la atención del paciente con Fractura de Fémur minimizando los posibles riesgos.

6.3.5 PERSONAL RESPONSABLE

Enfermeras del servicio de Ortopedia y Traumatología

6.3.6 MATERIALES

Recurso Humano

Licenciada Especialista en Enfermería

Técnico en Enfermería

Recursos Materiales

Historia Clínica

Notas de Enfermera, Kardex de enfermería

Materiales básicos

Materiales Básicos

Termómetro, tensiómetro, estetoscopio, pulso oximetría, formatos de enfermería

Equipo de protección personal

Mascarilla, gorro, mandil

6.3.7 MANUAL DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA Y FORMATO DE VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON R.D. N° 112-2022-DG-INSN ^{2,7}

a. VALORACIÓN

La valoración clínica es un proceso planificado sistemático y continuo que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona.

PATRÓN 1: DE PERCEPCIÓN –MANEJO DE LA SALUD.

Verbaliza dificultades con el tratamiento prescrito, busca ayuda para mantener su salud y bienestar como maneja las actividades actuales y sus planes de futuro.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABOLICO.

Puede manifestarse en ocasiones, inapetencia debido al dolor continuo, también puede incluir los patrones individuales de consumo de alimentos, y cantidad de alimentos y líquidos consumidos.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO.

Paciente no presenta alteraciones en la función urinaria, micción normal no incontinencia urinaria, excepto en las cirugías post-anestésicas

Función gastrointestinal, está comprometida la eliminación, debido a la postración puede presentar riesgo a estreñimiento

PATRÓN 4: DE ACTIVIDADES Y REPOSO.

Puede presentar limitaciones en el movimiento y debilidades musculares y actividades.

PATRÓN 5: DE REPOSO Y SUEÑO.

Puede expresar que el dolor altere su sueño, o manifieste conciliar el sueño, o ausencia de sus progenitores, o adaptación dentro de su entorno.

PATRÓN 6: PERCEPCIÓN Y COGNITIVO.

Puede expresar que su estado actual es malo, que mejorará con el tratamiento, se le observará que se encuentra preocupado por las circunstancias, piensa que nunca volverá a estar sano.

PATRÓN 7: DE AUTOPERCEPCION.

Verbaliza y evalúa al mismo tiempo su estado de salud, teniendo una negación de su enfermedad, minusvalía, tiene temor al fracaso de su estado de salud.

PATRÓN 8: DE ROL Y RELACIONES.

Cambio disfuncional, y adaptación de las actividades del cuidador, y ausencias de sus familiares.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN.

No se evidencian alteraciones.

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Manifiesta soledad, tristeza, temor, preocupación, aceptación de sí mismo.

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Los valores pueden estar alterados en la familia

Su creencia se afianzará de acuerdo a su fe o religión.

b. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ^{5, 6, 7, 8}

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 12 CONFORT CLASE 1: Confort Físico 00132 Dolor agudo R/C por agente físico (fractura) c/d evidenciado mediante pruebas estandarizadas del dolor Manifestado por expresión facial de dolor, postura para aliviar el dolor	1605 Control del dolor 2102 Nivel de dolor	210206 Expresiones faciales de dolor 210208 Inquietud 210222 Agitación 210223 Irritabilidad 210225 Lagrimas 210226 Diaforesis	1400) Manejo del dolor - Realizar una valoración exhaustiva del dolor, (localización, aparición, duración, frecuencia, e intensidad. - Evaluar la intensidad del dolor utilizando la escala de según edad; escala de Flacc 1 mes a 3 años, escala de Caras Wong-Baker 3 a 7 años, escala Numérica Walco y Howite de 8 años en adelante. (anexo 2,3) - Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse - Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor - Distracción como: cuentos, juguetes, ver TV, escuchar música - Brindar confort, cambio postural. (2210) Administrar analgésico - Mantener la política y los procedimientos del instituto, para una administración precisa y segura de medicamentos. - Aplicar los 10 correctos para la administración de medicamentos (anexo 4) - Asegurar que el paciente no tiene riesgos de alergias - Controlar signos vitales antes y después en la administración de narcóticos - Ayudar al paciente a tomar su medicación. - Documentar la respuesta del analgésico y cualquier efecto adverso	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: Actividad de reposo CLASE: 2 Actividad / ejercicio 0085- Deterioro de la movilidad física R/C pérdida de la integridad de estructura ósea (fractura). C/A a restricción de movilidad prescrita	0208 Movilidad	020801 mantenimiento del equilibrio 020815 Integridad ósea de la extremidad inferior 020802 mantenimiento de la posición corporal	0940 CUIDADOS DE TRACCIÓN / INMOVILIZACIÓN - Colocar y mantener al paciente en una alineación corporal correcta en la cama para asegurar el objetivo de la tracción cutánea - Colocar y asegurar los palos y la polea en los barrotes de la cama (medidas de tracción distal y proximal). - Colocar el kit de tracción en piel limpia y libre de laceración o herida en la piel - Asegurar que las cuerdas de tracción y las poleas cuelguen libremente sin apoyo. - Asegurarse que la cuerda y las pesas permanezcan a lo largo del eje del hueso fracturado. - Mantener la tracción alineada con apoyo de bolsas de arena en los costados supervisar el sistema de tracción una vez por turno. - Colgar la bolsa de arena según peso indicado poner fecha, hora, de inicio para ser monitoreado al incremento o disminución del peso (bolsa de arena) - Vigilar vendaje elástico por encima del vendaje adhesivo, tensión, conservación - Vigilar y proteger la piel en zona de apoyo de la tracción talón del pie (miembro inferior con fractura ósea) - Vigilar perfusión distal en la extremidad con tracción cutánea dolor, palidez, ausencia de pulsos, parestesia, presión, disminución del movimiento de los dedos.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO CLASE: 2 Función Gastrointestinal 00011 Estreñimiento FIR deterioro de la movilidad física evidenciado por la disminución de la movilidad gastrointestinal debido al reposo en cama	11015 función Gastrointestinal	101501 Tolerancia alimentos. 101503 Frecuencia de deposiciones. 101505 Consistencia de las deposiciones 101506 volumen de las deposiciones 101513 dolor. 101514 distensión abdominal	0450) Manejo del estreñimiento / impactación • Monitoreo diario de la frecuencia de evacuación intestinal en hoja grafica • Vigilar de signos y síntomas de estreñimiento/ impactación fecal • Vigilar la existencia de peristaltismo • Identificar factores que podrían causar el estreñimiento (reposo en cama, dieta, consumo de líquidos. • Comunicar en visita médica frecuencia de evacuación • Administrar ablandadores de heces y/o enema evacuante según indicación • Evaluar el efecto y registrar (1100) Manejo de la nutrición • Determinar el estado nutricional del paciente en coordinación con nutrición • Dieta rica en fibra (frutas y verduras), disminuir la ingesta de carbohidratos (4120) Manejo de líquidos. • Incrementar la ingesta de líquidos según corresponda	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a..... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento 00146 Ansiedad R/C crisis situacional: hospitalización, actividades no satisfechas.	1211 Nivel de ansiedad	21103 Manos húmedas 121108 Irritabilidad. 121115 Ataque de pánico 121123 Sudoración 121129 Trastorno del sueño 121133 nerviosismo	5820 Disminución de la Ansiedad Utilizar un enfoque sereno que de seguridad • Explicar los procedimientos a realizar con lenguaje sencillo • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo • Escucharlo con atención • Establecer actividades recreativas • Crear un ambiente que facilite la confianza • Animar permanecer al familiar con el paciente • Ganarse su confianza. • Cogerlo de la mano. • Acompañarlo • Ejercicios respiratorios.	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 4 Actividad y Reposo CLASE: 1 Sueño/Reposo 00198 Patrón sueño alterado R/C barreras ambientales ruidos, iluminación, dolor, falta de adaptación	0004 Sueño	000401 Horas de sueño. 000403 Patrón sueño 000404 Calidad de sueño 000407 Hábito de sueño 000418 Duerme toda la noche 000421 Dificultad para conciliar el sueño 000406 sueño interrumpido 0000422 Pesadillas 000425 dolor	1850 Mejorar el Sueño • Observar /registrar el patrón y número de horas del paciente • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama para favorecer el sueño) • Comprobar el patrón de sueño del paciente y evaluar las circunstancias físicas como el dolor, molestias y psicológicas como el miedo o ansiedad que interrumpa el sueño. • Ajustar el horario de la administración de medicamento para apoyar el ciclo de sueño del paciente • Tratar de disminuir ruidos externos • Mantener luz tenue o mínima, • No permitir dormir durante el día. • Identificar alguna incomformidad, preocupación • Enseñar al paciente relajación muscular auto génica • CFV en horario adecuado.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	1101 Integridad tisular piel	110113 integridad de la piel	0740: Cuidados del paciente encamado - Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. - Evitar la ropa de cama con textura áspera, mantener limpia y seca	1 Gravemente comprometido
CLASE: 2 Lesión Físico	0204 Consecuencia de inmovilidad: fisiológica.	020401 úlceras por presión.	3540 Prevención de úlceras por presión - Utilizar escala de valoración de riesgo Braden Q. (anexo 6) - Registrar el estado de la piel durante el ingreso luego a diario - Aplicar barreras de protección, colocar rodete, almohadilla, protector cutáneo, crema hidratante en (talón de miembro inferior con tracción cutánea) - Evitar el cizallamiento cama sin arrugas - Asegurar una dieta con proteínas (coordinar con nutrición) - Registrar a diario la integridad de la piel - Documentar cualquier episodio de formación de LPP, (UPP), llenado la ficha de notificación como evento adverso con su hoja de seguimiento. - Vigilar y proteger la piel las providencias óseas para prevenir LPP - Evitar el masaje en zona enrojecida	2 Sustancialmente comprometido
00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea C/A a la inmovilización física manifestado por fricción con la superficie, cizallamiento, presión sobre las prominencias óseas	1908 detección de riesgo	190801 Reconoce los signos y síntomas 190802 identifica los posibles riesgos para la salud		3 Moderadamente comprometido
				4 Levemente comprometido
				5 No comprometido
				Puntuación del Resultado DIANA
				Mantener a.... Aumentar a....

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CLASE 2: Lesión Física 00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica a C/A por: compresión mecánica (vendaje de yeso)	1908 Detección de riesgo	190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos 190802 Identifica los posibles riesgos para la salud 190813 Controla los cambios en el estado general de salud	0764: CUIDADOS DEL PACIENTE ESCAYOLADO: YESO HUMEDO • Explicar a la familia y/o paciente que sentirá calor en la zona del yeso mientras se seca. • Proteger el yeso cerca de la ingle. • Mantener los ángulos del yeso durante el periodo de secado. • Manipular la parte enyesada con las palmas hasta que el yeso esté seco para evitar provocar hendiduras • Monitorizar signos de deterioro de la circulación o función neurológica dolor, palidez, ausencia de pulso, parestesia, parálisis, presión causado por la presión del vendaje de yeso de la extremidad afectada por encima y debajo • Si hubiera signos de compromiso circulatorio, dolor comunicar al médico para evitar lesión neurovascular • Identificar cambio de sensibilidad o aumento del dolor en el sitio de la fractura. • Enseñar al paciente y familia a cuidar el vendaje de yeso y no manipular hasta lograr el secado • Registrar en las notas de enfermera	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO:11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE :2 Lesión Física 00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica a C/A a inmovilización paciente escayolado (con compresión mecánica por vendaje de yeso)	1908 Detección de riesgo	90801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos 190802 Identifica los posibles riesgos para la salud 190813 Controla los cambios en el estado general de salud	0762: CUIDADOS DEL PACIENTE ESCAYOLADO: MANTENIMIENTO • Inspeccionar el yeso si hubiera signos de drenaje de las lesiones situadas debajo del mismo. • Monitorizar signos de infección (olor fétido del yeso, eritema, fiebre). • Marcar todo el borde si hubiera drenaje en el vendaje de yeso para futuras valoraciones • Evitar humedecer el yeso, (utilizar protector para el baño • Instruir al paciente y/o familia para que no se rasque la piel debajo de la escayola con ningún objeto buscar alternativa para el rascado (aire frío de un secador de pelo) • Observar si hay grietas o roturas del vendaje de yeso • Comprobar si hay roturas o grietas en el yeso • Acolchar los bordes ásperos y las conexiones de tracción del yeso • Registrar las instrucciones de cuidados de yeso entregados a la familia y paciente	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a..... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento 00148 Temor P/R niños sometidos a procedimiento quirúrgico evidenciado por: inquietud, tensión facial, temor verbalizado, lloros	1210 Nivel de miedo	121005 Inquietud 121006 Irritabilidad 121020 Sudoración 121023 Tensión facial 121031 Temor verbalizado 121032 lloros	2930: PREPARACIÓN QUIRÚRGICA - Determinar el nivel de ansiedad o miedo del paciente y/o familia respecto del procedimiento quirúrgico. - Explicar de manera sencilla al paciente y/o familia que subirá a sala de operaciones - Apoyar al paciente con alto nivel de miedo - Animar a los padres a acompañar a SOP - Realizar ejercicios de respiración - Verificar pre quirúrgicos TC, TS, TGP, TGO, hemograma, examen de orina, perfil de coagulación, serológicos glucosa y GS) RQ, arco en "C", material de osteosíntesis derivados - Preparación física del paciente baño, recorte de uñas, retiro de esmalte, retiro de accesorios - Colocar cartel de ayunas lugar visible - Historia Clínica ordenada según Norma técnica de salud para la gestión historia clínica N° 139 - Llenar el check list de cirugía segura, reporte de alergias, brazalete - Asegurar que el sitio quirúrgico esté señalado, ayunas 6 a 8 horas	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a..... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 4 Actividad y reposo CLASE: 5 Autocuidado 00108 Déficit de autocuidado baño / higiene R/C Deterioro de la movilidad física, deterioro muscular esquelético	0305 Autocuidado: Higiene:	030501Se lava las manos 030517 mantiene la higiene corporal	1801 Ayuda con el autocuidado: Baño /higiene. • Considerar la cultura, la capacidad del paciente, la edad, al promover las actividades para ejercer el autocuidado independiente. • Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. • Equipar el coche de baño con toalla, jabón, lavatorio agua cerca de la cabecera del paciente para el baño asistido en cama, accesorios personales jabón, shampoo, cepillo dental, kolynos • Proporcionar ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante y privada. • Comprobar la limpieza de uñas • Valorar la integridad cutánea del paciente durante el baño • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. • Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. • Animar al paciente a realizar actividades al nivel de su capacidad • Fomentar la participación de los padres durante el baño	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

BIBLIOGRAFIA

1. RECOVERY. [Online].; 2021 [cited 6 de octubre 2022]. Available from:
<https://recoveryclinic.com/fractura-de-femur/>
2. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-02%20Fracturas.pdf>
(internet) citado 25 de octubre de 2022.
3. WIKIPEDIA [Online] citado 3 de noviembre 2022. Available from:
https://es.wikipedia.org/wiki/Fractura_%C3%B3sea.
4. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAC_4a7aa9278e5b75a45f52e901f3c1ad03.(internet) citado el 15 de octubre 2022
5. <https://recoveryclinic.com/fractura-de-femur/>(internet) citado 19 de octubre 2022.
6. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=fracturas-90-P05871#:~:text=Las%20fracturas%20se%20producen%20cuando,o%20patada%20directa%20al%20cuerpo>.(Internet) citado 3 de octubre 2022.
7. <https://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/diseasesconditions/pediatric/Orthopedic/90,P05871> (internet) citado 18 de octubre 2022.
8. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-con-fractura-de-femur/>

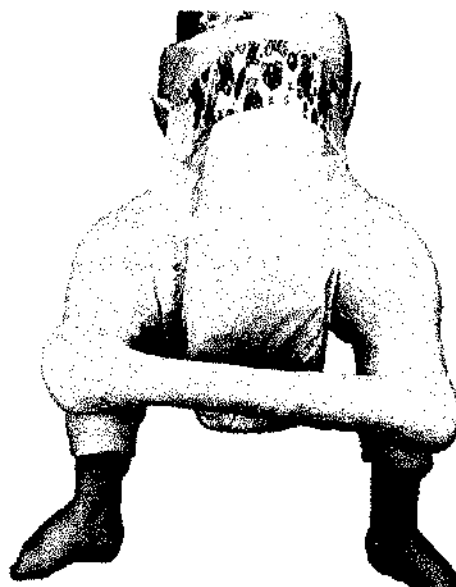
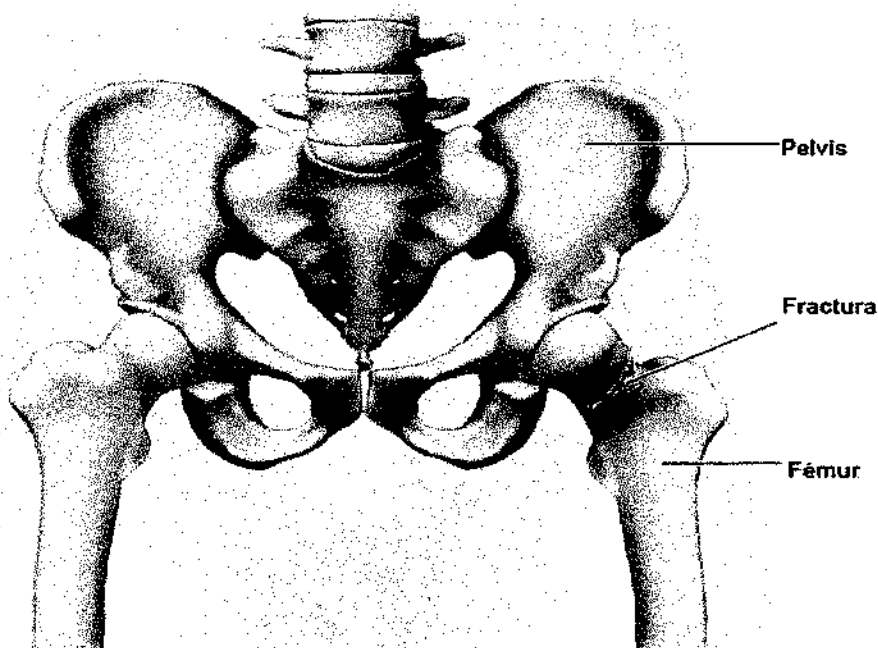
ANEXO

DEFINICIONES OPERACIONALES

1. Tensoplast: Es un vendaje elástico poroso ideal para vendaje de contener soportar y descargar lesiones leves y moderadas, como son los esguinces o roturas altas adhesividad lo que permite una fijación duradera.
2. Driza: Cuerda o cable de diferentes tamaños utilizando a través de un sistema de polea, permite la tensión y estabilidad del miembro.
3. Polea: Es un sistema de máquinas simple que funciona por tracción sirve para transmitir una fuerza y ayudarte a mover objetos pesados de una forma cómoda, consta de una rueda anclada a un eje donde gira un cordel, activan respectivamente la potencia y resistencia.
4. Arco protector: El arco protector de cama evita que el peso de las sábanas y mantas recaigan sobre los pies previniendo así el roce y evitando que se produzcan úlceras por presión en personas que pasan muchas horas en cama. Sencillo, fácil de usar y resistente.
5. Venda elástica: Es un tejido elástico que sujeta y permite el movimiento, cuya función es de proteger la piel y lesiones y heridas, favorece la circulación, permite mantener una extremidad que está entablillada mientras mejora, mantener los apósitos en su lugar.
6. Bolsa de arena: Las bolsas de arenas, son proporciones de arenas que nos van a permitir el peso (por kilos), de acuerdo al peso del paciente sea al 7% o al 10% de acuerdo a la indicación médica. Estos pesos están insertados a través de una driza y polea. Que van a proporcionar la estabilidad de una fractura de fémur

6.4 GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

Fractura de cadera



6.4.2 DEFINICION

Fractura de cadera son las fracturas que ocurren en la extremidad proximal del fémur. De acuerdo a su localización la fractura puede afectar a la cabeza femoral (fractura capital, que es muy poco frecuente), el cuello del fémur (fractura del cuello de fémur), a los trocánteres (o fracturas intertrocantéreas pertrocantéreas), al segmento del fémur situado por debajo del trocánter (fracturas subtrocantéreas) y al trocánter mayor o al trocánter menor (fracturas aisladas de los trocánteres). ²

Mientras que las fracturas del cuello de fémur son intracapsulares, en el sentido de que la línea de fractura se encuentra en el interior de una cápsula articular, las fracturas trocantéreas y subtrocantéreas son extracapsulares, ya que la línea de fractura se encuentra fuera de la cápsula de la articulación de la cadera. ¹

a) FISIOPATOLOGÍA

Mecanismo de la lesión; las fracturas en niños sin patología ósea son causadas por traumatismos de alta energía, generalmente son resultados de caídas de altura considerable, accidentes automovilísticos, lesiones deportivas o recreativas presentan dolor en la ingle o muslo con incapacidad para caminar la extremidad afectada con acortamiento y rotación externa las fracturas no desplazadas o fracturas crónicas pueden presentar solo cojera y limitación para la movilidad de la articulación. ²

- **Factores predisponentes:** Ser niñas, posiciones podálicas en el parto, primogénitas, gemelos univitelinos.
- **Factores culturales:** Vestir a los niños con la cadera en extensión (se luxa más fácilmente).
- **Factores hereditarios:** Estos factores no se consideran tan importantes.
- **Defectos de osificación del borde del acetábulo:** en el fondo acetabular se describe la presencia de una cresta que da como dos cavidades dentro del acetábulo, en lugar de tener perfil hemisférico tiene una cresta en medio (tiene como dos mini articulaciones). ⁴
- **Laxitud capsular:** capsular esta laxa y la cabeza se sale por ello. ⁴

a. ETIOLOGÍA

La mayoría de estas lesiones son consecuencia de un trauma de alta energía, como caídas de altura o accidentes en vehículos automotores. Hasta 85% se asocia con trauma facial, laceración esplénica.²⁻⁵

c. EPIDEMIOLOGÍA

Las fracturas de la cadera en el niño son raras y representan menos del 1% de todas las fracturas pediátricas. El 85% se asocia con trauma facial, laceración esplénica, hemorragia retroperitoneal y lesiones perineales. En niños con huesos anormales un mecanismo de baja energía también puede producir una fractura de la cadera. Comparadas con otras lesiones esqueléticas pediátricas, las fracturas de cadera se asocian con altos índices de complicaciones y evolución desfavorable, las más comunes: osteonecrosis, no unión o consolidación viciosa. La mala evolución funcional en los niños con fractura de cadera con frecuencia es debida a la severidad de las lesiones asociadas como lesión cerebral postraumática, y por lo tanto, no necesariamente son resultado directo de la fractura de cadera.⁵

Se trata de la lesión perinatal más frecuente del esqueleto, con una prevalencia relativamente frecuente, 1-3 por cada 1000 nacidos vivos. Es más frecuente en niñas en razón de 4:1 y afecta más a la cadera izquierda (60%) que a la derecha (20%)⁶. La afectación bilateral está presente en un 50% de los casos y si es unilateral preferentemente afecta a la cadera izquierda.⁶

d. CUADRO CLÍNICO

Los niños con fracturas de cadera presentan:

- Dolor en la ingle o el muslo
- Incapacidad para caminar
- La extremidad afectada con acortamiento y rotación externa
- Algunos casos de fractura no desplazada o incluso fracturas crónicas o inadvertidas pueden presentarse solo con cojera y limitación para la movilidad de la articulación afectada.

6.4.3 POBLACION OBJETIVO

Todos los pacientes con Fractura de Cadera que ingresan al servicio de Ortopedia y traumatología del Instituto Nacional Salud

6.4.4 OBJETIVO

Establecer los cuidados oportunos, seguros de enfermería con evidencia científica durante la atención holística en pacientes con fractura de cadera minimizando los posibles riesgos.

6.4.5 PERSONAL RESPONSABLE

Enfermeras del servicio de Ortopedia y Traumatología

6.4.6 MATERIALES

Recurso Humano

Licenciada Especialista en Enfermería

Técnico en Enfermería

Recursos Materiales

Historia Clínica

Notas de Enfermera, Kardex de enfermería

Materiales básicos

Materiales Básicos

Termómetro, tensiómetro, estetoscopio, pulso oximetría, formatos de enfermería

Almohadillas

Equipo de protección personal

Mascarilla, gorro, mandil.

**6.4.7 MANUAL DE VALORACION DE ENFERMERIA EN PEDIATRIA Y FORMATO DE
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON R.D. N°
112-2022-DG-INSN ^{2,7}**

a. VALORACIÓN

La valoración clínica es un proceso planificado sistemático y continuo que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

Es necesario que los padres de los niños tengan una adecuada información acerca de la enfermedad y así puedan mejorar la percepción y el manejo de la salud del niño.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABOLICO

No se encuentra afectado. Se mantiene con la piel tibia e hidratada.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Está comprometida la eliminación, en el caso del post operatorio,
Debido a la postración puede presentar estreñimiento

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO

Puede presentar ulceraciones en la piel por prolongación de la postración está limitada la movilización por el vendaje de yeso.

PATRÓN 5: SUEÑO DESCANSO

Es común en los niños post operados, ya que siente cierta incomodidad con el yeso y presentan irritabilidad por la misma falta de descanso.

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTIVO

El estado de conciencia no está comprometido.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

Paciente no presenta problemas con la imagen corporal, aun siendo portador de yeso.

PATRÓN 8: ROL DE RELACIONES

Como sistema de apoyo se encuentra la madre acompañante, la misma que expresa preocupación ante la situación de salud del niño.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Sexualidad de acuerdo a la edad.

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS

Lloroso, irritable, incómodo por el vendaje de yeso y la inmovilidad

PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS

La creencia depende de cada familia cómo reacciona por la enfermedad del niño.

b. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ^{5, 6, 7}

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: CLASE: 2 Concepto :movilidad 00085- Deterioro de la movilidad física R/C con pérdida de la integridad ósea (fractura) y deterioro músculo-esquelético evidenciado por, presentar limitación del movimiento (con dispositivo médico tracción cutánea)	0208 Movilidad	020801 mantenimiento del equilibrio 0208002 mantenimiento de la posición corporal 020803 movimiento articular 020617 cadera derecha 020618 cadera Izquierda	0740: Cuidados del paciente encamado - Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. - Mantener la ropa de cama limpia y seca - Colocar rodetes a nivel de los pies para evitar UPP - Vigilar el estado de la piel. 0940 Cuidados de tracción/inmovilización - Mantener la alineación corporal en la cama para fomentar la tracción. - Asegurar que las pesas se han colocado adecuadamente - Asegurar que las cuerdas y poleas cuelgan libremente y permanezcan a lo largo del eje del hueso fracturado - supervisar el sistema de tracción por turno - Vigilar la circulación, sensibilidad de la extremidad - Registrar el inicio de peso, fecha y el incremento de peso - Vigilar el estado de piel cada turno - registrar en notas de enfermería.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a..... Aumentar a.....

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 12: CLASE: 1 Concepto: Dolor 00132- Dolor Agudo R/C lesión por agente físico por; alteración en la integridad de la estructura ósea (fractura) y proceso invasivo de cirugía. manifestado por llanto, irritabilidad, y expresiones faciales	1605 Control del dolor 2102 Nivel de dolor	210206 Expresiones faciales de dolor 210208 Inquietud 210222 Agitación 210223 Irritabilidad 210225 Lagrimas 210226 Diaforesis	1400) Manejo del dolor • Realizar una valoración exhaustiva del dolor, (localización, aparición, duración, frecuencia, e intensidad. • Evaluar la intensidad del dolor utilizando la escala de según edad; escala de Flacc 1 mes a 3 años, escala de Caras Wong -Baker 3 a 7 años, escala Numérica Walco y Howite de 8 años en adelante. (anexo 2,3) • Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse • Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor • Distracción como: cuentos, juguetes, ver TV, escuchar música • Brindar confort, cambio postural (2210) Administrar analgésico • Mantener la política y los procedimientos del instituto, para una administración precisa y segura de medicamentos. • Mantener y utilizar un ambiente que garantice la seguridad del paciente. • Aplicar los 10 correctos. (anexo 4) • Vigilar signos vitales y valores antes de la administración de medicamentos. • Ayudar al paciente a tomar su medicación. Evaluar la eficacia del analgésico y registrar	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 3: CLASE: 1 Eliminación 00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C incontinencia urinaria evidenciado por presencia de catéter urinario (proceso invasivo cirugía)	0502 Continencia urinaria 0503- Eliminación urinaria	0590 Manejo de la eliminación urinaria 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria 1876 Cuidados del catéter urinario	(1876) Cuidados de catéter urinario • Determinar la indicación de catéter urinario • Aplicar la Guía Técnica: Guía de procedimiento de enfermería inserción mantenimiento y retiro del catéter vesical RD N° 232-2022-INSN-DG • Higiene de manos (anexo 7) antes, durante y después de inserción y manipulación de catéter • Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones • Asegurar que la bolsa de drenaje esté situada por debajo de la vejiga a 30 centímetros del piso. • Mantener permeabilidad del catéter • Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón • Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje, medir volumen • Aplicar las pautas de supervisión a pacientes con catéter urinario • Educar a la familia/paciente cuidados de catéter	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a..... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: CLASE: 5 Autocuidado: baño 00108- Déficit del Autocuidado R/C Dolor por el deterioro muscular esquelético (fractura)	0301 Autocuidado: Baño:	030113: Se lava la cara. 030114: se lava la parte superior del cuerpo. 030115: Se lava la parte inferior del cuerpo. 030116: Se lava la zona perineal.	1801 Ayuda con los autocuidados: Baño /higiene. • Considerar la cultura, la capacidad del paciente, la edad al fomentar el autocuidado. • Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. • Colocar toallas, jabón, desodorante, y demás accesorios necesarios a la cabecera del baño. • Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene vestirse y arreglo personal. • Comprobar la limpieza de uñas. • Valorar la integridad cutánea del paciente en el baño. • Proporcionar un ambiente terapéutico garantizado una experiencia cálida, relajante y privada. • Proporcionar objetos personales y deseados. • Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. • Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de la capacidad.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CLASE 2: Lesión Física 00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica a C/A por: compresión mecánica (vendaje de yeso)	1908 Detección de riesgo	190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos 1908002 Identifica los posibles riesgos para la salud 190803 Coteja los riesgos percibidos 190813 Controla los cambios en el estado general de salud	0762: Cuidados del paciente Escayolado: MANTENIMIENTO. • Monitorizar signos de deterioro de la circulación o de la función neurológica que podría causar el vendaje de yeso en la extremidad afectada como: dolor, palidez, ausencia de pulsos, parestesia, presión y disminución en el movimiento de los dedos) • Monitorizar la circulación y función neurológica de los tejidos por encima y debajo del vendaje de yeso • Tratar inmediatamente los síntomas de compromiso circulatorio, dolor evitar lesión neurovascular comunicando al médico • Evitar mojar el yeso cerca de la ingle colocar rodete en talón para bajar la tensión • Inspeccionar el yeso por si hubiera signos de drenaje de las lesiones situadas debajo del mismo. • Marcar la circunferencia de cualquier drenaje como indicación de futuras valoraciones. • Identificar cualquier cambio de sensibilidad o aumento del dolor en el sitio de la fractura. • Aplicar hielo en zona de incisión para reducir la tumefacción o la inflamación según indicación • Colocar el pañal por debajo del vendaje de yeso • Elevar la cabecera del paciente a 45° para evitar que la orina moje el vendaje de yeso • Enseñar a la familia a cuidar el escayolado • Registrar en las notas de enfermería.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a..... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

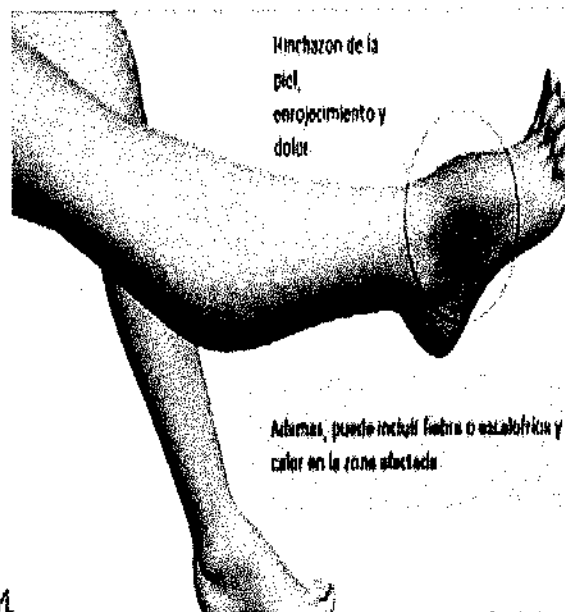
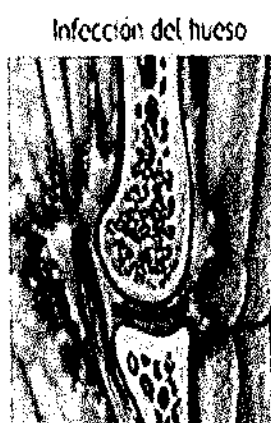
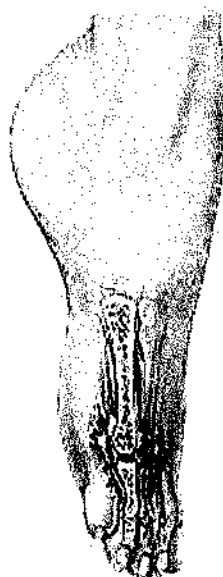
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11. CLASE: 1 Infección de Herida Quirúrgica 00216 Riesgo de Infección de herida Quirúrgica R/C procedimiento invasivo de cirugía.	1924 control de riesgo proceso infección	184201 modo de transmisión 184203 prácticas que reducen la transmisión	6550 protección Contra la Infecciones • Aplicar precauciones estándares (lavado de manos según 5 momentos, (anexo 7), uso correcto de EPP, limpieza, desinfección y esterilización de los equipos y dispositivos médicos y Manejo de la ropa) • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada • Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones • Inspeccionar la existencia de eritema, calor, exudado en la piel • Educar a los padres de familia sobre prevención de las infecciones, lavado de manos social, no manipular los equipos, no manipular la herida 3440 cuidados del sitio de incisión • Inspeccionar en sitio de inserción eritema, inflamación. Curación de herida operatoria con una solución antiséptica • Administrar antibióticos según indicación, considerar los 10 correctos. (anexo 4) • Documentar en el registro de enfermería	1 Ningún conocimiento 2 conocimiento escaso 3 conocimiento Moderado 4 conocimiento sustancial 5 conocimiento extenso Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

BIBLIOGRAFÍA:

1. Médicos P. Plan de cuidados estandarizados de enfermería en el paciente con fractura de cadera [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2018 [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-estandarizados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-fractura-de-cadera>
2. Hugo H, Navarro F. Fracturas de cadera en niños y adolescentes [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2012/ot123i.pdf>
3. Bustos López R, Piña Martínez AJ, Pastor Molina M, Benítez Laserna A, Villora Fernández MP, González Pérez AD. Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. Enferm Glob [Internet]. 2012 [citado el 19 de mayo de 2023];11(26):324–43. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200021
4. Minsa.gob.pe. [citado el 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.inr.gob.pe/transparencia/transparencia%20inr/resoluciones/2012/RD%20253-2012-SA-DG-INR%20Displasia.pdf>
5. De la cabeza del fémur 1. Luxación Congénita de Cadera 2. Necrosis Avascular. TEMAS 19 Y 20. PATOLOGÍA DE LA CADERA EN CRECIMIENTO [Internet]. Ucm.es. [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-19-20%20Patologia%20de%20la%20cadera%20en%20crecimiento.pdf>
6. Muñoz HC. Fracturas de cadera en el niño [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2009/ot093h.pdf>

6.5 GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS



#ADAM



6.5.2 DEFINICION

La osteomielitis es la inflamación y destrucción del hueso causada por bacterias, micobacterias u hongos y con menor frecuencia por parásitos y micobacterias.

Generalmente se clasifica en tres tipos teniendo en cuenta su patogenia y evolución

1. Osteomielitis aguda hematógena, es la forma más frecuente de presentación en la infancia.
2. Osteomielitis secundaria a un foco contiguo de infección: después de un traumatismo abierto, herida penetrante, herida post quirúrgica infectada, tras el implante de una prótesis, o secundario a una infección subyacente como celulitis. Es una fuente menos frecuente en niños.
3. Osteomielitis secundaria a insuficiencia vascular, rara en la infancia.

La osteomielitis puede tener una evolución aguda, subaguda o crónica en función de la virulencia del agente infectado y de la respuesta inmunológica del huésped.

El momento del desarrollo infantil en el que se producen las infecciones osteoarticulares favorece que se puedan lesionar tanto el cartílago de crecimiento como las articulaciones, pudiendo ser causa de secuelas permanentes. ^{1,2}

a. FISIOPATOLOGÍA

La osteomielitis aguda hematógena se produce en el curso de una bacteriemia sintomática o asintomática que hace llegar el agente infeccioso hasta el hueso, focalizándose generalmente en las metáfisis de los huesos largos (fémur, tibia y húmero) que está muy vascularizadas.

El microorganismo viaja hasta las redes capilares de las metáfisis óseas, donde la circulación es lenta, con posterior replicación e inflamación local.

Posteriormente viaja a través de túneles vasculares adhiriéndose a la matriz cartilaginosa, donde progresa la infección.

En niños menores de 18 meses, las metáfisis están vascularizadas a partir de vasos trans-epifisiarios, que atraviesan las epífisis, llegando al espacio articular, lo que explica que los lactantes y niños pequeños tengan mayor riesgo de desarrollar una artritis aguda como complicación de una osteomielitis. ^{1,5}

b. ETIOLOGIA

El *Staphylococcus aureus* es el organismo comúnmente más aislado de todas las Formas de osteomielitis. La osteomielitis iniciada hematógena es vista con frecuencia en niños, y casi el 90% de los casos es causada por la *Staphylococcus aureus*^{1, 5}.

c. EPIDEMIOLOGIA

La incidencia exacta de osteomielitis en la población infantil es desconocida. Se conoce que aproximadamente el 50% de los casos ocurren en los primeros 5 años de vida, que es más frecuente en niños que niñas y aunque puede afectar cualquier hueso, la localización más frecuente son los huesos largos de las extremidades inferiores.

El modo más frecuente de compromiso óseo es por diseminación hematógena, pero se reportan casos por tejidos blandos infectados adyacentes y por infección externa directa.

Un trauma previo puede desencadenar el cuadro.

Las metáfisis de los huesos largos, debido a su anatomía y gran aporte sanguíneo, son los más comprometidos.^{1,2, 5}

d. CUADRO CLINICO

La clínica de osteomielitis puede ser inespecífica, lo que a veces dificulta y retrasa el diagnóstico, especialmente en neonatos.

- Fiebre
- Dolor agudo persistente que se va incrementando en miembro afectado
- Acompañado de inflamación y enrojecimiento del tejido que está sobre el hueso.

Neonatos y lactantes:

- Edema, datos de inflamación
- Limitación funcional en la extremidad o articulación afectada sin datos de infección
- En la forma grave, datos de sepsis con rechazo a la vía oral,
- Irritabilidad, letargia,
- Fiebre, taquicardia
- Movilidad limitada, dolor a la digito presión (ejercer presión en la zona) del hueso afectado
- Edema y datos locales de inflamación en el área infectada.

Preescolares, escolares y adolescentes

- Dolor
- Limitación a la movilidad en la extremidad o articulación afectada
- Fiebre, edema, calor, eritema
- Dolor a la digito presión del hueso afectado 1,2,3,5

6.5.3 POBLACION OBJETIVO

Todos los pacientes con Osteomielitis que ingresan al Instituto Nacional Salud
Salud del niño Servicio de Ortopedia y Traumatología

6.5.4 OBJETIVO

Establecer los cuidados oportunos, seguros de enfermería con evidencia científica durante la atención holística al paciente con Osteomielitis minimizando los posibles riesgos.

6.5.5 PERSONAL RESPONSABLE

Enfermeras del servicio de Ortopedia y Traumatología

6.5.6 MATERIALES

Recurso Humano

Licenciada Especialista en Enfermería

Técnico en Enfermería

Recursos Materiales

Historia Clínica

Notas de Enfermera, Kardex de enfermería

Materiales básicos

Ropa de cama adecuada (sabana, solera, hule), sábana, colchón habitación

Materiales Básicos

Termómetro, tensiómetro, estetoscopio, pulso oximetría, formatos de enfermería

Almohadillas

Materiales para administrar medicamentos (jeringas, algodón, alcohol, set quirúrgico para curación, bomba infusora, set de infusión

Equipo de protección personal (mascarilla, gorro, mandilón)

La valoración clínica es un proceso planificado sistemático y continuo que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona.

Este patrón se encuentra alterado pues el paciente por la condición mantiene déficit de su estructura corporal, aparentando bajo peso, mal estado nutricional, decaimiento y palidez marcada en la que se encuentra muchas veces presenta desconocimiento de su proceso de enfermedad.

En cuanto a la piel, se evidencia alteraciones, deformidades

En este patrón no se presenta alteración en la micción ni incontinencia urinaria ni estreñimiento.

En este patrón se observa deficiencia motora provocando disfunción en el aparato locomotor, la cual implica ciertas limitaciones posturales, de desplazamiento y de coordinación de movimientos. El origen puede ser adquirido y se puede presentar con grados muy variables.

PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO

Este patrón se encuentra alterado por no poder conciliar el sueño de una manera adecuada y dormir lapsos largos, por presentar dolores intensos en la zona afectada en los primeros días de la enfermedad.

PATRÓN 6: COGNITIVO Y PERCEPTIVO

En inicio de enfermedad presentan dolor y alteración de imagen en la zona afectado.

PATRÓN: 7 AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

En este patrón presenta actitudes de cambios de humor como: irritabilidad, ansiedad e inquietud por el largo proceso de tratamiento que es expuesto por su patología actual y alteraciones en su imagen corporal.

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Temor, tristeza, poco comunicativo, extraña su entorno familiar, larga estancia hospitalaria

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Sin alteración.

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Presentan temor, tristeza, irritabilidad, molestias, sentimiento de abandono por larga estancia hospitalaria, miedo por su separación de su familia en proceso de adaptación.

PATRÓN 11: VALORES- CREENCIAS

Los valores y creencias pueden estar alterados en la familia

b. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ^{5, 6, 7}

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: Actividad Y Reposo CLASE: 2 Actividad/ejercicio 00085 Deterioro de la movilidad física R/C rigidez articular M/P limitación de movimiento.	0208 Movilidad 0206 Movimiento articular	020801 mantenimiento del equilibrio 020802 mantenimiento de la posición corporal 020804 movimiento articular 020806 ambulación 020809 coordinación 020611 hombro 020613 tobillo 020615 rodilla	0740 Cuidado del paciente encamado • Explicar la razón de reposo en cama y la necesidad de limitar la actividad según edad al paciente y familia • Colocar al paciente en alineación corporal adecuada • Evitar utilizar ropa de cama textura áspera • Mantener limpia la ropa de cama • Subir las barandillas de cama • Vigilar el estado de la piel • Inspeccionar el por si hubiera signos de drenaje de la lesión • Colocar en una postura erguida al paciente de forma intermitente para proteger frente a la intolerancia ortostática (mareo, náusea vértigo cuando se levante o siente) • Elevar la extremidad por encima del nivel del corazón para reducir la tumefacción o la inflamación, según indicación • Ayudar al paciente en el traslado cuando sea necesario.	Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 5 Autocuidado 00108 Déficit del autocuidado: baño R/C deterioro neuromuscular, deterioro musculo esquelético, dolor, disminución de la fuerza M/P la imposibilidad de moverse.	0305 autocuidados higiene	030102 obtiene los suministros para el baño 030501 Se lava las manos 030503 Se lava la zona perineal 030504 se limpia los oídos 030506 Mantiene higiene oral 030508 Se lava el pelo 030509 Se peina o cepilla el pelo 030517 Mantiene higiene corporal	1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene • Considerar la cultura y edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado • Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita el paciente • Proporcionar los accesorios de baño en la cabecera del paciente o ducha • Proporcionar ambiente que garantice una experiencia cálida, relajante privada y personalizada • Facilitar que el paciente se cepille los dientes si es el caso y/o asistirlo • Comprobar la limpieza de uñas • Controlar la integridad cutánea del paciente • Fomentar la participación de los padres si es necesario en el baño • Proporcionar ayuda hasta que el paciente pueda asumir el autocuidado	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 5 Autocuidado 00102 Déficit del autocuidado: alimentación R/C deterioro neuromuscular, deterioro musculo esquelético, dolor.	0303 Autocuidado comer	101401 Deseo de comer 101403 disfruta con la comida 101405 Energía para comer 101406 Ingesta de alimentos 101407 Ingesta de nutrientes 101408 Ingesta de líquidos 101409 Estímulos para comer	1050 Alimentación • Identificar la dieta prescrita • Crear un ambiente placentero • Proporcionar una analgesia adecuada antes de las comidas según corresponda • Proporcionar los alimentos a temperatura apetecible • Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajación • Ayudar y/o asistir con la ingesta de sus alimentos • Solicitar al paciente que indique cuando termine de deglutir • Evitar distraer al paciente durante la deglución, comer sin prisa • Lavar la cara y manos después de comer • Animar a los padres que alimentan al paciente • Animar a los padres que alimente a su paciente Registrar ingesta de dieta	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 12: CONFORT CLASE :1 Confort físico 00132 Dolor agudo R/C lesión por agente biológico (infeccioso en el tejido ósea), manifestado por expresión facial, lágrimas, irritabilidad del paciente	(1605) control del dolor 2102 Nivel Del dolor	160502 reconoce el comienzo del dolor 160514 describe los factores responsables del dolor 210204 Duración de episodios de dolor 210206 Expresiones faciales de dolor 210208 Inquietud 210223 Irritabilidad 210225 Lágrimas 210226 Diaforesis	1410 Manejo del dolor agudo - Realizar una valoración exhaustiva del dolor, (localización, aparición, duración, frecuencia, e intensidad. - Evaluar la intensidad del dolor utilizando la escala de según edad; escala de Flacc 1ms a 3 años, escala de Caras Wong-Baker 3 a 7 años, escala Numérica Walco y Howite de 8 años en adelante. (anexo 2,3) - Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse - Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos - Distracción como: cuentos, juguetes, ver TV, escuchar música - Brindar confort, cambio postural (2210) Administrar analgésicos - Asegurarse que el paciente no sea alérgico a Aines, opiáceos. - Mantener un ambiente que garantice la seguridad del paciente. - Aplicar los 10 correctos. (anexo 4) - Vigilar signos vitales antes de la administración del medicamento. - Evaluar la eficacia del analgésico y registrar en notas de enfermería	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA al ESTRÉS CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento. 00146 Ansiedad R/C crisis situacional: hospitalización, actividades no satisfechas	1211 Nivel de ansiedad	121103 Manos húmedas 121108 Irritabilidad. 121111 Conducta problemática, 121115 Ataque de pánico 121122 Pupila dilatada 121123 Sudoración 121129 Trastorno del sueño 121133 nerviosismo	5820 Disminución de la Ansiedad • Ofrecer un enfoque sereno que de seguridad • Explicar los procedimientos a realizar con lenguaje sencillo • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo • Escucharlo con atención • Establecer actividades recreativas • Crear un ambiente que facilite la confianza, cogerlo de la mano • Animar permanecer al familiar con el paciente • Ganarse su confianza acompañarlo • Ejercicios respiratorios de relajación (inspiración e espiración).	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 1 Sueño/reposo 00198 Patrón sueño alterado R/C barreras ambientales ruidos, iluminación, administración de tratamiento. Dolor, falta de adaptación	0004 Sueño	000401 Horas de sueño. 000402 Horas de sueño cumplidos 000404 Calidad de sueño 000407 Hábito de sueño 000418 Duerme toda la noche 000421 Dificultad para conciliar el sueño 000406 sueño interrumpido 000425 dolor	1850 Mejorar el Sueño ● Observar /registrar el patrón sueño y número de horas del paciente ● Ajustar el ambiente de (luz, ruido, temperatura, colchón para favorecer el sueño) ● Comprobar el patrón de sueño del paciente y evaluar las circunstancias físicas como el dolor, molestias y psicológicas como el miedo o ansiedad que interrumpa el sueño. ● Ajustar el horario de la administración de medicamento para apoyar el ciclo de sueño del paciente ● Tratar de disminuir ruidos externos. ● Mantener luz tenue o mínima, ● No permitir dormir durante el día. ● Evaluar si tiene dolor. ● Administrar analgésico para el dolor y CFV en horario adecuado ● Registrar en las notas de enfermera	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION CLASE:2 Lesión física 00155 Riesgo a caídas F/R deterioro de la movilidad física, disminución de la fuerza M/P dificultad en la marcha	1939 control de riesgo a caídas 1912 Caídas	193902 identificar los factores de Riesgo para evitar caídas 191204 caída de cama 191202 caída caminando	6490 prevención de Caídas - Identificar riesgo de caída con la valoración de la escala Humpty Dumpty R.D. N°240-2018-INSN-DG (anexo 5) Identificar las características del ambiente que pueda aumentar la posibilidad de caída suelos resbaladizos, camas con barandas abajo - Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir riesgos. - Movilización en silla de ruedas con sujetador y acompañamiento - Educación al paciente que pida ayuda cuando se baja de cama y al moverse - Mantener camas con barandas elevadas - Mantener vigilado al paciente - Educación a la familia sobre la importancia de mantener elevado las barandas y comuniquen cuando se retira.	1 Mayor de 10 2 7 - 9 3 4 - 6 4 1 - 3 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

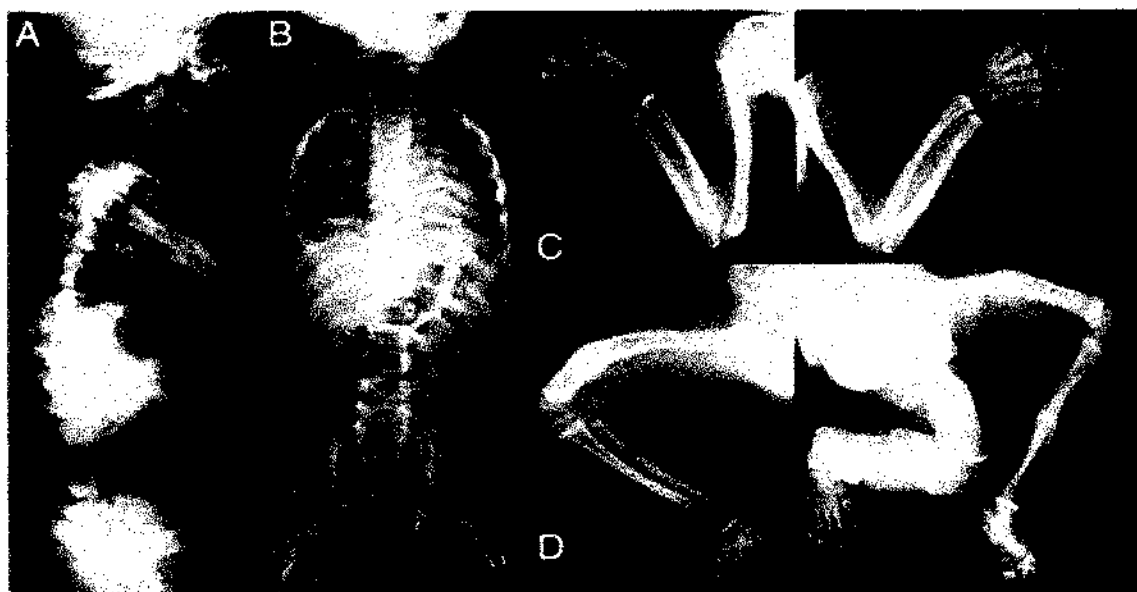
**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION CLASE:1 Infección 00004 Riesgo de Infección F/R a dispositivos invasivos a largo plazo evidenciado por: catéter venoso periférico, PICC	1924 Control de riesgo Proceso Infeccioso	12426 identificar factores de riesgo de infección 12413 Desarrollar estrategias de control de riesgo 192414 Utilizar precauciones universales 192404 Identificar el riesgo de infección en la actividad diaria	6550 protección Contra la Infecciones ● Observar signos y síntomas de infección localizada y sistémica ● Aplicar precauciones estándares lavado de manos según los 5 momentos, (anexo 7), uso correcto de EPP, limpieza, desinfección de la unidad del paciente, esterilización de los equipos, manipulación de los dispositivos y manejo de la ropa ● Administración de antibiótico según prescripción médica según los 10 correctos. (anexo 4) ● Proporcionar cuidados adecuados de la piel afecta (higiene, humectante) ● Monitorizar fecha, hora de inserción del catéter, existencia de eritema, calor. (anexo 1) ● Cambio de equipos Volutrol en tratamiento intermitente diaria y circuito cerrado cada 72 horas ● Enseñar y educar a los padres sobre prevención de las infecciones como el lavado de manos social antes de tocar a su niño o niña, no manipular los equipos conectados.	1Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a..... Aumentar a.....

BIBLIOGRAFIA

1. Guía de práctica clínica de osteomielitis. Octubre 2018.
Disponible en:
<https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2018/RD-200>
2. Osteomielitis wikipedia enciclopedia libre
Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Osteomielitis>
3. E.R. Dodwell.
Osteomyelitis and septic arthritis in children: current concepts.
Curr Opin Pediatr., 25 (2013), pp. 58-63
<http://dx.doi.org/10.1097/MOP.0b013e328352b42> | Medline
4. G Ugalde, C. Morales, D. (2014). Revisión Bibliográfica Osteomielitis.
Medicina Legal de Costa Rica. Versión virtual. (31). Recuperado desde:
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v31n1/art10v31n1.pdf>
5. Ugalde, C. Morales, D. (2014). Revisión Bibliográfica Osteomielitis. Medicina
Legal de Costa Rica. Versión virtual. (31). Recuperado desde:
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v31n1/art10v31n1.pdf>

6.6 GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA



6.6.2 DEFINICIÓN

Osteogénesis Imperfecta (OI) considerada en el grupo de enfermedades raras (huesos de cristal), es un trastorno genético que afecta principalmente a la masa ósea, provocando fragilidad y deformidad ósea. Es hereditario, el tejido conectivo está caracterizado por una formación inadecuada del hueso producido por la mutación de un gen encargado de producir una proteína esencial (Colágeno Tipo I) que es la que da rigidez a los huesos. El término osteogénesis imperfecta, en latín significa formación ósea imperfecta. ^{1,3, 5}

a. FISIOPATOLOGÍA

Antiguamente se consideraba que la OI tenía su origen en alteraciones solo del colágeno tipo I. Con los avances en biología molecular y análisis genético, se ha comprobado la presencia de alteraciones en otras proteínas que generan síndromes muy similares de OI.

En las OI tipo I hasta la IV, la base de la enfermedad es una falla en la producción y organización del colágeno, debido a distintas mutaciones de los genes del colágeno ubicados en el brazo largo del cromosoma 17 y 7 (COL1A1 y COL1A2 respectivamente) y en errores de transcripción de éste. Han sido identificadas más de 150 mutaciones específicas que pueden dañar estos genes y conducir a la OI.

La actividad de los osteoblastos es normal, pero la producción específica del colágeno tipo I se encuentra alterada, en cantidad o calidad. En la OI tipo I la alteración es en la cantidad de pro-colágeno sintetizada, siendo de aproximadamente la mitad que la de una célula normal. En los otros tipos de OI (II, III y IV) la alteración no es en la cantidad sino en la calidad del pro-colágeno sintetizado, lo que alteraría la estabilidad de las moléculas, impidiendo la formación normal de fibrillas de colágeno, siendo éstas delgadas y de distintos largos. Los proteoglicanos son normales.

El tejido óseo mantiene las proporciones de los componentes minerales y orgánicos, pero pierde la organización trabecular habitual. Los osteoblastos se encuentran en zonas de amplio material osteoide y aumentados en número. Grandes y numerosos osteocitos se encuentran rodeados de escasa cantidad de matriz. Los osteoclastos son numerosos y poseen una alta superficie de absorción ósea. Todos estos cambios son indicadores de un alto recambio óseo. ^{2, 5}

b. ETIOLOGÍA

Osteogénesis Imperfecta el 90 %, está determinado por una alteración en la formación del colágeno tipo 1 en uno o dos genes COL1A1 y COL1A2, identificado dentro de los cromosomas 17 y 7, generando la manifestación de la enfermedad denominada Osteogénesis Imperfecta. ¹

La herencia genética causado en uno de los padres afecta directamente al hijo existiendo una probabilidad que un 50% desarrolle la enfermedad tipo I y IV aparte de las variaciones genéticas, esto es heterogénica con o sin relación familiar por efecto genético de la mutación al azar. El tipo II y III, son las formas más severas. ^{1,3, 4.}

c. EPIDEMIOLOGIA

Osteogénesis imperfecta es un trastorno de fragilidad ósea más común con una incidencia de 1 en 12,000 a 15,000 en estados unidos entre 25,000 a 50,000 individuos afectados trastorno causado por las mutaciones de genes que codifican la cadena de colágeno tipo I. En la mayoría de los casos se presenta un patrón de herencia autosómico dominante.

Existen nacimientos asintomáticos con alta disposición a presentar fracturas y otros nacimientos con alto índice de mortalidad perinatal con deformidad esquelética severa, incapacidad motora y talla considerablemente baja, siendo una enfermedad hereditaria con el 50% de probabilidad de transmitir la enfermedad a sus hijos. ³

La OI ocurre con igual proporción en hombres y mujeres y con igual frecuencia en los distintos grupos étnicos. Las formas leves y moderadas de OI no afectan la esperanza de vida de los pacientes. ¹

d. CUADRO CLÍNICO

Enfermedad que hace que los huesos se rompan (se fracturen) fácilmente sus síntomas pueden ser leves o graves, dependiendo de la osteogénesis imperfecta.

Por clasificación la cual separa dicha enfermedad en diferentes tipos (I al X).

Clasificación de la enfermedad. ^{1,2,3,4,5}

TIPO I A:

- Considerada la más leve
- Fracturas a leve o moderadas
- Escleróticas azules
- Baja estatura con deformidades moderadas y laxitud articular
- Cabeza macrocefalia y cara triangular
- Un 8% de los niños sufre fractura al momento de nacer, y un 23% durante el primer año de vida
- En un 35% existe hipoacusia
- Pronóstico bueno, aunque variable alguno caso habrá múltiples fracturas y en otros no se producirá en ninguna
- Herencia autosómica dominante y de aparición a la infancia ³

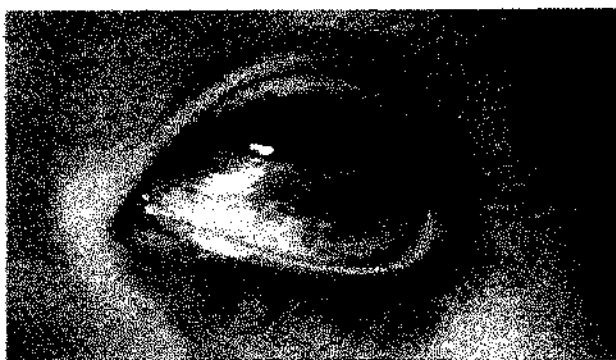
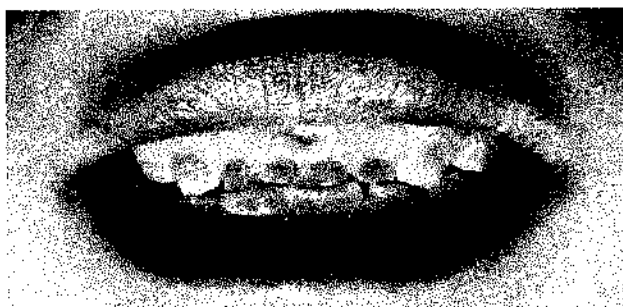


Figura 2: OI Tipo I Herreros et al (2008)

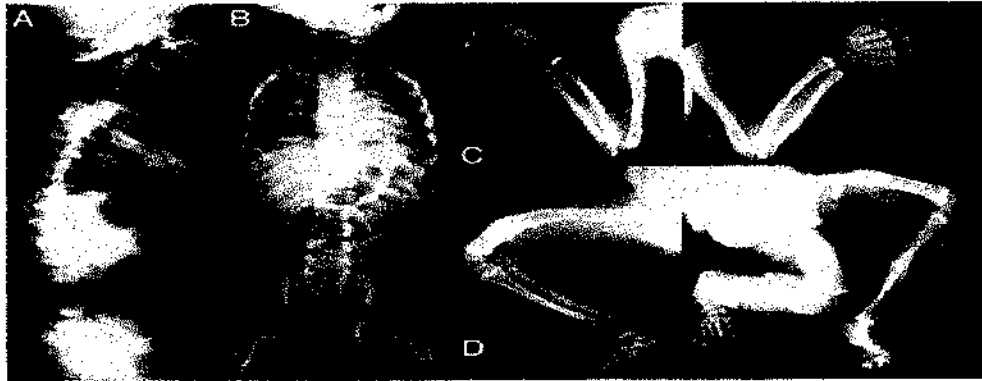
TIPO I B:

- Similar a la I A
- Se añade dentinogénesis imperfecta



Fuente: Castro (2017)

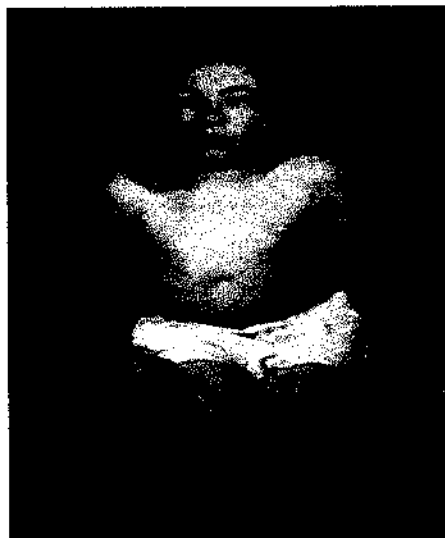
- Hipertensión pulmonar
- Herencia autosómica dominante, aunque hay una forma recesiva, aunque no es habitual a excepción a la raza negra ^{3,4}



Fuente: Capecchi al (2008)

TIPO IV:

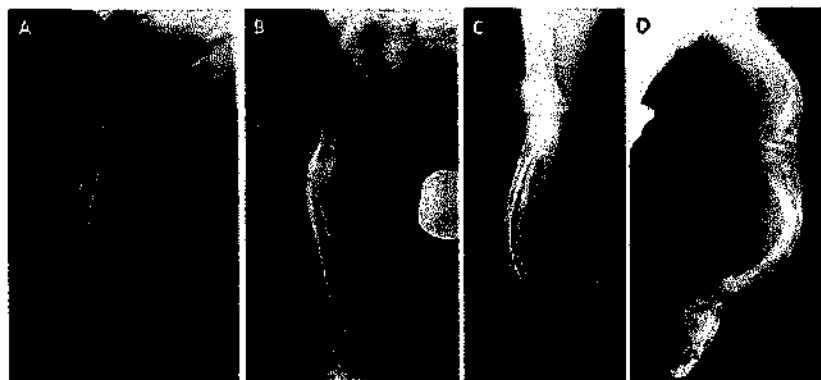
- Fragilidad ósea moderada
- Enmarcada entre la I y la III
- Escleróticas normales
- Dentinogenesis imperfecta
- Baja estatura variable por acortamiento de huesos largos
- El pronóstico en general es bueno
- Herencia autosómica dominante y aparición en la infancia ^{3,4}



Fuente: Calzado al (2022)

TIPO V:

- Si se produce fractura en huesos largos y vértebras
- Escleróticas normales
- Herencia autosómica dominante ^{3,4}



Fuente: Barton al (2019)

TIPO VI:

- Fractura entre los 4 y 18 meses de vida (No en vértebras)
- Escleróticas normales o azul claro
- De moderada a severamente deformante
- Baja estatura
- Escoliosis
- Húmero y fémur de pequeño tamaño ^{3,4}



Fuente: Rodríguez (2018)

TIPO VII:

- Parecido al tipo VI en algunos síntomas
- Otros casos parecidos a la II, pero con escleras blancas
- Cabeza pequeña y cara redonda
- Baja estatura, humero o fémur cortos
- Mutación del gen que contiene la información de la proteína, asociada al cartílago CRTAP.^{3,4}



Fuente: Sepúlveda (2017)

TIPO VIII:

- Similar al tipo grave II y III, en apariencia excepto las escleras son blancas
- Deficiencia grave del crecimiento
- Nivel de mineralización muy débil ^{3,4}

TIPO IX

Autosómico recesivo de OI condiciona mutación homogamética en el gen ppIPS cromosoma 1 -15q. ^{3,4}

TIPO X:

Es la forma autosómica recesivo causado por una mutación homocigótica en el gen SERPINH 1 en cromosoma 11q 135 con síntomas de deformación ósea- fracturas múltiples osteopenia generalizada, dentinogénesis imperfecta y escleróticas gris.

6.6.3 POBLACION OBJETIVO

Todos los pacientes con Osteogénesis Imperfecta que ingresan al Instituto Nacional salud del niño Servicio de Ortopedia y Traumatología.

6.6.4 OBJETIVO

Establecer los cuidados oportunos, seguros de enfermería con evidencia científica durante la atención holística al paciente con Osteogénesis Imperfecta minimizando los posibles riesgos.

6.6.5 PERSONAL RESPONSABLE

Enfermeras del servicio de Ortopedia y Traumatología

6.6.6 MATERIALES

Recurso Humano

Licenciada Especialista en Enfermería

Técnico en Enfermería

Recursos Materiales

Historia Clínica

Notas de Enfermera, Kardex de enfermería

Materiales básicos

Cama con barandas, peldaño, silla de ruedas

Materiales Básicos

Termómetro, tensiómetro, estetoscopio, pulso oximetría, formatos de enfermería

Almohadillas

Equipo de protección personal (mascarilla, gorro, mandilón)

6.6.7 MANUAL DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA Y FORMATO DE VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON R.D. N° 112-2022-DG-INSN ^{2,7}

a. VALORACIÓN

La valoración clínica es un proceso planificado sistemático y continuo que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD

Acepta y reconoce su enfermedad y refiere que todo su cuerpo le duele con estatura pequeña para su edad.

PATRÓN 2: NUTRICIÓN

Piezas dentarias en mal estado de conservación debido a la enfermedad, requiere de dieta blanda a traumática balanceada rica en fibra, proteína, vitamina y calcio.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN INTERCAMBIO

No hay alteración en la función urinaria

Función gastrointestinal está alterada por la disminución de la motilidad intestinal
La falta de nutrientes en fibra.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIOS

Mantiene reposo movilización limitada, ejercicios limitados, se transporta con ayuda de accesorios silla de ruedas, bastón.

PATRÓN 5: SUEÑO Y DESCANSO

Sueño intermitente, reacciona al dolor y estímulos mínimos

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERSPECTIVO

Verbaliza en cuanto a la enfermedad y manifiesta en cuanto a su entorno.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

Reacciona a su enfermedad y lo verbaliza. Temor a la manifestación de su cuerpo.

PATRÓN 8: ROL DE RELACIONES

Se relaciona con facilidad, se acepta, asimismo.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Reconoce su sexo.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Manifiesta cierto grado de inseguridad y temor a los procedimientos, miedo a caerse por el riesgo a fractura, ansiosos.

PATRÓN 11: VALORACIÓN Y CREENCIAS

En cuanto a su enfermedad se siente que no es valorado y en cuanto a la religión es de acuerdo a la ideología de los padres

b. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ^{5,6,7}

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: Seguridad / Protección CLASE 2: Lesión Física 0038 Riesgo de traumatismo físico F/R deterioro del equilibrio postural, antecedentes de traumatismo físico manifestado por enfermedad osteogénesis imperfecta (fragilidad fractura de huesos y deformidad ósea)	1809 conocimiento: seguridad física infantil	180101 Actividades apropiadas para el nivel de desarrollo del niño	6486 Manejo ambiental: seguridad - Identificar las necesidades de seguridad del paciente según el nivel físico, cognitiva y el historial - Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente - Barandas elevadas y mantener con frenos la cama - Acudir a llamado del paciente - Eliminar factores de peligro - Disponer dispositivos adaptativos para aumentar la seguridad (silla de ruedas seguras, utilizar sujetadores no muy ajustados, camilla con barandas elevadas, peldaño para subir o bajar de la cama por el tamaño del paciente lo necesita) - Brindar al paciente y familia ambiente seguro - Mantener la unidad del paciente libre de objetos como bombos, soportes - En todo momento buscar el acompañamiento del personal de salud - Educar a la familia la seguridad - Documentar intervención	1 Ningún conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 3 CLASE 2 Concepto: estreñimiento 00015 Riesgo de estreñimiento F/R deterioro de la movilidad física manifestado por activador física insuficiente	1902 Control del riesgo	190220 Identifica los factores de riesgo 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	0450 Manejo del estreñimiento/ impactación • Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma volumen, color a diario • Vigilar de signos y síntomas de estreñimiento/ impactación fecal • Vigilar la existencia de peristaltismo • Identificar los factores (medicamentos, reposo, dieta) que pueden ser causa o que contribuyen • Registrar volumen, frecuencia y consistencia de las heces • Comunicar al médico de visita • Administrar ablandador de heces según indicación • Administrar enema evacuante • Registrar efectividad • Coordinar con nutrición para su dieta con fibra • Incremento de líquidos • Documenta la intervención en los registros de enfermería	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO:11 SALUD / PROTECCIÓN CLASE 2: Lesión física 00046 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea F/R debido a la disminución de la actividad e inmovilización física.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosa	110102 sensibilidad. 110104 hidratación. 110106 transpiración. 110111 perfusión tisular. 110113 integridad de la piel. 110115 lesiones cutáneas.	6482 Manejo ambiental: confort - Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad del paciente (limpieza corporal, cabello, cavidad bucal y genitales) - Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad alineación corporal, apoyo con almohadas, - Vigilar la piel por si hubiera signos de presión o irritación - Evitar exponer la piel y mucosas a factores irritantes (orina, heces o drenajes) 3540 Prevención de úlcera por presión - Valorar riesgo de LPP con escala de Braden Q. (anexo 6) - Registrar estado de la piel al ingreso - Aplicar barreras de protección, colocar rodete, almohadilla, protector cutáneo, crema hidratante en prominencias óseas y/o zonas de apoyo, - Evitar el cizallamiento y fricción de la ropa de cama sin arrugas evitar humedad, transpiración, incontinencia - Asegurar una dieta con proteínas (coordinar con nutrición) - Registrar a diario la integridad de la piel	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a....

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO : 12 CONFORT.	1605 Control del dolor	160502 reconoce el comienzo del dolor.	1400) Manejo del dolor ● Realizar una valoración exhaustiva del dolor, (localización, aparición, duración, frecuencia, e intensidad. ● Evaluar la intensidad del dolor utilizando la escala de según edad; escala de Flacc 1 mes a 3 años, escala de Caras Wong-Baker 3 a 7 años, escala Numérica Walco y Howite de 8 años en adelante. (anexo 2,3) ● Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse ● Distracción como: cuentos, juguetes, ver TV, escuchar música ● Brindar confort, cambio postural	1 Nunca demostrado
CLASE 1: Confort / físico		160516 describe el dolor.		2 Raramente demostrado
00132 dolor agudo F/R lesiones por agentes físicos procedimiento quirúrgico, fractura de huesos evidenciado por expresión facial, irritabilidad gemidos.	2102 Nivel del dolor	210204 duración de los episodios de dolor. 210217 gemidos y gritos. 210206 expresiones faciales del dolor 210223 irritabilidad. 210225 lagrimas. 210226 diaforesis.	(2210) Administrar analgésico ● Mantener la política y los procedimientos del instituto, para una administración precisa y segura. ● Mantener y utilizar un ambiente que garantice la seguridad del paciente. ● Aplicar los 10 correctos. (anexo 4) ● Vigilar signos vitales antes de la administración de medicamentos. ● Ayudar a tomar su medicación. ● Evaluar, registrar eficacia del analgésico.	3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO : 11 SALUD /PROTECCION CLASE 2: Lesión física 00306 Riesgo de caídas en niños F/R a deterioro de la movilidad física con C/A a enfermedad músculo esqueléticas (osteogénesis imperfecta huesos de cristal)	1939 Control del riesgo: caídas.	193903 reconoce los riesgos que puede ocasionar caída 193911 mantener las vías sin objetos 193917 utiliza dispositivos 193920 Utiliza silla de ruedas de forma segura	6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS • Identificar el riesgo de caída con la valoración de la escala Humpty Dumpty R.D. N°240-2018-INSN-DG. (anexo 5) • Semaforización con puntuación obtenida • Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de movilizarse • ayudar a la deambulación del paciente con los medios seguros como la silla de ruedas con sujetadores • Bloquear las ruedas de las sillas, camas, u otros dispositivos en la transferencia de paciente. • colocar objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. • Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse si lo precisa. • Mantener barandas elevadas • Educar a la familia sobre los riesgos de caída y que debe comunicar al momento de retirarse	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

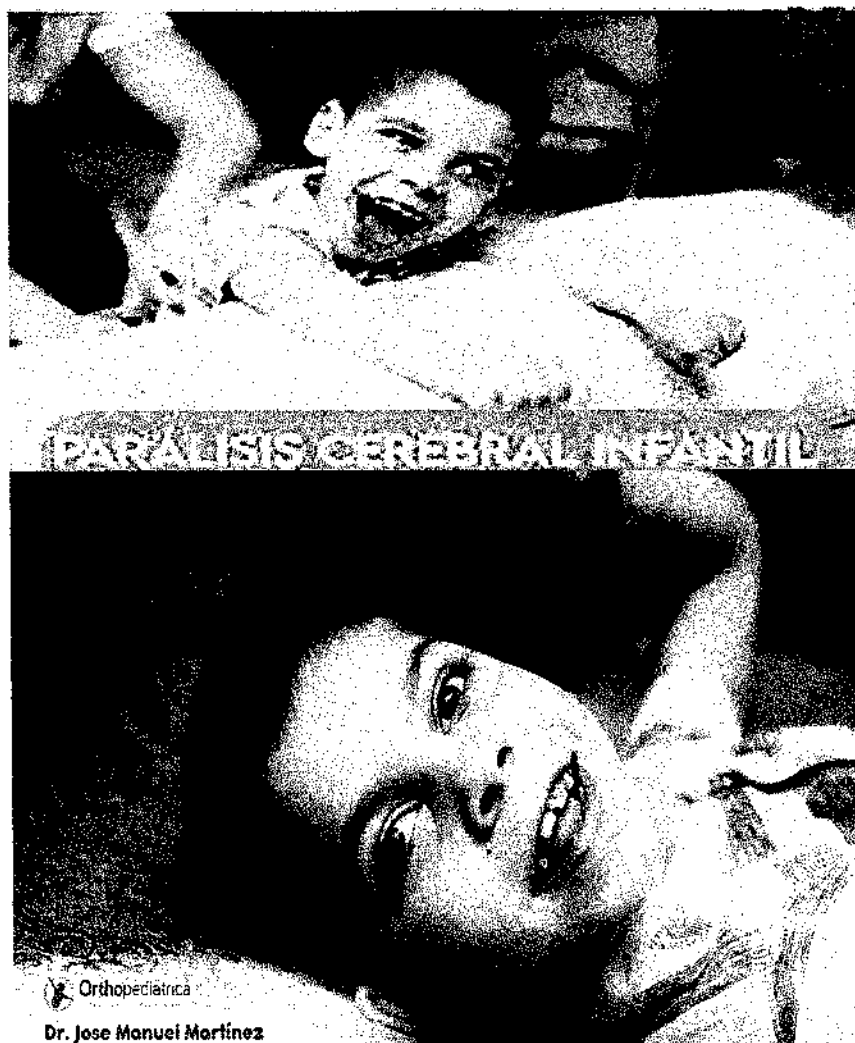
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS DEL SISTEMA OSTEÓ ARTICULARES

			ALTA • Educar a la familia sobre la importancia de prevenir las caídas por su enfermedad • Utilizar la técnica adecuada levantar al paciente de la parte de los glúteos y espalda con la mano extendida NUNCA de las axilas y tobillos para movilizar • Disponer un asiento de baño elevado para que la transferencia sea más sencilla. • Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo. • El alto de la cama debe ser adaptada y baja para evitar caídas de la cama. • Utilizar peldaños para subir o bajar de la cama • Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. • Disponer superficies de suelo antideslizante anti caídas. • Disponer un mueble firme que no se caiga si se utiliza como apoyo. • Sugerir el uso de calzado seguro.	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....
--	--	--	--	---

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Chimbo T, Fernando P, Toala R, Jefferson O, Faviola AE, Pinto J, et al.
Osteogénesis imperfecta: revisión de la literatura actual
[Internet]. www.bvsalud.org. [citado el 23 de mayo de 2023]. Disponible en:
<https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/czvncCCC>
- 2.- Aeped.es. Osteogénesis imperfecta Sociedad Española 2020
Disponible en: [Citado el 23 de mayo de 2023]. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/30_osteogenesis_imp.pdf
- 3.- Imperfecta O. Las osteogénesis imperfectas Revisión del tema [Internet].
Una.py.
[Citado el 23 de mayo de 2023]. Disponible en:
<http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v35n1/v35n1a07.pdf>
- 4.- Flickr S es. ¿Cuáles son los síntomas de la osteogénesis imperfecta (OI)?
[Internet]. <https://espanol.nichd.nih.gov/>. [Citado el 23 de mayo de 2023].
Disponible en:
<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/osteogenesisimp/informacion/sintomas>
- 5.- NIAMS. Osteogénesis imperfecta [Internet]. Instituto Nacional de Artritis y
Enfermedades Musculo esqueléticas y de la Piel. 2017 [citado el 23 de mayo
de 2023]. Disponible en: <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/osteogenesis-imperfecta>

6.7 GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL



6.7.2 DEFINICIÓN

La parálisis cerebral infantil (PCI) o encefalopatía estática es una serie de trastornos del neurodesarrollo, más concretamente neuromotor que producen anomalías de la postura, tono muscular y coordinación motora, debido a una lesión que afecta el cerebro. Se clasifica en Espástica, Atetósica, Atáxica y Mixta.

La parálisis cerebral (pc) es la discapacidad más frecuente en la infancia. Los niños suelen presentar malnutrición, debida en parte al compromiso motor que genera alteraciones en la deglución. ^{1,4,5}

a. FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología de la PC comprende muchos puntos oscuros. Se citan algunos hechos establecidos. Encefalopatía hipóxico - isquémica perinatal: los datos de la clínica, de la neuropatología y de la experimentación animal han permitido demostrar que las lesiones cerebrales perinatales, susceptibles de dar lugar a PC, son el resultado de una isquemia cerebral cuya causa esencial es la hipoxia e isquemia y en menor grado, consecuencia de hemorragias cerebrales. En el período perinatal, es la asfixia neonatal o asfixia perinatal, cuyos componentes biológicos esenciales son la hipoxia, hipo-hipercapnia y la acidosis, quien lleva a modificaciones de la circulación cerebral provocando isquemia. Asfixia intrauterina: el mecanismo de producción de las lesiones es idéntico al del período neonatal.

Causas posnatales: meningoencefalitis, traumatismo cráneo cerebral, estado epiléptico, deshidratación aguda severa. Para otros autores la fisiopatología es anátomo neurofisiológica y la explican cómo alteraciones motoras que resultan del efecto anatómico y electrofisiológico sobre las neuronas somáticas y autónomas localizadas en la corteza motora, ganglios basales y cerebelo. ¹

b. ETIOLOGÍA

La PC puede derivar de cualquier evento que altere el desarrollo del cerebro fetal o neonatal. Las principales causas y factores de riesgo relacionados aparecen en la: prenatales, perinatales y postnatales. ³

Prenatales:

- Factores maternos: Ingesta de tóxicos Infección intrauterina Traumatismo Disfunción tiroidea, HTA Alteraciones de la coagulación Enfermedades autoinmunes Fecundación in vitro o técnicas de reproducción asistida.
- Factores placentarios: Trombosis/oclusión, hipo perfusión.
- Infección/inflamación.
- Factores fetales: Malformaciones SNC Eventos vasculares SNC Síndrome genético Enfermedad metabólica CIR Gestación múltiples.

Perinatales:

Desprendimiento de placenta Corioamnionitis Prematuridad, bajo peso Infección SNC o sistémica Hipoglucemia grave/mantenida Hiperbilirrubinemia Hemorragia intracraneal Hipoxia neonatal Crisis neonatales.

Post natales:

Infecciones Traumatismo craneal Parada cardiorrespiratoria Intoxicación Deshidratación grave Estatus convulsivo Asfixia ¹

c. EPIDEMIOLOGIA

En general los factores pre- perinatales son el 85% de las causas de parálisis cerebral (PC) congénita y los posnatales el 15% de las PC adquiridas. El riesgo de presentación de este síndrome es 30 veces mayor en el niño prematuro. ^{1,5}

La incidencia de enfermedades neurológicas en el Perú, muestran que la parálisis cerebral constituye el 2 % de las neuropatías durante la infancia. ¹

La PC es una de las enfermedades más prevalentes y la causa de discapacidad más frecuente en pediatría, sobre todo en países desarrollados. ^{1,3}

TIPOS CLINICOS

PCI Tipo Hemiplejía Espástica Congénita: afectación motora unilateral, habitualmente asintomática en el período neonatal, Se observa debilidad unilateral de predominio distal y espasticidad.

PCI Tipo Diplejía Espástica Congénita: afectación motora bilateral, con miembros inferiores más afectados que los superiores. Dos formas: **Diplejía espástica y atáxica.** **Diplejía Espástica** el signo más sobresaliente es el aumento del tono muscular en las extremidades inferiores la **Diplejía Atáxica**, se asocia un componente atáxico, temblor e inestabilidad del tronco.

PCI Tipo Cuadriplejía Espástica Congénita: se caracteriza por espasticidad bilateral que predomina en miembros superiores y afectación de la musculatura bulbar. Ausencia de habla y disartria importante y alteraciones perceptivas sensoriales. Las formas clínicas son: tetraplejía, diplejía, triplejía, hemiplejía, monoplejía.

PCI Tipo Disquinesia o Atetosis Congénita: a los cinco a diez meses suelen aparecer los primeros síntomas (excesiva apertura bucal, hipotonía general con hiperreflexia) seguida de movimientos involuntarios de miembros. Hay tres formas clínicas: coreoatetósica, distónica y mixta.

PCI Tipo Atáxica Congénita: signos y síntomas cerebelosos presentes. La mayoría suelen presentar hipotonía en la época de lactancia y retraso madurativo motor. Los primeros síntomas suelen ser oscilación del tronco para intentar mantener la sedestación.

PCI Tipo Hipotonía Congénita: es poco frecuente y los lactantes presentan hipotonicidad y debilidad de las piernas. ^{1,4}

d. CUADRO CLINICO

Sus manifestaciones clínicas son de forma variada, no todas se dan de igual manera y va a depender del tipo, la localización, la amplitud y la difusión.

- Alteración postural que suelen ir acompañado de trastornos de la cognición (déficit intelectual), comunicación, sensorial y crisis convulsiva, lo que afecta la calidad de vida de los niños
- Como son la falla en el progreso del desarrollo a una edad determinada, el desarrollo asimétrico del movimiento

- Tono o reflejos, pérdida de habilidades previamente adquiridas, pobreza de interacción social y psicoafectividad .
- El desarrollo sensorial cumple un papel indispensable y se debe evaluar al niño muy pequeño, quien debe ser capaz de responder a estímulos visuales y auditivos en forma adecuada en el primer trimestre de vida;
- Finalmente, una curva anormal de crecimiento craneal es otro signo de alarmas relevantes.
- Rigidez muscular y reflejos exagerados (espasticidad), los trastornos del movimiento más comunes
- Variaciones en el tono muscular, como ponerse demasiado rígido o demasiado blando
- Músculos rígidos con reflejos normales (rigidez)
- Falta de equilibrio y coordinación muscular (ataxia)
- Temblores o movimientos involuntarios bruscos
- Movimientos lentos y de contorsión
- Favorecer un lado del cuerpo, como alcanzar cosas solo con una mano o arrastrar una pierna al gatear
- Dificultad para caminar, como caminar sobre los dedos de los pies, una marcha en cuclillas, una marcha en forma de tijera con las rodillas cruzadas, una marcha ancha o una marcha asimétrica
- Dificultad con la motricidad fina, como abotonar la ropa o recoger utensilios

6.7.3 POBLACION OBJETIVO

Todos los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil que ingresan al Instituto Nacional Salud del Niño Servicio de Ortopedia y Traumatología

6.7.4 OBJETIVO

Establecer los cuidados oportunos, seguros de enfermería con evidencia científica durante la atención holística al paciente con Parálisis Cerebral Infantil minimizando los posibles riesgos.

6.7.5 PERSONAL RESPONSABLE

Enfermeras del servicio de Ortopedia y Traumatología

6.7.6 MATERIALES

Recurso Humano

Licenciada Especialista en Enfermería

Técnico en Enfermería

Recursos Materiales

Historia Clínica

Notas de Enfermera, Kardex de enfermería

Materiales básicos

Cama con barandas, peldaño, silla de ruedas

Materiales Básicos

Termómetro, tensiómetro, estetoscopio, pulso oximetría, formatos de enfermería

Almohadillas

Equipo de protección personal:

Mascarilla, gorro, mandil.

6.7.7 MANUAL DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA Y FORMATO DE VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON R.D. N° 112-2022-DG-INSN ^{2,7}

a. VALORACIÓN

La valoración clínica es un proceso planificado sistemático y continuo que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD

Padece parálisis cerebral de nacimiento a veces experimentan episodios de convulsiones

PATRÓN 2: NUTRICIÓN

Adelgazados piel seca, reflejo de succión y deglución débil difícil de alimentar se inquietan al momento de comer, muchas veces no abren la boca para recibir su dieta, piezas dentarias en mal estado de conservación

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN INTERCAMBIO

Pacientes no tienen control en los esfínteres urinario y gastrointestinal usan pañales con dependencia al cambio

PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIOS

No puede caminar, tiene dependencia total para movilizarse, articulaciones rígidas, paciente se mantiene en cama o silla de ruedas.

PATRÓN 5: SUEÑO Y DESCANSO

Sueño intermitente, reacciona al dolor y estímulos mínimos

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERSPECTIVO

Verbaliza a veces para el equipo de salud no se deja entender familiar entiende sus verbalizaciones, alteración sensorial está presente lo que le dificulta poder aprender a comunicarse con normalidad expresando sus emociones con movimientos.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

Se evalúa el aspecto del paciente, animo

PATRÓN 8: ROL DE RELACIONES

La comunicación es difícil y varía a veces están tristes, alegres

PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

No esta alterado

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Lloros, quejumbroso, extrañan su entorno

PATRÓN 11: VALORACIÓN Y CREENCIAS

La religión es de acuerdo a la ideología de los padres

b. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA 5, 6,7

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE: 2 Lesión física 00039 Riesgo de aspiración F/R limpieza ineficaz de las vías aéreas m/p acúmulo de secreciones dificultad para deglutir evidenciando en neumonía espirativa	1935 Control de riesgo: aspiración	193502 Identifica los factores de riesgo de aspiración	3160 Aspiración de secreciones • Usar precauciones universales lavado de manos, (anexo 7) usar equipo de protección personal (guantes, gafas, y mascarilla) • Determinar la necesidad de la aspiración oral • Auscultar los ruidos respiratorios antes y después de la aspiración • Informar al paciente según edad y familia sobre procedimiento aspiración de secreciones • Utilizar material desechable para cada procedimiento (sonda de aspiración), limpieza del equipo • Monitorizar el estado de oxigenación del paciente con los niveles de saturación • Basar la duración de cada aspiración en la necesidad de extraer las secreciones y la respuesta del paciente • Controlar y observar, cantidad y consistencia de las secreciones • Registrar intervención en las notas de enfermería	1 nunca demostrado 2 raramente demostrado 3 a veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 3: Eliminación e intercambio CLASE: 1 Función urinaria 00297 Incontinencia urinaria asociada a discapacidad R/C disfunción cognitiva m/p la parálisis cerebral infantil evidenciado por presencia de catéter urinario (procedimiento quirúrgico)	0503 Eliminación urinaria	050301 Patrón de eliminación 050303 Cantidad de orina	(1876) Cuidados de catéter urinario • Determinar indicación de catéter urinario • Aplicar la Guía Técnica Guía de procedimiento de enfermería inserción mantenimiento de y retiro del catéter vesical RD N° 232-2022-INSN-DG • Higiene de manos antes, durante y después de manipulación de catéter, (anexo 7) • Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones • Asegurar que la bolsa de drenaje esté situada por debajo de la vejiga a 30 centímetros del piso. • Mantener permeabilidad del catéter • Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón • Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje, medir volumen • Aplicar las pautas de supervisión a pacientes con catéter urinario • Educar a la familia/paciente cuidados de catéter • Registrar inicio / retiro de catéter urinario	1 gravemente comprometido 2 sustancialmente comprometido 3 moderadamente comprometido 4 levemente comprometido 5 no comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12: CONFORT CLASE :1 Confort físico 00132 Dolor agudo R/C agente lesivo físico intervención quirúrgica. M/P facie de dolor, irritabilidad, inquietud.	1605 Control del dolor 2102 Nivel de dolor	210206 Expresiones faciales de dolor 210208 Inquietud 210222 Agitación 210223 Irritabilidad 210225 Lagrimas 210226 Diaforesis 210218 Ritmo 210215 Pérdida de apetito	1400 Manejo del dolor. - Realizar valoración del dolor, localización, aparición, duración, frecuencia, e intensidad. - Evaluar utilizando la escala de según edad; escala de Flacc 1ms a 3 años, escala de Caras Wong-Baker 3 a 7 años, escala Numérica Walco y Howite de 8 años en adelante. (anexo 2,3) - Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse - Distracción como: cuentos, juguetes, ver TV, escuchar música - Brindar confort, cambio postural. 2210 Administrar analgésico - Mantener la política y los procedimientos del instituto, para una administración precisa y segura. - Mantener y utilizar un ambiente que garantice la seguridad del paciente. - Aplicar los 10 correctos. (anexo 4).	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado

GUIA TECNICA: GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION A PACIENTES CON PATOLOGIAS DEL SISTEMA OSTEO ARTICULARES

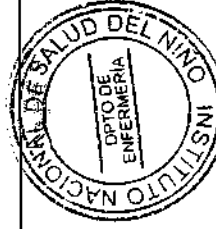
			• Vigilar signos vitales, valores de laboratorio antes de la administración de medicamentos. • Ayudar al paciente a tomar su medicación. Registrar el efecto del analgésico	4 Leve
			6482 Manejo ambiental: confort. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Proporcionar un ambiente limpio y seguro. • Determinar fuentes de incomodidad: vendajes mojados, posición de sondas, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada, y factores ambientales irritante • Ajustar la iluminación según actividad	5 Ninguno
				Puntuación del Resultado DIANA
				Mantener a....
				Aumentar a.....

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN / INTERCAMBIO CLASE: 2 Función gastrointestinal 00011 Estreñimiento R/C Actividad física insuficiente, debilidad de músculos abdominales, aporte insuficiente de fibra, ingesta insuficiente de líquidos, estresores m/p Deposiciones duras y espaciadas.	0907 Eliminación intestinal	050101 Patrón de eliminación 050102 Control de movimientos intestinales 0050129 Ruidos abdominales 050104 Cantidad de heces en relación con la dieta	0450 Manejo del estreñimiento/impactación • Monitorizar frecuencia de las evacuaciones a diario • Vigilar de signos y síntomas de estreñimiento/impactación fecal • Vigilar la existencia de peristaltismo • Registrar volumen, frecuencia y consistencia de las heces • Comunicar al médico de visita • Administrar ablandador de heces según indicación • Administrar enema evacuante • Registrar efectividad 1100 Manejo de la nutrición • Coordinar con nutrición • Determinar el estado nutricional del paciente • Dieta rica en fibra (frutas y verduras) • Disminuir la ingesta de carbohidratos 4120 Manejo de líquidos. • Vigilar hidratación • Administrar líquidos según corresponda	1 gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 moderadamente comprometido 4 levemente comprometido 5 No comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a....

GUIA TÉCNICA: GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 5 Autocuidado 00108 Déficit del autocuidado: baño R/C deterioro de la movilidad física por C/A a enfermedad muscular esquelética, m/p dificultad para acceder al baño.	0305 autocuidados higiene	030501 Se lava las manos 030503 Se lava la zona perineal 030504 se limpia los oídos 030506 Mantiene higiene oral 030508 Se lava el pelo 030509 Se peina o cepilla el pelo 030517 Mantiene higiene corporal	1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene • Considerar la cultura, la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado • Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita el paciente • Proporcionar los accesorios de baño en la cabecera del paciente o ducha • Proporcionar ambiente que garantice una experiencia cálida, relajante privada y personalizada • Facilitar que el paciente se cepille los dientes si es el caso y/o asistirlo • Comprobar la limpieza de uñas • Controlar la integridad cutánea del paciente • Fomentar la participación de los padres si es necesario en el baño y cuidado del paciente • Proporcionar ayuda hasta que el paciente pueda asumir el autocuidado	1 gravemente comprometido 2 sustancialmente comprometido 3 moderadamente comprometido 4 levemente comprometido 5 no comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....



**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 5 Autocuidado 00102 Déficit del autocuidado: alimentación R/C la incapacidad músculo esquelética m/p dificultad para llevar la comida a la boca evidenciado por la parálisis cerebral infantil	0303 Autocuidado comer	101401 Deseo de comer 101403 disfruta con la comida 101405 Energía para comer 101406 Ingesta de alimentos 101408 Ingesta de líquidos 101409 Estímulos para comer	1803 Ayuda con el autocuidado Alimentación ● Identificar la dieta prescrita ● Controlar la capacidad de deglutir del paciente ● Crear un ambiente placentero ● Proporcionar una analgesia adecuada antes de las comidas según corresponda ● colocar en posición cómoda ● Proporcionar los alimentos a temperatura apetecible ● Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajación, colocar un babero ● Asistir con la ingesta de su alimento ● Solicitar al paciente que indique cuando termino de deglutir ● Evitar distraer al paciente durante la deglución, comer sin prisa ● Lavar cara, manos después de comer ● Animar a la familia a alimentar al paciente	1 gravemente comprometido 2 sustancialmente comprometido 3 moderadamente comprometido 4 levemente comprometido 5 no comprometido Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS. CLASE: 2 Respuesta de afrontamiento 00146 Ansiedad R/C Situación desconocida; hospitalización, actividades no satisfechas, estresores, dolor. M/P llanto, irritabilidad	(1211) Nivel de ansiedad	121103 Manos húmedas 121105 Inquietud 121108 Irritabilidad. 121115 Ataque de pánico 121122 Pupila dilatada 121123 Sudoración.	5460 Contacto • Evaluar la propia comodidad utilizando el contacto con la familia • Coger la mano del paciente, el hombro o la cabeza para darle seguridad y apoyo emocional • Preguntar al familiar acciones utilizadas para calmar al niño 5820 Disminución de la ansiedad • Crear ambiente que facilite seguridad y confianza; hablar con la familia si el paciente usa algún objeto como medio de seguridad • Explicar los procedimientos según entendimiento • Permanecer con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo y/o dejar la permanencia del familiar • Animarle a que manifieste sus sentimientos. • Identificar cambios en el nivel de ansiedad reforzar comportamiento según corresponda. • Administración medicamentos según indicación para la ansiedad • Documentar intervención	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....



**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE :2 Lesión Física 00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea F/R fricción con la superficie, cizallamiento a C/A a la inmovilización física (parálisis cerebral infantil)	1101 Integridad tisular piel 0204 Consecuencia de inmovilidad: fisiológica.	110113 integridad de la piel 020401 úlceras por presión. 190801 Reconoce los signos y síntomas 190802 identifica los posibles riesgos para la salud	0740: Cuidados del paciente encamado - Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. - Evitar la ropa de cama con textura áspera, mantener limpia y seca 3540 Prevención de úlceras por presión - Valorar riesgo de LPP con escala de Braden Q. (anexo 6) - Registrar estado de la piel al ingreso - Aplicar barreras de protección, colocar rodete, almohadilla, protector cutáneo, crema hidratante en prominencias óseas y/o zonas de apoyo, - Evitar el cizallamiento y fricción de la ropa de cama sin arrugas evitar humedad, transpiración, incontinencia - Asegurar una dieta con proteínas (coordinar con nutrición) - Registrar a diario la integridad de la piel - Proteger la piel las providencias óseas - Evitar el masaje en zona enrojecida - Documentar episodio de formación LPP (UPP), llenar ficha de notificación evento adverso con su hoja de seguimiento.	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....

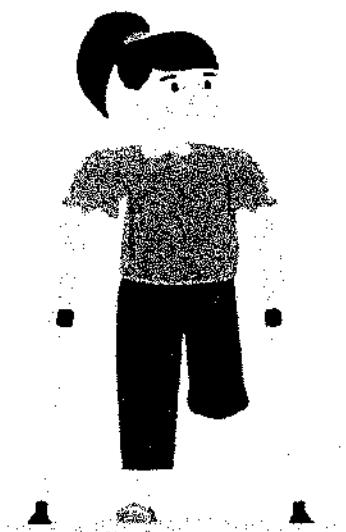


BIBLIOGRAFIA

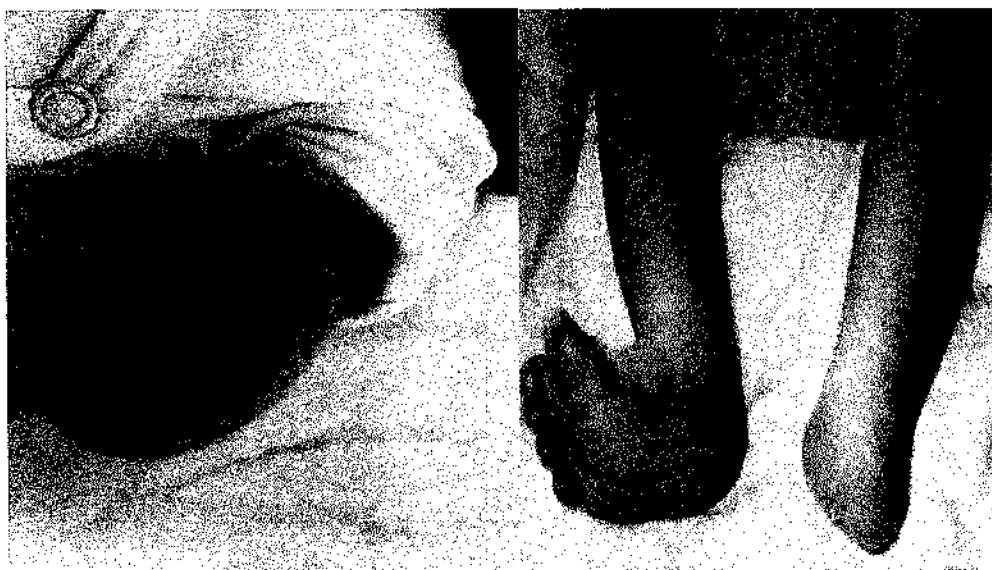
1. Gómez-López S., Jaimes VH, Palencia G., CM, Hernández M., Guerrero A. Parálisis Cerebral Infantil. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2013 Mar [citado 2023 Mayo 05];76(1):30-39. Disponible en:
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000100008&lng=es
2. Carranza, A, Fuentes M, Cervera. El cuidado de niños con parálisis cerebral M. ACC CIETNA, 2018, VOL 5. Disponible en:
<https://doi.org/10.35383/cietna.v5i1.12>
3. Peláez cantero MJ. et al, Parálisis cerebral en pediatría: problemas asociados. Revista Ecuatoriana Neurol vol.30 No.1 Guayaquil abr./jul. 2021. Disponible en:
<https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30100115>
4. De la Cruz Rodríguez, E., Pérez, S, Kayali, R, Martin, J. Bases Anatómicas de la Parálisis Cerebral Infantil, revista Psychologia Latina, 2018, Vol. Especial, 74-76. Disponible en: <https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2019-02-15-de%20la%20Cruz%20Rodr%C3%ADguez.pdf>
5. Pérez-S, et al. Función Familiar en Hijos con Parálisis Cerebral Infantil, Rev Mex Med Forense, 2019,4(suppl1):73-75. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmfs191y.pdf>



6.8 GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN



shutterstock.com • 1990689563



6.8.2 DEFINICIÓN

La amputación es la eliminación de una extremidad del cuerpo, normalmente a través de la cirugía, pero a veces puede también ser el resultado de un traumatismo donde un miembro es arrancado, a veces se practica como último recurso para evitar la propagación de la infección gangrenosa.

La amputación es el procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción, extirpación o resección de una parte o la totalidad de una extremidad a través de una o más estructuras óseas, en forma perpendicular al eje longitudinal del miembro. Cuando se efectúa a través de una interlínea articular se denomina desarticulación.¹

Existen 2 tipos de amputaciones:

Amputación primaria o traumática: es aquella producida por un agente traumático.

Amputación secundaria o quirúrgica: es aquella electiva o programada para ser realizada por medio de un acto quirúrgico.¹

a. FISIOPATOLOGIA DE UNA AMPUTACIÓN.

La causa más frecuente de amputación es una **mala circulación**. El estrechamiento y el daño a las arterias provoca la falta de circulación esto se conoce también como enfermedad arterial periférica.³

b. ETIOLOGIA

Congénitas: Defectos congénitos en el desarrollo embrionario, deficiencia esquelética. Detención o ausencia parcial o completa de la extremidad en que termina, o longitudinales, describen nombrando los huesos afectados desde proximal a distal secuencialmente, y describiendo si la ausencia del hueso es parcial o total.)

Adquiridas: - por alteraciones vasculares (diabetes, arteriosclerosis, etc.)

Traumáticas, por atrición grave de partes blandas más frecuentes abiertas y gran conminución ósea, más lesiones graves nerviosas y vasculares; involucra lesiones causadas por congelamiento o quemaduras.



Infecciosas: agudas muy virulentas o crónicas refractarias a tratamiento

Tumorales: benignas muy raras, y malignas de mayor frecuencia.

Malformaciones congénitas: cuando el miembro no cumple función y su eliminación con una prótesis mejora el desempeño general. ^{1,2}

- La amputación más común es en las extremidades inferiores. Los dedos también están sujetos a amputaciones. La amputación también puede seguir a una exposición prolongada al frío donde se hayan lesionado definitivamente los nervios. Para reemplazar la parte amputada una prótesis puede ser un recurso interesante para evitar el dolor asociado con la pérdida de una extremidad

c. EPIDEMIOLOGIA

La amputación de miembros inferiores es 3 veces más frecuente que la de miembros superiores.

En jóvenes la causa principal es la traumática, en niños y adolescentes la causa tumoral. ^{1,2}

CAUSAS

Las **causas** de las amputaciones en la infancia difieren ligeramente de las de los adultos, pues pueden ser:

- **Congénitas.** Son aquellas en las que el niño nace sin la formación o con una malformación en alguna de las extremidades. Es el tipo de amputación más frecuente entre los niños (80%). Pueden deberse a múltiples factores, bien sean genéticos o por agentes externos, que actúen a nivel embrionario o fetal (radiación, fármacos, etc.)
- **Traumáticas.** Son las derivadas de un accidente, golpe, caída, etc.
- **Por enfermedad.** Se deben a la resección de un segmento corporal secundariamente a la presencia de un tumor, infección, quemaduras.



d. CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas que puede indicar una amputación de extremidad son diversas y varían dependiendo de; si es una amputación por un trauma la decisión será realizada por una intervención quirúrgica

En el primer caso puede sugerir la duda de hacer una amputación primaria el mismo día de la lesión; la intención de salvar el miembro puede conllevar que si es ineficaz podría dar lugar a una amputación secundaria.²

LOS CRITERIOS QUE INDICARÍAN UNA AMPUTACIÓN TRAS UNA LESIÓN

- Avulsión completa
- Pérdida neurológica
- Pérdida masiva de partes blandas.
- pérdida masiva o sea isquemia caliente mayor a 6 horas.
- Frialdad del miembro, ausencia de pulso y sensibilidad.
- imposibilidad para restaurar la circulación.
- gangrena gaseosa.

A qué nivel se realiza una Amputación

Los niveles por los que tiene lugar la amputación de un segmento corporal pueden ser diferentes, yendo desde la extremidad completa hasta una pequeña parte del pie o la mano.

Sin embargo, lo importante de la amputación es que el muñón (la parte final del segmento amputado) presente un buen estado para que se pueda adaptar lo mejor posible la futura prótesis. Es decir, tenga la forma adecuada, ofrezca estabilidad, tenga un brazo de palanca correcto, que ocasione el menor dolor o molestias posibles y sea capaz de soportar roces o presiones.^{1,3}



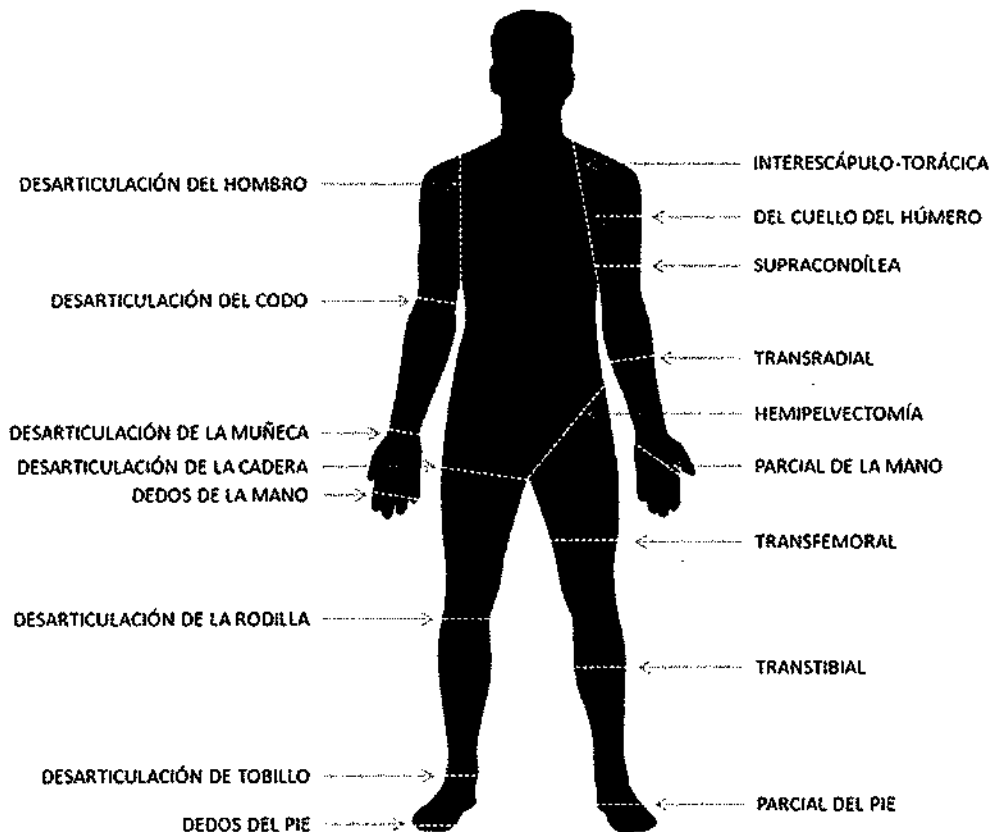


Figura: Elena Contell "amputación en la infancia" España 2020

¿CÓMO ES UN MUÑÓN IDEAL?

El muñón es la porción de un miembro amputado que se comprende entre la superficie seccionada y la articulación inmediatamente proximal. El muñón es la estructura sobre la que se colocará la futura prótesis y el elemento activo que permitirá al paciente movilizarse de modo consciente y controlado.

A tal efecto, se considera que un muñón ideal ha de tener una serie de características:

- Forma suavemente cónica.
- No doloroso.
 1. Cicatriz correcta y en lugar adecuado.
 2. Extremidades óseas con buen recubrimiento de tejido.
 3. Revestimiento cutáneo bien nutrido. Con la piel ni demasiado tensa ni demasiado laxa.
 4. Movilidad suficiente y fuerza de palanca.
 5. Conservar los arcos de movilidad de la extremidad proximal.
 6. Buena irrigación sanguínea ^{2,3}

COMPLICACIONES

- Hematomas
- Infecciones: más frecuentes en amputaciones debidas a enfermedad vascular periférica, especialmente en los pacientes diabéticos.
- Necrosis: necrosis leve puede tratarse de forma conservadora. Las más intensas exigen resección en cuña o Re-amputación a nivel proximal.
- Contracturas: deben evitarse mediante la colocación adecuada del muñón y ejercicios para fortalecer los músculos y movilizar articulaciones.
- Neuromas: se forman siempre sobre el final de un miembro seccionado. El dolor causado por un neuroma suele deberse a la tracción ejercida sobre un nervio cuando el tejido cicatricial tira de él. Pueden evitarse habitualmente seccionando los nervios limpiamente a un nivel proximal para que descansen en los tejidos blandos normales.
- Sensación de miembro fantasma: después de casi cualquier amputación, el paciente tiene la sensación de que la parte amputada todavía existe, deben someterse a una valoración psicológica del paciente.
- Otras complicaciones: degeneración del muñón, trastornos circulatorios, trastornos dérmicos, dehiscencia o apertura de la herida quirúrgica. ¹

DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA: Dolor del miembro residual o dolor del muñón se refiere a una sensación dolorosa percibida en una parte del cuerpo que ya no está presente después de la extirpación quirúrgica o traumática. Los mecanismos periféricos, espinales, segmentarios, centrales y psicológicos se consideran factores en el desarrollo del dolor del miembro fantasma con un nivel de 5-6/10 en una escala Analógica visual. ⁴

6.8.3 POBLACION OBJETIVO

Todos los pacientes con Amputación que ingresan al Instituto Nacional Salud Del Niño Servicio de Ortopedia y Traumatología

6.8.4 OBJETIVO

Establecer los cuidados oportunos, seguros de enfermería con evidencia científica durante la atención holística al paciente con Amputación minimizando los posibles riesgos.



6.8.5 PERSONAL RESPONSABLE

Enfermeras del servicio de Ortopedia y Traumatología

6.8.6 MATERIALES

Recurso Humano

Licenciada Especialista en Enfermería

Técnico en Enfermería

Recursos Materiales

Historia Clínica

Notas de Enfermera, Kardex de enfermería

Materiales básicos

Cama con barandas, peldaño, silla de ruedas

Materiales Básicos

Termómetro, tensiómetro, estetoscopio, pulso oximetría, formatos de enfermería

Almohadillas

Equipo de protección personal:

Mascarilla, gorro, mandil.

6.8.7 MANUAL DE VALORACION DE ENFERMERIA EN PEDIATRIA Y FORMATO DE VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON R.D. N° 112-2022-DG-INSN 2,7

a. VALORACIÓN

La valoración clínica es un proceso planificado sistemático y continuo que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona.



PATRÓN 1: PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD

Este patrón se encuentra alterado pues el paciente por la condición mantiene déficit de su estructura corporal, aparentando bajo peso, mal estado nutricional, decaimiento y palidez marcada en la que se encuentra muchas veces presenta desconocimiento de su proceso de enfermedad.

PATRÓN 2: NUTRICIÓN

Este patrón se encuentra alterado en muchos casos por presentar estados de anemia, disminución de apetito por los dolores que se presentan en los primeros días de enfermedad.

En cuanto a la piel, se evidencia alteraciones, deformidades

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN INTERCAMBIO

En este patrón no se presenta alteración en la micción ni incontinencia urinaria ni estreñimiento.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

En este patrón se observa deficiencia motora provocando disfunción en el aparato locomotor, la cual implica ciertas limitaciones posturales, de desplazamiento y de coordinación de movimientos. El origen puede ser adquirido y se puede presentar con grados muy variables.

PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO

Este patrón se encuentra alterado por no poder conciliar el sueño de una manera adecuada y dormir lapsos largos, por presentar dolores intensos en la zona afectada en los primeros días de la enfermedad.

PATRÓN 6: COGNITIVO Y PERCEPTIVO

En inicio de enfermedad presentan dolor y alteración de imagen en la zona afectada.



PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

En este patrón presenta actitudes de cambios de humor como: irritabilidad, ansiedad e inquietud por el largo proceso de tratamiento que es expuesto por su patología actual y alteraciones en su imagen corporal.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Temor, tristeza, poco comunicativo, extraña su entorno familiar, larga estancia hospitalaria.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Sin alteración.

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Presentan temor, tristeza, irritabilidad, molestias, sentimiento de abandono por larga estancia hospitalaria, miedo por su separación de su familia en proceso de adaptación.

PATRÓN 11: VALORES- CREENCIAS

Los valores y creencias pueden estar alterados en la familia

b. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA 6,6,7



**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO: 6 Autopercepción CLASE 3: Imagen corporal 00118 trastorno de la imagen corporal C/A, a procedimiento quirurgico evidenciado por (extremidad amputado)	1200 imagen corporal	120001 Imagen interna de sí mismo 120002 Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal 120003 Descripción de la parte afectada 120016 Actitud hacia tocar la parte corporal afectada 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico. 120008 Adaptación a cambios en la función corporal	5220 Mejorar la imagen corporal • Identificar las percepciones del paciente y familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad • Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. • Gestionar interconsulta a Psicología para el manejo del duelo • Ayudar al paciente y familia a identificar acciones que mejoren su aspecto. • Fomenta actividades sociales en coordinación con aprendo contigo • Alentar la aceptación de las limitaciones. • Mantener relación empática paciente, familia y personal de salud • Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. • Determinar el riesgo del paciente para no hacerse daño. • Realizar técnicas de relajación y respiración profunda si es necesario. • Ayudar al paciente afrontar el duelo y superar la pérdida de parte de su cuerpo causada por enfermedad, accidente y/o discapacidad. • Registrar intervención en notas de Enfermera	1 Nunca positivo 2 Raramente positivo 3 A veces positivo 4 frecuentemente Positivo 5 Siempre positivo Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Niño
[Signature]
DPTO. ENFERMERIA
Calle 14 de Julio 1000, Lima 1, Perú

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO: 6 Autopercepción CLASE 3: Imagen corporal. 00118 trastorno de la imagen corporal R/C dolor residual en la extremidad m/p expresa preocupación con la parte perdida del cuerpo	0918 atención al lado afectado I	091801 Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo 09803 protege el lado afectado cuando se coloca 0991805 protege al lado afectado durante el reposo o sueño	3420 Cuidados del paciente Amputado - Colocar el Muñón en la posición corporal adecuada. - Evitar colocar el muñón en posición declive disminuir edema, estasis vascular - Vigilar y evaluar vendaje del muñón - controlar el edema presente en el muñón. - observar si hay dolor de miembro fantasma, (dolor urente, opresivo con hormigueo, calambre donde estaba la extremidad). - Administrar métodos de control del dolor farmacológico y no farmacológico. - Monitorizar la cicatrización de la herida en el sitio de incisión. - Enseñar al paciente que evite sentarse durante largos periodos. - Ayudar al paciente durante el proceso de duelo asociado con la pérdida de una parte del cuerpo - Registrar y documentar los cuidados en notas de enfermería.	1 nunca demostrado 2 raramente demostrado 3 a veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO CLASE 2: Actividad / ejercicio 00085 deterioro de la movilidad física R/C alteraciones en la integridad de las estructuras m/p incapacidad musculo esquelético (extremidad amputado)	1308 Adaptación a la discapacidad física	130803 se adapta a las limitaciones funcionales 13804 modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad 130812 Acepta la necesidad de ayuda física	1800 Ayuda con el autocuidado • Considerar la cultura del paciente, la edad • Ayudar al paciente aceptar las necesidades de dependencia • Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante privada y personalizada • Proporcionar ayuda en la higiene, vestido, arreglo personal y alimentación. • Alentar la independencia según edad • Enseñar a los padres a fomentar la independencia • 5270 Apoyo Emocional • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo • Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo • Animar al paciente que exprese los sentimientos de ansiedad, tristeza, ira, • Proporcionar apoyo durante la negación y aceptación de la fase de duelo • permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad	1 nunca demostrado 2 raramente demostrado 3 a veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....



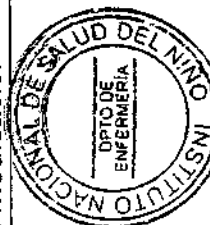
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 11 SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE 1: Infección 00004 Riesgo de infección F/R a procedimientos quirúrgicos invasivos.	1924 Control de riesgo proceso Infeccioso	12426 identificar factores de riesgo de infección 12413 Desarrollar estrategias de control de riesgo 192414 Utilizar precauciones universales 192404 Identificar el riesgo de infección en la actividad diaria	6550 Protección contra las Infecciones • Aplica precauciones estándares durante la atención del paciente lavado de manos con la técnica correcta, los 5 momentos, (anexo 7) • uso de EPP si es necesario, desinfección y limpieza de la unidad, manejo de la ropa. • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Inspeccionar la existencia de eritema calor extremo o exudado en la piel y las mucosas. • Fomentar la ingesta nutricional y líquidos suficiente y el descanso. 3660 Cuidado de las Heridas • Monitorizar características de la herida, drenaje, color, tamaño y olor. • Reforzar el apósito si es necesario. • Observar el apósito cantidad de exudado y drenaje. • Cambio de posición cada dos horas. • Fomentar ingesta de líquidos según corresponda. • Enseñar a la familia a identificar signos de infección • Documentar localización, tamaño y • Tamaño y aspecto de la herida	1 nunca demostrado 2 raramente demostrado 3 a veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a..... Aumentar a.....



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERO	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12 CONFORT. CLASE 1: Confort físico 00132 dolor agudo R/C agentes lesivo manifestado por la intensidad del dolor	1605 Control del dolor:	160502 reconoce el comienzo del dolor. 160516 describe el dolor. 160504 utiliza medidas de alivio no analgésicas.	(1410) Manejo del Dolor Agudo - Realizar valoración del dolor, localización, aparición, duración, frecuencia, intensidad. - Evaluar el dolor utilizando la escala según edad; escala de Flacc 1 mes a 3 años, escala de Caras Wong-Baker 3 a 7 años, escala Numérica Walco y Howite de 8 años en adelante. (anexo 2,3) - Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse - Brindar confort, cambio postural. (2210) Administrar analgésico - Mantener la política y los procedimientos del instituto, para una administración precisa y segura. - Aplicar los 10 correctos en la administración de analgésicos. (anexo 4) - Vigilar signos vitales, antes y después de la administración de analgésicos. - Ayudar al paciente a tomar su medicación	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....



MINISTERIO DE SALUD
 Instituto Nacional de Salud del Niño

GUIA TECNICA: GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION A PACIENTES CON PATOLOGIAS DEL SISTEMA OSTEIO ARTICULARES

	2102 Nivel del dolor	210201 dolor referido. 210204 duración de los episodios de dolor. 210217 gemidos y gritos. 210206 expresiones faciales del dolor. 210222 agitación. 210223 irritabilidad. 210225 lagrimas.	• Administrar analgésicos según prescripción (narcóticos, no narcóticos, aines) • Asegurarse de que el paciente no tenga riesgos y/o alergias utilizar: aines (antecedentes de sangrado gastrointestinal o insuficiencia renal), opiáceos (apnea obstructiva o apnea del sueño). • Registrar el dolor antes y después de la administración de analgésicos. • Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando sea apropiado • Registrar el efecto del analgésico • Evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor (6482) Manejo ambiental: confort. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Proporcionar un ambiente limpio y seguro. • Determinar fuentes de incomodidad: vendajes mojados, posición incómoda • Vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada, y factores ambientales irritante • Ajustar la iluminación según actividad • Estar atentos a los signos de depresión ansiedad o miedo.	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno Puntuación del Resultado DIANA Mantener a.... Aumentar a.....
--	----------------------	---	---	--



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Niño

[Firma]
COORDINADORA DE ENFERMERIA

BIBLIOGRAFIA

1. Rodeiro RM. Guía de Atención de Pacientes Amputados Rehabilitación del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur. Buenos Aires Argentina. 2018. Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/inareps-guia-atencion-pacientes_amputados.pdf
2. Roza, P. MBA SURGICAL EMPOWERMENT "Todo lo que debes saber de Amputación. ESPAÑA. 2018. disponible en:
<https://www.mba.eu/blog/todo-lo-que-debes-saber-sobre-amputaciones/>
3. Amputaciones en la infancia [Internet]. Efisiopediatric.com. [cited 2023 May 24]. Available from: disponible en
<https://efisiopediatric.com/amputaciones-en-la-infancia/>
4. Dolor de miembro fantasma [Internet]. Salud UF, Salud de la Universidad de Florida. 2016 [citado el 24 de mayo de 2023]. Disponible en:
<https://ufhealth.org/phantom-limb-pain>



VII. RECOMENDACIONES

El profesional de enfermería aplicará las Guías Técnicas de Cuidados en enfermería en los pacientes con problemas en el sistema osteoarticular, como un instrumento que inducirá al mejoramiento de la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes.

La aplicación de las Guías Técnicas de Cuidados en Enfermería, permitirá no sólo unificar criterios en los profesionales de enfermería que tienen la responsabilidad de cuidar, sino que fundamentalmente contribuya a mejorar las condiciones de salud de la población pediátrica, la formación académica de los estudiantes de enfermería de pre y posgrado y el logro de un sistema de seguridad del paciente, más competente, eficaz y humanizado.



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Niño
Evelyn
LIC. EVELYN ROXANA...
C.E.P. 1874...

VIII.BIBLIOGRAFIA

1. Nursing Care Process Proceso de atención de Enfermería (PAE) Rev. Salud Público Paraguay.2013; Vol.3 N°1. Enero-Julio 2013
2. INSN Breña. Guía Técnica: Proceso de Atención de Enfermería Según Modelo de Valoración por Patrones Funcionales [Internet]. [Citado R.D.N%C2%B0028-2019-INSN-DG]. Disponible en:
<http://www.insn.gob.pe/transparencia/guias-clinica>
3. Gayosol E, Sanchez.MC. Proceso Atención de Enfermería. Rev. Enfermería. Unia. Autónoma Estado Hidalgo (internet) 2013.disponible en:
<https://www.uach.edu.mx/sage/boletin/article>
4. Heather H. T, Kamitsuru, H.Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificaciones. Undécima edición Barcelona. España 2018 – 2020
5. Sue Moorhead. Elizabeth Swanson. Marion Johnson. Meridean L. Maas. Clasificaciones de RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC), Sexta edición Elsevier Barcelona España 2018
6. Howard K. Butcher, GloriaM.Buechek, Joanne M. Dochtermen,Cheryl M. Wagner Clasificaciones de Resultados de Enfermería (NIC), séptima Edición. Elsevier Barcelona España 2018
7. INSN Breña. Manual de Valoración de Enfermería y Formato de Valoración según Patrones Funcionales según Marjorie Gordon. 2022. disponible en:
<http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/transparencia/disposiciones-emitidas/R.D.N%C2%B0112-2022-INSN-DG.pdf>
8. Gob.pe. [citado el 24 de mayo de 2023 Disponible en:
<http://www.insn.gob.pe/transparencia/guias-clinica>



9. Facebook.com. [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://www.facebook.com/113585440095025/photos/ya-conoc%C3%ADas-la-escala-de-maddox-para-la-valoraci%C3%B3n-de-flebitis-la-escala>
10. ¿Cómo se evalúa el dolor en los niños? [Internet]. Aeped.es. [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/como-se-evalua-dolor-en-ninos>
11. [Protocolo manejo del dolor en paciente oncológico] [Internet]. Serviopediatria.com. [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://serviopediatria.com/wp-content/uploads/2020/02/Protocolo-TRATAMIENTO-DEL-DOLOR-EN-ONCOLOG%C3%8DA-PEDI%C3%81TRICA.-SP-HGUA-2019..pdf>
12. EMS Solutions International. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS [Internet]. Blogspot.com. [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://emssolutionsint.blogspot.com/2016/05/administracion-de-medicamentos.html>
13. 2018. OMS. 5 momentos para la higiene de manos [Internet]. Areasaludcaceres.es. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en:
https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/13260_oms-2018-5-momentos.pdf
14. De Las Infecciones Asociadas A La Atención de Salud VPHYC. GUIA PARA LAVADO DE MANOS [Internet]. Gob.pe. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en:
<https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/PlanesRealizados/Planes2015/LavadoDeManos.pdf>



ANEXOS



ANEXO 1

Sin dolor, eritema o edema en el sitio de inserción	0	Sin signos de flebitis, observe el sitio de inserción
Dolor sin presencia de eritema, edema y endurecimiento	1	Posible riesgo de flebitis, considerar cambio de catéter
Dolor con eritema, cierto grado de edema, sin endurecimiento	2	Inicio de flebitis, retire catéter e informe al médico
Dolor con eritema y edema, con endurecimiento y cordón palpable <6cm por encima del sitio de inserción		Etapa media de flebitis, retire catéter y valore el tratamiento
Dolor con eritema, edema, endurecimiento y cordón palpable >6cm por encima del sitio de inserción y/o purulencia		Etapa avanzada de flebitis, retire catéter y valore tratamiento
Trombosis venosa, con todos los síntomas anteriores		Tromboflebitis, retire catéter e inicie tratamiento

Facebook.com. [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.facebook.com/113585440095025/photos/ya-conoc%C3%ADas-la-escala-de-maddox-para-la-valoraci%C3%B3n-de-flebitis-la-escala>



ANEXO 2

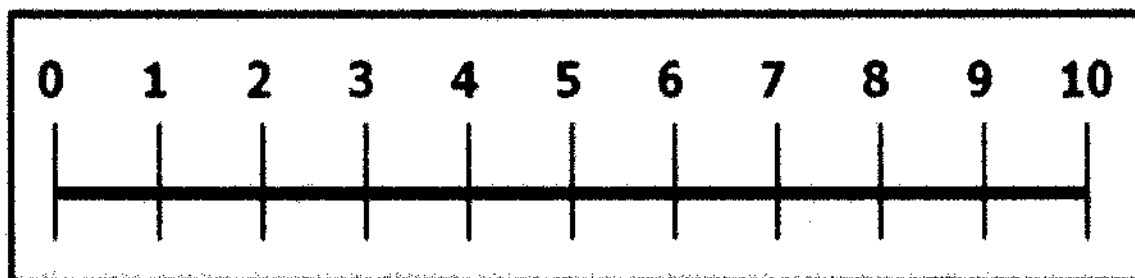
ESCALA DE WONG BAKER Escala con cáritas para la evaluación del dolor en niños mayores de 5 años (Adaptado de Wong and Baker, 1988).						
Expresión						
De 3 a 7 años colaboradores: Escala de caras de Wong-Baker Escala de caras de Wong-Baker: elija la cara que mejor describe la manera de como se siente.  0 Sin dolor  2 Duele un poco  4 Duele un poco más  6 Duele aún más  8 Duele mucho  10 El peor dolor 0: no dolor; 2: dolor leve; 4-6: dolor moderado; 8: dolor intenso; 10: máximo dolor imaginable						
Descripción	No hay dolor	Duele un poco	Duele algo más	Duele bastante	Duele mucho	Máximo dolor
Puntuación	0	2	4	6	8	10

¿Cómo se evalúa el dolor en los niños? [Internet]. Aeped.es. [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/como-se-evalua-dolor-en-ninos>



ANEXO 3

ESCALA NUMÉRICA DE WALCO Y HOWITE (Desde 8 años niños colaboradores)



0: no dolor; 1-2: dolor leve; 3-6: dolor moderado;
7-8: dolor intenso; 9-10: máximo dolor imaginable

[Protocolo manejo del dolor en paciente oncológico] [Internet]. Serviopediatria.com. [citado el 28 de agosto de 2023].
Disponible en: <https://serviopediatria.com/wp-content/uploads/2020/02/Protocolo-TRATAMIENTO-DEL-DOLOR-EN-ONCOLOG%C3%8DA-PEDI%C3%81TRICA-SP-HGUA-2019..pdf>



ANEXO 4



10 CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

EMS España / Emergency Medical Services en España

1. MEDICAMENTO CORRECTO



2. PACIENTE CORRECTO



3. DOSIS CORRECTA



4. VIA CORRECTA



5. HORA CORRECTA



6. VERIFICAR FECHA DE CADUCIDAD DEL MEDICAMENTO



7. PREPARE Y ADMINISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO



8. REGISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO Y LA HORA DE ADMINISTRACION



9. VELOCIDAD DE INFUSIÓN CORRECTA



10. ESTAR ENTERADOS DE POSIBLES ALTERACIONES



EMS Solutions International. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS [Internet]. Blogspot.com. [citado el 28 de agosto de 2023].
Disponible en: <https://emssolutionsint.blogspot.com/2016/05/administracion-de-medicamentos.html>

ANEXO 5

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DEL NIÑO HOSPITALIZADO: ESCALA DE HUMPTY DUMPTY

Parámetro	Criterios	PT
Edad	-3 años	4
	3 – 7 años	3
	7 – 13 años	2
	+ 13 años	1
Género	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnóstico	Problemas Neurológicos	4
	Alteración de origen (problemas respiratorios, anemia, deshidratación, anorexia, vértigo)	3
	Trastornos Psíquicos de conducta	2
	Otro Diagnóstico	1
Deterioro Cognitivo	No conoce sus limitaciones	3
	Se le olvidan sus limitaciones	2
	Orientada en sus propias capacidades	1
Factores ambientales	Historia de caída de bebé o niño pequeño desde la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación muebles	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente deambula	1
Cirugía o sedación anestésica	Dentro de las 24 horas	3
	Dentro de las 48 horas	2
	Más de 48 horas ninguna o relajantes	1
Medicación	Uso de múltiples medicamentos, sedantes (excluyen pacientes de UCIP CON SEDANTES O Hipnóticos, barbitúricos, fenitoina, antidepresivos, laxantes, diuréticos, narcóticos.	3
	Uso de medicamentos	2
	Ninguno	1
TOTAL		

Puntaje	Riesgo	Color
-7	Sin Riesgo	Verde
7 a 11	Riesgo Bajo	Amarillo
12	Riesgo Alto	Rojo

Fuente: Guía técnica para la Gestión del Riesgo de prevención de caídas del paciente. Disponible en:

<http://www.insn.gov.pe/transparencia/normas-emitidas-por-la->

<http://www.insn.gov.pe/transparencia/normas-emitidas-por-la->
de_publicacion_value=



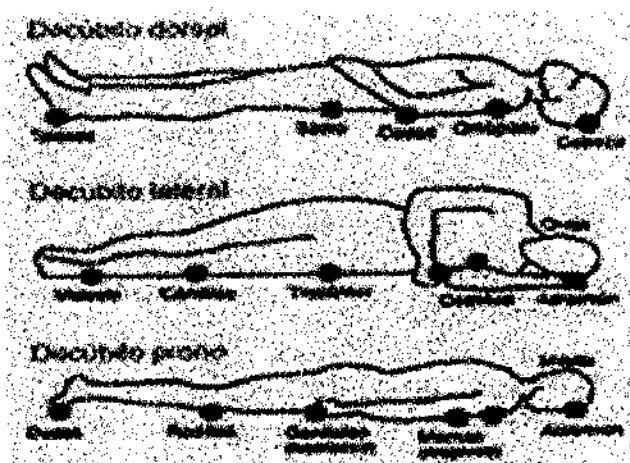
MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Niño
Evelyn
DPTO. DE ENFERMERIA
Calle 2 de Abril 1000, Lima 18100

ANEXO 6

INSTRUMENTO DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERA DE PRESION ESCALA DE BRADEN Q

DIMENSIONES	4	3	2	1	Puntaje
Movilidad	Completament e Inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
Actividad	Encamado	En silla	Camina ocasionalmente	Camina frecuentemente o demasiado joven para caminar	
Percepción Sensorial	Completament e ilimitada	Muy ilimitada	Ligeramente ilimitada	Sin limitaciones	
Humedad	Piel constantement e húmeda	Piel muy húmeda	Piel Ocasionalmente húmeda	Piel raramente húmeda	
Fricción Deslizamiento	Problema significativo	Problema	Problema potencial	Sin problema aparente	
Nutrición	Muy pobre	Inadecuada	Adecuada	Excelente	
Oxigenación Perfusión Tisular	Muy comprometida	Comprometi da	Adecuada	Excelente	

RESULTADO	
Tipo de riesgo	Puntaje
Riesgo	< 16 pts.
Con riesgo	> 16 pts.



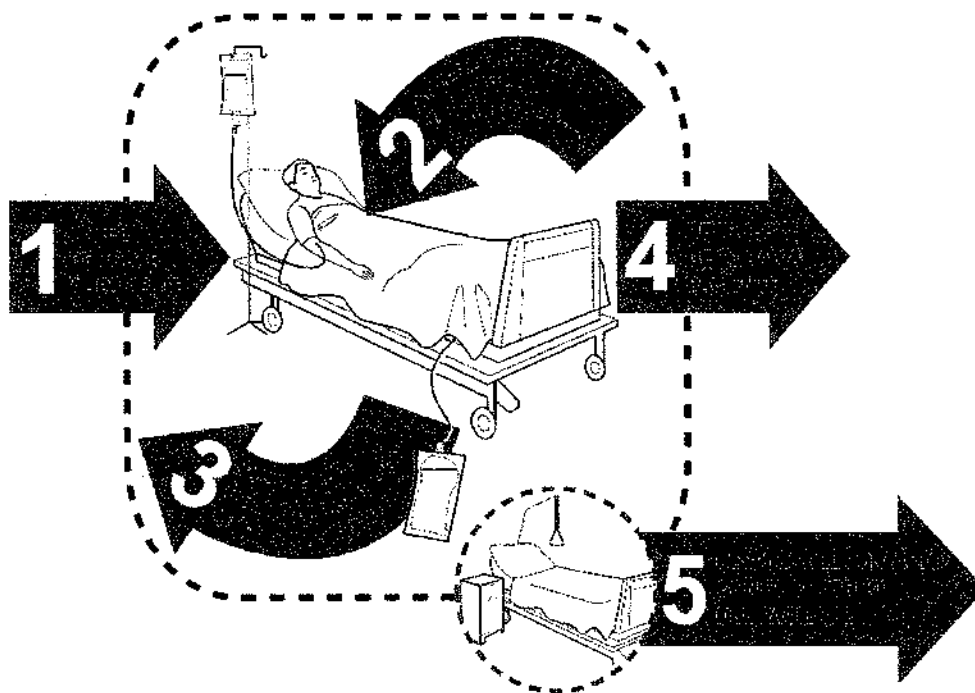
Fuente: Guía Técnica prevención de úlcera por presión http://www.insn.gob.pe/transparencia/normas-emitidas-por-entidad?title=&field_descripcion_largoformato_value=%C3%BA%u00FAlceras&term_node_tid_depth=All&field_fecha_publicacion_value=



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Perú
Evelyn Arana Arancibia
Especialista en Gerencia de Enfermería

ANEXO 7

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1	¿CUÁNDO?	Lávase las manos antes de tocar al paciente cuando se acerca a él.
	¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	¿CUÁNDO?	Lávase las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpias/estéril.
	¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	¿CUÁNDO?	Lávase las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes).
	¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	¿CUÁNDO?	Lávase las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
	¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	¿CUÁNDO?	Lávase las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).
	¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

2018. OMS. 5 momentos para la higiene de manos [Internet]. Areasaludcaceres.es. [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/13260_oms-2018-5-momentos.pdf

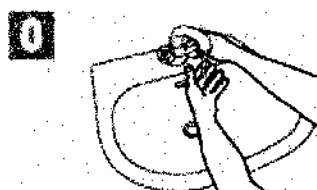


MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Niño
España
COEVALUACIÓN DE LA CALIDAD
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

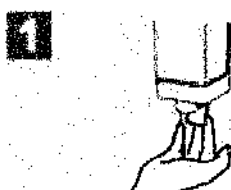
¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcoholica

1 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



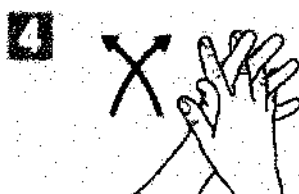
1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



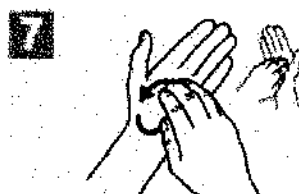
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



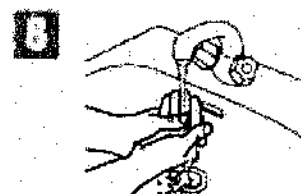
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



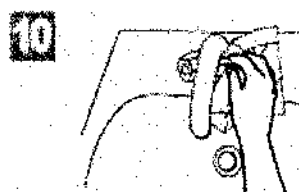
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente

UNA ALIENIA GLOBALE, PARA LOS PACIENTES MÁS DEBILES

SAVE LIVES

Clean Your Hands

<https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/PlanesRealizados/Planes2015/LavadoDeManos.pdf>



MINISTERIO DE SALUD
 Instituto Nacional de Salud del Niño
 Dr. Evelyn A. ...
 ...