



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Nº 205 -2021-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 20 de Octubre de 2021

Visto, el expediente con Registro DG-Nº12481-2021, que contiene el Memorando N° 2050-DE-INSN-2021, con el cual hace llegar; "Guías de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos del servicio de cirugía".

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 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 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 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 N° 241-EJSC-INSN-2021, la jefa de enfermera del servicio de Cirugía remite al Departamento de Enfermería; "Guías de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos del servicio de cirugía", el cual contiene; "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Apendicitis", "Guía de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de Peritonitis", "Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Atresia de Esófago", "Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Obstrucción intestinal", elaborada por enfermeras del servicio de Cirugía;

Que, con Memorando N° 2050-2021-DE-INSN, el Jefe del Departamento de Enfermería remite a la Oficina de Gestión de la Calidad las; "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos del servicio de cirugía", el cual contiene; "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Apendicitis", "Guía de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de Peritonitis", "Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Atresia de Esófago", "Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Obstrucción intestinal" ;

Que, con Memorando N°930-2021-DG/INSN la Dirección General aprueba y las, "Guías de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos del servicio de cirugía elaboradas por enfermeras del servicio de cirugía; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;





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

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;



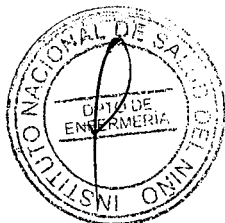
SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar las Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos del servicio de cirugía, el cual contiene; "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Apendicitis", "Guía de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de Peritonitis", "Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Atresia de Esófago", "Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Obstrucción intestinal", consta de (82) folios, elaborado por el servicio de Cirugía del Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño.



Artículo Segundo. - 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 Breña

M.C. YSMAEL ALBERTO ROMERO GUZMAN
C.M.P. 24435 R.M.E. 14389
DIRECTOR GENERAL



**YARG/MERV
DISTRIBUCIÓN:**

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



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA



INDICE

	Pág.
I. FINALIDAD.....	03
II. OBJETIVO.....	03
III. AMBITO DE LA APLICACIÓN.....	03
IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR.....	03
V. CONSIDERACIONES GENERALES.....	03
5.1 Definiciones operacionales.....	03
VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS.....	05
6.1 Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Apendicitis	06
6.2 Guía de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de Peritonitis	28
6.3 Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Atresia de Esófago.	43
6.4 Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Obstrucción intestinal	68
VII. RECOMENDACIONES.....	84
VIII. BIBLIOGRAFÍA	84



I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de atención que presta el profesional de enfermería en el servicio de Cirugía

II. OBJETIVO

Proporcionar una guía de trabajo que permita estandarizar el accionar de enfermería en la atención al paciente pediátrico quirúrgico en el Instituto Nacional de Salud del niño

III. ÁMBITO DE LA APLICACIÓN

La presente guía de cuidados de enfermería se aplicará en el servicio de Cirugía del Instituto Nacional de Salud del niño.

IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

- Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Apendicitis
- Guía de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de Peritonitis
- Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Atresia de Esófago.
- Guía de cuidados de enfermería a paciente pediátricos con diagnóstico Obstrucción intestinal

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operacionales: (1,2,3,4)

Proceso de atención de enfermería: Es el 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. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud.

Valoración: La Valoración de la 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. Llevar a cabo el proceso de valoración conlleva, desde el inicio la toma de decisiones importantes: qué información es relevante, qué áreas son de su competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención, decisiones que, sin duda, son influidas por los conocimientos, las habilidades, las conceptualizaciones, las creencias y valores, de quién lleve a cabo tal valoración.



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 implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

Diagnóstico de enfermero: Es la segunda fase del Proceso de Enfermería. Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Un Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. El Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

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 escalas de medición.

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

Intervenciones de enfermería: Es todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de la 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 enfermeras: Son actividades o acciones específicas que las/os enfermera/os realizan para poner en 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 ESPECIFICAS:

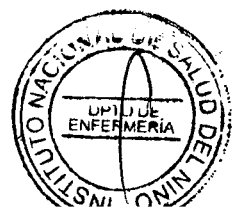


**GUÍA TÉCNICA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON APENDICITIS**

**GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON APENDICITIS**



Lic. Edy Luz Lazarte Rivera





6.1 GUÍA TÉCNICA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS

A. DEFINICIÓN

Apendicitis Aguda:

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal, también denominado apéndice vermiforme. Es una emergencia médica. El apéndice puede estallar o romperse. Esto es grave y puede provocar más infección¹⁻².

A. Fisiopatología:

El evento fisiopatológico que inicia con la inflamación del apéndice corresponde a la obstrucción de la luz apendicular que ocasiona aumento en la secreción mucoide, aumento de la presión intraluminal y distensión de la pared lo cual inhibe inicialmente el drenaje venoso y posteriormente el flujo arterial, apareciendo entonces isquemia y proliferación bacteriana. Finalmente ocurren gangrena perforación y peritonitis¹.

B. Etiología:

La obstrucción apendicular puede ser causada por hiperplasia linfoide, fecalitos o coprolitos, cuerpos extraños, infecciones parasitarias, enfermedades que cursan con incremento de la presión intraluminal del colon y disminución de la motilidad, tumor carcinóide, acodaduras, membranas o bridas congénitas o adquiridas, vólvulo del apéndice y trauma².

C. Epidemiología:

Causa más importante de operaciones abdominales urgentes en niños y adolescentes. Más frecuente en escolares, con máxima incidencia entre 9 y 12 años. Afecta raramente a menores de un año. Discreto predominio en sexo masculino. La incidencia estacional es inconstante y variable, aunque suele predominar en los meses de verano e invierno².

D. Cuadro Clínico:

Los signos y síntomas de la apendicitis pueden comprender:^{2,3}

- Dolor abdominal: síntoma más importante y siempre presente. Suele comenzar en epigastrio o región periumbilical, refiriéndose luego en el cuadrante inferior derecho o en región ilíaca derecha. Constante, se alivia en reposo, se incrementa al cambiar de posición en el lecho, al intentar deambular o con los movimientos bruscos del vehículo durante el traslado del paciente al centro de salud.
- Anorexia: muy frecuente, presente casi siempre desde el comienzo del dolor.



GUÍA TÉCNICA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS

- Náuseas y vómitos: siguen en orden al dolor. A veces ausente si tiene pocas horas de evolución.
- Fiebre: inicialmente poco importante y ausente si tiene pocas horas de evolución. Puede producirse elevación brusca en el momento de la perforación apendicular. Será más alta mientras mayor sea la peritonitis que se desarrolle.
- Tríada y secuencia típica (de Murphy): dolor abdominal, anorexia (o náuseas, o vómitos), febrícula o fiebre, en ese orden. Si tiene pocas horas de evolución, faltarán síntomas y su ausencia no excluye la enfermedad

B. POBLACIÓN OBJETIVO:

Pacientes pediátricos y adolescentes que acuden al Instituto Nacional de Salud del Niño- Nivel III-2 Servicio de Cirugía- Hospitalización.

C. OBJETIVO:

Objetivo General:

Estandarizar los cuidados de enfermería en la atención de pacientes con diagnóstico de apendicitis en el pre y post operatorio.

D. PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.

E. MATERIALES:

Equipos operativos para la atención del paciente. (Estetoscopio, puntos instalados de oxígeno y aspiración de secreciones, oxímetros de pulso, tensiómetro, termómetro, soporte, bombas de infusión. etc.



4

**GUÍA TÉCNICA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON APENDICITIS
F. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MODELO DE VALORACIÓN
POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON (RD N° 28-2019-DG-INSN)**

i. VALORACIÓN:

1. PATRÓN PERCEPCIÓN/ CONTROL DE LA SALUD

Se encuentra alterado debido a la edad del niño, no tiene el conocimiento sobre su condición y el manejo sobre su propia salud lo que dificulta la relación enfermera-paciente.

2. NUTRICIÓN-METABÓLICO

Está alterado el proceso digestivo por la presencia de náuseas, vómito e inapetencia, así como un desequilibrio nutricional.

Asimismo, presenta fiebre, así como el paciente permanece en reposo gástrico en el pre operatorio y post operatorio, de 4 a 6 horas posteriores al acto quirúrgico, (dependerá de la cirugía realizada, si es laparoscópica o convencional).

3. ELIMINACIÓN

En el post operatorio mediano se evaluará la función excretora del paciente generalmente los pacientes son dados de alta de recuperación despiertos y con micción espontánea, pocas veces baja con sonda Foley la cual será retirada lo más pronto posible salvo en situaciones de complicación renal.

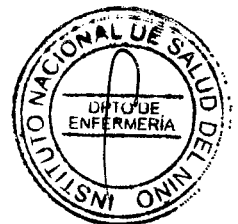
Pueden presentar estreñimiento o deposiciones líquidas como consecuencia de administración de fármacos.

4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Presentará limitaciones para el movimiento debido a herida quirúrgica, vías periféricas, dolor, y monitorización de funciones vitales.

5. SUEÑO Y DESCANSO

Alterado y condicionado a nivel del dolor, procedimientos invasivos, horario de tratamiento indicado, ausencia de su familiar.



GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS

6. PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Presentan dolor debido a la presencia de herida quirúrgica.

Al valorar el estado de conciencia, se encuentran despiertos, lucidos, orientados, en la mayoría de los pacientes, (a excepción de pacientes neurológicos en el que se aplicará la escala de Glasgow modificada).

Ansiosos, llorosos por encontrarse en reposo gástrico, y ambiente desconocido.

7. AUTOPERCEPCIÓN

Muestran preocupación por su imagen corporal (niños escolares. Adolescentes), por presencia de herida operatoria, perciben la preocupación de sus padres por su enfermedad y su recuperación.

8. ROL/RELACIONES

Dependientes de sus padres, valorar la comunicación entre paciente y padres.

9. SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

Valoración por sexo (hombres y mujeres) según grupo etario, adolescentes mujeres menarquia, alteraciones, protección.

10. AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Afrontamiento ineficaz de la familiar y en el paciente por la situación de salud que afronta. ocasionando actitudes negativas en el proceso de recuperación del paciente.

Preocupación por parte del familiar de los cuidados a brindar en su hogar al ser dado de alta

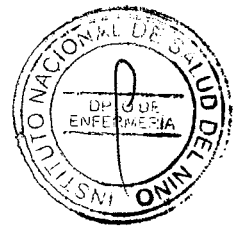
11. VALORES Y CREENCIAS:

Considerar y respetar la práctica y creencia religiosa del paciente y familia.



ii. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA - PRE OPERATORIO DE APENDICITIS^{5,6,7}

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12: CONFORT FASE 1. CONFORT FÍSICO 00132) DOLOR AGUDO relacionado con agente lesivo fisiológico (apendicitis) asociado a llanto, facies de dolor	(2101) Dolor efectos nocivos	210110 Estado de ánimo alterado 210111 Impaciencia 210127 Incomodidad 210128 Alteración de la sensación de control	(1410) Manejo del dolor: Agudo • Monitorizar el dolor usando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. (EVA) • Asegurarse que el paciente reciba atención analgésica indicada antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. • Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse verbalmente • Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos • Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. • Proporcionar información precisa a la familia sobre el dolor del paciente.	1.- Grave 2.- Sustancial. 3.- Moderado. 4.- Leve. 5.- Ninguno. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 11: SEGURIDAD / ROTECCIÓN LASE 6: ERMORREGULACIÓN (0007) HIPERTERMIA Placionado con Aumento de tasa metabólica asociado a levación de la temperatura corporal por encima de los nites normales.	(0800) Termorregulación	080001 Temperatura aumentada 080007 Cambios de coloración cutánea 080018 Disminución de la temperatura cutánea. 080020 Hipertermia	(3900) Regulación de la temperatura: • Observar el color, y la temperatura de la piel • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia. • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. • Administrar medicamentos antipiréticos si está indicado. • Utilizar baños tibios, compresas para disminuir la temperatura.	1.- Grave 2.- Sustancial. 3.- Moderado. 4.- Leve. 5.- Ninguno. PUNTUACION DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 9: FRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS LASE 2: RESPUESTAS DE FRONTAMIENTO (148) TEMOR relacionado con entorno desconocido, hospitalización y procedimientos hospitalarios	(1210) Autocontrol del miedo	121026 Incapacidad para dormir.	(5240) Asesoramiento • Demostrar empatía, calidez y sinceridad • Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda. (5610) Enseñanza pre quirúrgica: • Informar al paciente y familia la fecha, hora, y lugares programados para la cirugía. (5618) Enseñanza: • Procedimiento/tratamiento • Proporcionar distracción al niño para que desvíe su atención del procedimiento. 5606) Enseñanza Individual: • Establecer una relación de confianza.	1.- Grave
		121029 Abandono		2.- Sustancial.
		121031 Temor verbalizado.		3.- Moderado.
		121032 Lloroso		4.- Leve.
				5.- Ninguno.
PUNTUACIÓN DIANA				Mantener a
				Aumentar a



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 9: FRONTAMIENTO/ CLERANCIA AL ESTRÉS LASE 2: RESPUESTAS DE FRONTAMIENTO 0146) ANSIEDAD lacionado con Intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud asociado a temor, nerviosismo.	(1301) Adaptación del niño a la hospitalización	130102 Ansiedad por la separación. 130112 Mantenimiento de la relación padre hijo 130118 Cooperación en los procedimientos	(85820) Disminución de la ansiedad: • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad • Crear un ambiente que facilite confianza. • Alertar a la familia a no manifestar sus sentimientos en presencia del niño. • Facilitar las visitas de sus familiares. (1850) Mejorar el sueño: • Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día y noche normales 85618) Enseñanza: Procedimiento/tratamiento: • Explicar el procedimiento, tratamiento. • Explicar el propósito del procedimiento, tratamiento.	1.- Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado PUNTUACION DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 7: ROL / RELACIONES FASE 2 RELACIONES FAMILIARES 0060) INTERRUPTIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES Relacionado con cambio en el estado de salud de un miembro asociado a los cambios de interacción con la familia.	(2603) Integridad de la familia	260304 Los miembros se ayudan entre sí para desempeñar los roles y las tareas diarias	(7140) Apoyo a la familia: • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. • Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia. • Aceptar los valores familiares sin emitir juicios. • Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia. (5240) Asesoramiento • Demostrar empatía, calidez y sinceridad • Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda • Favorecer la expresión de sentimientos.	1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.-Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado. PUNTUACION DIANA Mantener a Aumentar a



ii. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA - POST OPERATORIO - DE APENDICITIS ^{5,6,7}

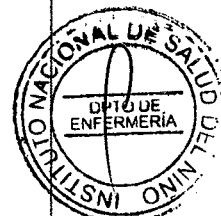
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 12: CONFORT LASE 1: CONFORT FÍSICO 0132) DOLOR AGUDO lacionado con procedimiento quirúrgico asociado a expresión cial, conducta expresiva de quietud.	(2102) Nivel del dolor	(210206) Expresiones faciales de dolor (210201) Dolor referido. (210208) Inquietud	(1410) Manejo del dolor: Agudo • Control de funciones vitales • Monitorizar el dolor usando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. (EVA). • Administrar medicamentos analgésicos según indicación médica. • Observar si hay indicios no verbales de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse verbalmente • Proporcionar información precisa a la familia sobre el dolor del paciente. • Colocar al paciente en posición antálgica para aliviar el dolor • Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. • Brindar comodidad y confort.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a

GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12: CONFORT SICO LASE 1 DISCONFORT 0134) NAÚSEAS relacionado en Medicación anestésica, intervención quirúrgica, asociada a presencia de náuseas, distensión abdominal, ausencia de eliminación de flatos.	(1618) Control de náuseas y vómitos:	(161801) Reconoce el inicio de las náuseas. (161808) Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones.	(1450) Manejo de las náuseas. - Realizar la valoración completa de las náuseas. - Fomentar el descanso y el sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas. - Controlar los factores que puedan provocar náuseas, estimulación visual desagradable. - Explicar al paciente y/o los familiares la acción y los efectos secundarios esperados en la medicación. - Observar si hay manifestaciones no verbales de molestias, como arcadas en los pacientes que no pueden comunicarse de manera eficaz. - Observar la presencia de distensión abdominal. - Auscultar la presencia de ruidos intestinales. - Interrogar al paciente sobre la eliminación de flatos. - Proporcionar alivio al paciente mediante el ofrecimiento de torundas con alcohol para oler.	1.- Nunca demostrado. 2.-Raramente demostrado. 3.-A veces demostrado. 4.-Frecuentemente demostrado. 5.-Siempre demostrado PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



	(0602) Hidratación	(060202) Membranas mucosas húmedas. (060211) Diuresis	4120) Manejo de líquidos • Monitorizar las funciones vitales. • Valorar el estado hemodinámico del paciente. • Balance hídrico estricto. (Contar o pesar los pañales según corresponda) • Vigilar el estado de hidratación del paciente. • Administrar la terapia endovenosa según indicación médica. • Instruir al paciente y a los familiares sobre el reposo gástrico. • Valorar la presencia de ruidos intestinales. • Valorar el inicio de la tolerancia oral e incrementar la tolerancia según indicación. • Valorar si el paciente presenta; distensión abdominal, náuseas, vómitos, en la administración de la tolerancia oral.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a
--	---	---	---	--



GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS

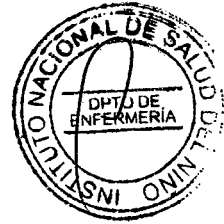
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 11: EGURIDAD/ OTECCIÓN LASE 1: INFECCION 0266) RIESGO DE IFECCIÓN DE HERIDA PERATORIA relacionado con resencia de secreción rosanguinolenta, eritema rcundante a herida.	(1924) Control del Riesgo Proceso Infeccioso	192426 Identificar factores de riesgo de Infección 192405 Identificar signos y síntomas de infección. 192413 Desarrollar efectivas de control de infecciones 192414 Utilizar precauciones universales.	(6550) PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES • Aplicar precauciones estándar o universales ▪ Lavado de manos clínico (5 momentos) ▪ Uso correcto de EPP ▪ Limpieza, desinfección y esterilización de los equipos y dispositivos médicos ▪ Inyección segura ▪ Manejo de la ropa • Aplicar las medidas de prevención según procedimiento invasivo / herida quirúrgica • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Observar y valorar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Enseñar al paciente y familia como evitar infecciones (cumplimiento de lavado de manos, cuidado de la herida y/o dispositivos invasivos del paciente: no manipular). • Notificar la sospecha de infecciones y/o resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.	1.- Extenso. 2.- Sustancial. 3.- Moderado. 4.- Escaso. 5.- Ninguno. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



65

(1102) Curación de la herida por primera intención.	(110203) Secreción serosa de la herida. (110204) Secreción sanguinolenta de la herida (110208) Eritema cutáneo circundante	(3660) Cuidados de las heridas • Preparar el ambiente, al paciente y el coche de curaciones. • Brindar el apoyo emocional y acompañamiento al paciente en el momento de la curación. • Inspeccionar la herida observando el apósito que lo cubre. • Controlar las características de las heridas, incluyendo tamaño, drenaje, color, olor. • Asistir al médico durante la curación de las heridas y registrar cualquier cambio producido, como retiro de drenes, retiro de puntos. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Administrar antibioterapia indicado. 3440) Cuidados del sitio de incisión • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento o signos de dehiscencia. • Observar si hay signos o síntomas de infección de la incisión. • Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
---	--	--

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 4: ACTIVIDAD / EPOSO LASE 2 ACTIVIDAD / JERCICIO	(0200) Ambular	(020003) Camina a paso lento. (020004) Camina a paso moderado. (020005) Camina a paso rápido. (020010) Camina distancias cortas	(5612) Enseñanza: ejercicio prescrito - Administrar al paciente el analgésico indicado antes de la deambulación según indicación médica. - Evaluar las limitaciones fisiológicas y psicológicas del paciente, así como su condición y nivel cultural. - Explicar al familiar y al paciente si está en capacidad de entender la importancia de la deambulación precoz. - Levantar al paciente a las 6 u 8 horas luego de la cirugía si su condición lo permita e indicación médica. - Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación - Animar al paciente a sentarse en un lado de la cama, o en la silla según tolerancia. - Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas con ayuda del personal o del familiar. - Enseñar al paciente la postura mecánica corporal correcta según corresponda.	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido. 3.Moderadamente comprometido. 4.-Levemente comprometido. 5.- No comprometido
0088) DETERIORO DE LA MBULACIÓN relacionado con dolor, temor a la presencia de herida quirúrgica asociado a lentecimiento del movimiento.				PUNTUACIÓN DIANA Mantener a ... Aumentar a ...



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ EPOSO. LASE 5: AUTOCUIDADO (0108) DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO, Relacionado con nivel de dependencia asociado a la presencia de dolor, incapacidad para lavarse parcialmente el cuerpo.	(0301) Autocuidado: Baño	(030102) Obtiene los suministros para el baño (030109) Se baña en la ducha.	(1801) Ayuda con el autocuidado: baño/higiene • Preparar el ambiente y los elementos necesarios para el baño. • Revisar en la historia clínica las indicaciones médicas de actividad. • Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita. • Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo, limitación del movimiento. • Proporcionar intimidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente, mediante la colocación de biombos. • Valorar la integridad cutánea de la piel del paciente. • Fomentar la participación de la madre en el momento del baño. • Proporcionar ayuda en el baño al paciente hasta que sea capaz de asumir su autocuidado.	1.- Gravemente comprometido. 2.- Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 1: PROMOCIÓN DE A SALUD LASE 1: TOMA DE ONCIENCIA DE LA SALUD 0097) DEFICIT DE CTIVIDADES RECREATIVAS acionado con aburrimiento al paciente asociado a itabilidad, llanto.	(1604) Participación en actividades de ocio	(160412) Elige actividades de ocio de interés. (0116) Participación en juegos	(5360) Terapia de entretenimiento • Ayudar al paciente / familiar a identificar las actividades recreativas favoritas. • Proporcionar un ambiente seguro • Brindarles en lo posible actividades lúdicas que los mantengan entretenidos. • Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes a sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. • Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad (juegos de Mesa ajedrez, damas, ludo). • Supervisar las sesiones recreativas según cada caso.	1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.-Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 1: PROMOCIÓN DE A SALUD LASE 2: GESTIÓN DE LA ALUD 0162) DISPOSICIÓN PARA EJORAR LA GESTIÓN DE LA ALUD manifestado por los adres deseos de aprender el igimen terapéutico prescrito rte la posibilidad de alta.	(1601) Conducta de cumplimiento	(160104) Acepta el diagnóstico. (160103) Realiza el régimen terapéutico según recomendado	(7370) Planificación del alta: - Identificar la comprensión de los conocimientos necesarios por parte del cuidador principal para poner en práctica las indicaciones y cuidados del paciente después del alta. - Orientar a los familiares del paciente a cerca de los cuidados que debe tener al ser dado de alta el paciente. - Orientar y apoyar al familiar sobre los trámites administrativos que derivan del alta. (2395) Control de la medicación: - Absorber todas las dudas y consultas que tenga antes de irse de alta. - Orientar al paciente y familiar del régimen Farmacológico que va a usar cuando se encuentre en su casa. (7910) Consulta: - Orientar a los padres en cuanto a la fecha que debe acudir a consultorio para la curación de herida, retiro de puntos. (1100) Manejo de la nutrition: - Orientar al familiar y al paciente la dieta Que debe seguir luego del alta.	1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.-Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



G. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

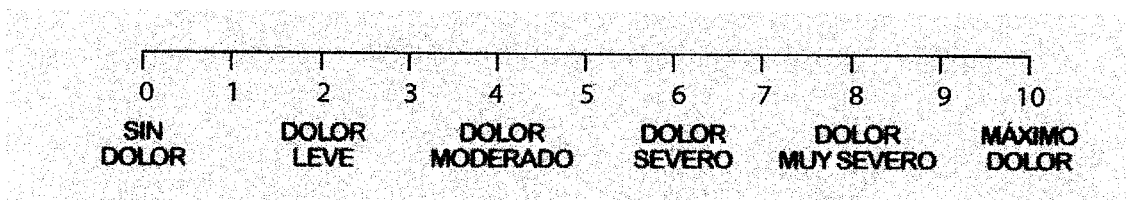
1. Flores M. Apendicitis Aguda. Hospital María Auxiliadora. Disponible en: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v59i4.257>.
2. Gonzales S., Gonzales L., Quintero Z., Rodríguez Y., Fonseca E. Apendicitis aguda en el niño. Guía práctica clínica. Revista cubana de Pediatría 2020. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/345243299>.
3. Villazón, R, Espinoza, M, Acosta, KS. Revista desafíos. 2013 semestre A. Disponible en: <http://revistas.ut.edu.co/index.php/desafios/article/view/459>
4. Bibliografía: Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc-20369543>.
5. Heather T PRKSF. Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación. Una décima edición ed. Barcelona España: Elsevier; 2018-20120.
6. Moorhead S, Swanson E, Johnson MP, Maas MLP. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta edición ed. arcelona España: Elsevier; 2018.
7. Butcher HK, Dochterman JMP, Bulechek MPRF, Wagner CMPM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima edición ed. Barcelona España: Elsevier; 2018.



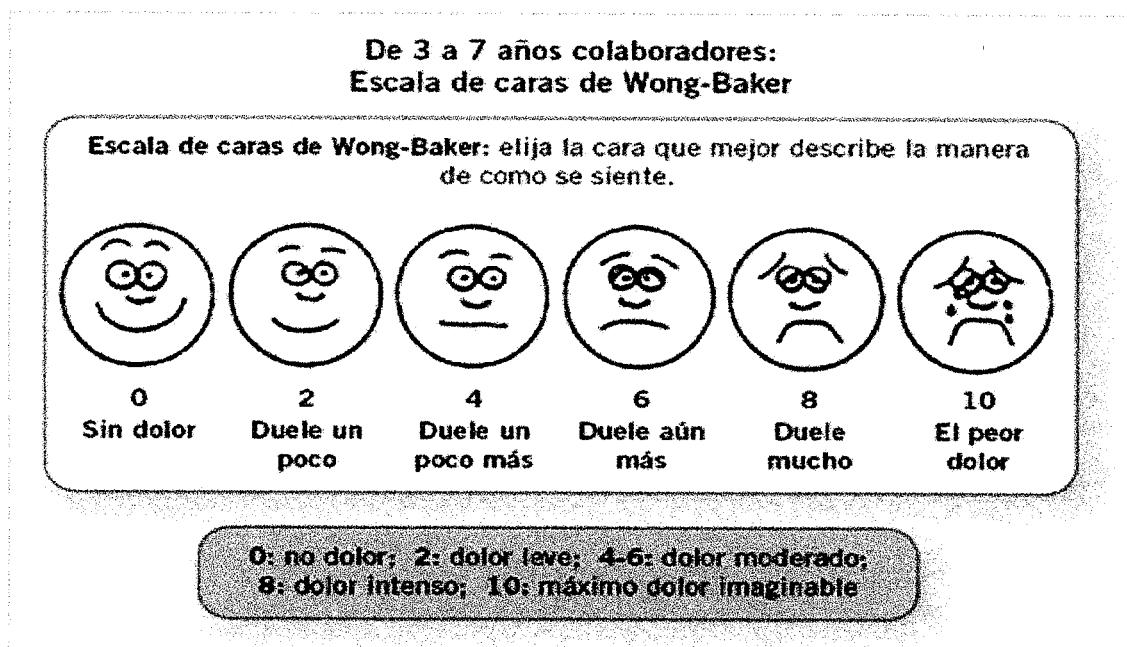
H. ANEXOS

ANEXO N°1 INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR

La **escala EVA** (Escala Analógica Visual) es una línea recta de 10 centímetros de longitud. En su extremo izquierdo aparece la figura que indica «sin dolor», y en el extremo derecho la de «dolor insoportable». Es el paciente quien debe señalar cuál es el punto de dicha línea que mejor se ajusta a cómo percibe él la intensidad del dolor que está sufriendo.



<https://www.esalud.com/escala-eva-valorar-dolor>



<https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/como-se-evalua-dolor-en-ninos>



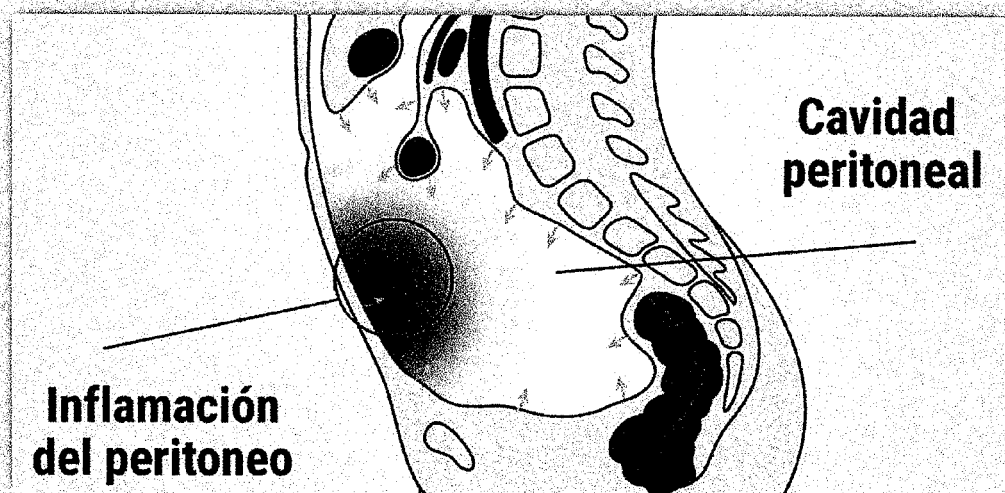
GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS

ANEXO N°2 ESCALA DE ALVARADO (APENDICITIS AGUDA)

Escala de Alvarado		
Apendicitis aguda		
Síntomas		Puntos
	• Migración del dolor	1
	• Anorexia	1
	• Náuseas/ vómito	1
Signos		
	• Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	• Rebote (+)	1
	• Fiebre	1
Laboratorio		
	• Leucocitosis	2
	• Desviación a la izquierda de neutrófilos	1
Total		10
9 - 10 puntos: Casi certeza de apendicitis > 7 puntos: Alta probabilidad de apendicitis 6 - 5 puntos: Consistentes con apendicitis pero no diagnóstica ≤ 4 puntos: Baja probabilidad de apendicitis aguda		
La que presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.		

Fases de la apendicitis aguda	
Catarral o mucosa	• Inflamación submucosa • Macroscópicamente normal
Flemonosa o fibrinosa	• Ulceración mucosa
Purulenta	• Exudado purulento (luz y periapendicular)
Gangrenosa	• Necrosis y perforación • Peritonitis localizada: absceso/plastrón • Peritonitis difusa
Progresión del edema, secreción e infección provoca oclusión del flujo arterial	
Tip: 80% de los casos la etiología principal de obstrucción es hiperplasia linfóide. En 30-40% de los casos es por fecalito o apendicolito.	
La que presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.	

GUÍA CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
DIAGNÓSTICO DE PERITONITIS



6.2 GUÍA CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PERITONITIS

A. DEFINICIÓN¹:

La peritonitis es una inflamación de la cavidad peritoneal debida a una infección, traumatismos o irritantes químicos como la bilis, el jugo pancreático o los jugos intestinales. En general se presenta de forma aguda y puede ser localizada o difusa.

Las peritonitis infecciosas, dependiendo de su origen, suelen clasificarse como primarias, secundarias y terciarias.

La peritonitis primaria o espontánea no está relacionada con ningún foco intraabdominal o perforación del tubo digestivo.

La secundaria suele aparecer tras una complicación intraabdominal como una perforación gástrica o de víscera hueca, ruptura del apéndice o de un absceso o contaminación quirúrgica o traumática.

La peritonitis terciaria aparece en pacientes postoperados con una peritonitis secundaria que no responde al tratamiento y que presenta fallo multiorgánico o sepsis.

i. FISIOPATOLOGÍA²:

La peritonitis difusa es un proceso inflamatorio peritoneal de carácter generalizado, de causa infecciosa y usualmente supurativo. Esta clase de peritonitis ocurre inicialmente luego del escape de microorganismos del órgano lesionado.

Las etapas iniciales son:

- ✓ Contaminación presencia de gérmenes en el peritoneo sin respuesta inflamatoria),
- ✓ Infección se añade una respuesta inflamatoria local
- ✓ Sepsis existe una respuesta inflamatoria sistémica al proceso infeccioso peritoneal inicialmente localizado.

La severidad de la infección dependerá de:

La fuente de contaminación, duración, presencia de sustancias adyuvantes, sinergismo bacteriano y defensa del huésped. El derrame intraperitoneal provoca capilaritis, exudación, edema subendotelial.

Otros fenómenos importantes son:

- Translocación bacteriana, debido a fallo de la barrera intestinal, que produce endotoxemia portal, y a la circulación general.
- Migración de gérmenes.
- Permeación de toxinas, constituye el fenómeno desencadenante en la cascada de la sepsis, que activan los mecanismos de defensa y originan la respuesta inflamatoria sistémica



ii. ETIOLOGÍA³:

La inflamación del peritoneo puede producirse por:

1. Llegada de gérmenes a la cavidad abdominal: por infecciones agudas como son la apendicitis, colecistitis, úlceras perforadas, diverticulitis, pancreatitis, salpingitis, infecciones pélvicas, etc. Por perforaciones agudas debidas a cuadros infecciosos o traumáticos o estrangulación o infarto intestinal.
2. Presencia de sustancias químicas irritantes: ej. Pancreatitis.
3. Por la presencia de cuerpos extraños: gasa, talco, almidón, etc.
4. Por la presencia de sustancias raras (endógenas o exógenas): escape anastomótico, contaminantes como sangre, bilis, orina, etc.

Es importante anotar que dependiendo de la naturaleza de la sustancia habrá mayor o menor reacción peritoneal, así de mayor a menor, tenemos: líquido pancreático, líquido intestinal, sangre, bilis y orina.

Los gérmenes pueden invadir el peritoneo por tres vías:

1. Vía Directa o local. - En donde la contaminación puede tener lugar por:
 - a. Ruptura de víscera hueca de causa inflamatoria o traumática,
 - b. Ruptura de proceso séptico asentado en cualquier víscera,
 - c. Invasión de la serosa.
2. Vía sanguínea.
3. Vía linfática.³

iii. EPIDEMIOLOGIA:

La peritonitis es una infección frecuente en pediatría, y representa una importante causa de morbilidad en niños. La etiología más común es la peritonitis secundaria, que resulta de la contaminación de la cavidad peritoneal por la flora endógena secundaria a pérdida de la integridad del tracto gastrointestinal. La peritonitis primaria es menos frecuente y ocurre sin una fuente de infección intraabdominal evidente.⁴

iv. CUADRO CLÍNICO:

Algunos de los signos y síntomas de la peritonitis son:

- Dolor abdominal o sensibilidad al tacto
- Hinchazón o sensación de pesadez en el abdomen
- Fiebre
- Náuseas y vómitos
- Pérdida del apetito



- Diarrea o estreñimiento
- Baja producción de orina
- Sed
- Incapacidad de defecar o echar gases
- Fatiga
- Desorientación.⁵

B. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes pediátricos y adolescentes menores de 17 años que acuden al Instituto Nacional de Salud del Niño Nivel III-2 Servicio de Cirugía – Hospitalización con diagnóstico de peritonitis.

C. OBJETIVO:

Objetivo General:

Estandarizar el “Cuidado” mediante la aplicación del Proceso de atención de Enfermería en el paciente con diagnóstico de peritonitis

D. PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.

E. MATERIALES:

Equipos operativos (Estetoscopio, manómetros de aspiración, de oxígeno, equipo de PA, oxímetros de pulso, monitores, soportes, bomba de infusión, equipo de aspiración,) etc.

F. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA SEGÚN MODELO DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON (RD N° 28-2019-DG-INSN)

i. VALORACIÓN

1.- PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

Alteración en el cuidado de la salud del niño debido al desconocimiento de la enfermedad por los padres.

Paciente presenta dolor abdominal o sensibilidad al tacto, Hinchazón o sensación de pesadez en el abdomen, y un aparente mal estado general.



2.- NUTRICIONAL METABÓLICO

Paciente presenta estado nutricional alterado por náuseas vómitos, hipo, pérdida del apetito, pérdida de peso, mucosas secas, deshidratación.

3.- ELIMINACIÓN

Paciente presenta cuadros de diarrea, y/o estreñimiento disminución de diuresis.

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

Paciente puede presentar fatiga, desorientación, cansancio y debilidad generalizado.

5.- SUEÑO Y DESCANSO

Paciente con patrón de sueño alterado, presenta trastorno en la cantidad y calidad del sueño, debido a dolor, situaciones ambientales, y procedimientos propios de enfermería.

6.- COGNITIVO-PERCEPTIVO

Responde a reflejos dolorosos y estímulos verbales, se observan gesticulaciones de dolor.

7.- AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

Paciente ansioso, lloroso por la soledad del ambiente de hospitalización, asociado al deseo de tener contacto con sus padres

8.- ROL RELACIONES

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

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

No alterado. Sexualidad de acuerdo a la edad.

10.- ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

Presenta inquietud, irritabilidad, ansiedad a la hospitalización.
Familiares preocupados por el estado de salud de paciente.

11.- VALORES-CREENCIAS

Padres creyentes



ii. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POST OPERATORIO DE PERITONITIS 6,7,8

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
MINIO 12: CONFORT SE 1: CONFORT CO 32) DOLOR AGUDO cionado con agentes ros físico (herida ratoria y procedimiento úrgico) asociada a facies olor, llanto e irritabilidad.	(2102) Nivel del dolor	(210201) Dolor referido (210204) Duración de los episodios de dolor (210206) Expresión facial del dolor (210208) Inquietud (210224) Muecas de dolor (210225) Lagrimas	(1410) Manejo del dolor agudo - Identificar la intensidad del dolor. durante los movimientos en las actividades recuperación, ejemplo tos, respiración profunda, deambulación y transferencia a una silla. - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición viable y apropiada a la edad del paciente (EVA) - Observar si hay síntomas de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse - Administrar analgésicos después de la cirugía según indicación médica. - Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. - Brindar comodidad y confort.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. ninguna PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar

GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PERITONITIS

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
NIÑO 2 NUTRICIÓN NIÑO 5 HIDRATACIÓN NIÑO 25) RIESGO DE NIÑO 3) EQUILIBRIO DEL NIÑO 4) MEN DE LÍQUIDOS NIÑO 6) ACCIONADO con líquidos de líquidos por balance y/o régimen péptico (NPO)	(0601) Equilibrio hídrico.	(060107) Entradas y salidas diarias equilibradas (060109) Peso corporal estable (060116) Hidratación cutánea (060117) Humedad membranas mucosa (060126) Función renal (060127) Cantidad de orina	(4120) Manejo de líquidos • Pesar a diario a paciente y controlar su evolución. • Realizar balance hídrico estricto un registro preciso de entradas y salidas. • Vigilar el estado de hidratación, así como; mucosas, pulso, PA según sea el caso. • Monitorizar los signos vitales según corresponda. • Administrar líquidos según corresponda y con indicación médica. • Administrar la reposición prescrita de líquidos EV y/o sonda nasogástrica según corresponda. • Asegurarse de que la solución intravenosa que contenga electrolitos se administre a un ritmo constante según corresponda. • Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos. • Valorar el estado de hidratación del paciente y comunicar al médico signo de alarma.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PERITONITIS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
MINIO 11 SEGURIDAD DETECCION DE 1 INFECCION RIESGO DE DE HERIDA RURGICA relacionado procedimiento invasivo, punción quirúrgica, injertos, catéteres.	(1902) Control del riesgo (1908) Detección de riesgo	(190201) Reconoce factores de riesgo (190209) Evita exponerse a las amenazas para la salud. (190801) Reconoce síntomas y signos que indican riesgo (190802) Identifica los posibles riesgos para su salud	(6550) Protección contra las infecciones. • Aplicar precauciones estándar o universales - Lavado de manos clínico (5 momentos) - Uso correcto de EPP - Limpieza, desinfección y esterilización de los equipos y dispositivos médicos - Inyección segura - Manejo de la ropa • Aplicar técnica aséptica • Manejo de la ropa • Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Observar la aparición de fiebre • Limitar el número de visitas • Monitorizar al paciente y vigilar signos de shock séptico. • Instruir al paciente y familia acerca de las diferencias entre infecciones virales y bacterianas.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PERITONITIS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
WINIO 11: SEGURIDAD DE LA VIDA WTECE2: LESIÓN FÍSICA W44) DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR cionado con sedimiento quirúrgico ciado a herida operatoria	(1101) Integridad tisular: Piel y membranas mucosas	(110101) temperatura de la piel. (110111) perfusión tisular (110113) Integridad de la piel	(3440) Cuidados del sitio de incisión. • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. • Observar las características de cualquier drenaje. • Vigilar el proceso de cicatrización del sitio de incisión. (3660) Cuidados de la herida: • Observación permanente de los apósitos y cambiarlos según la cantidad de exudado y drenaje. Según corresponda • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color tamaño, olor e infección y/o dehiscencia de herida operatoria • Aplicar medidas de bioseguridad antes y después de realizar la curación. • Comparar y registrar en forma regular cualquier cambio presentado en la herida operatoria. • Participar en la curación de la herida operatoria.	1.- Gravemente comprometido. 2.- Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



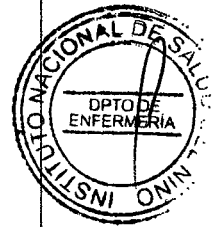
GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PERITONITIS

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
INICIO 4: ACTIVIDAD OSO. ISE2: ACTIVIDAD RCICIOS 85) DETERIORO DE LA VILIDAD FÍSICA cionado con dolor en da operatoria asociado a o y rechazo para inar.	(0208) Movilidad	(020802) Mantenimiento de la posición corporal. (020814) Se mueve con facilidad (020806) Ambulación	(5612) Ejercicio prescrito: • Movilizar al paciente indicándole la importancia de moverse. • Instruir en la realización de ejercicios activos y pasivos en la cama • Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. • Ayudar al paciente / y a familiares a la movilización del paciente. • Ayudar al paciente a sentarse al borde de la cama si no puede moverse o caminar. (200) Fomento del ejercicio: • Enseñar a la paciente técnica de respiración y de presión de la herida para disminuir el dolor al deambular. • Fomentar en el familiar la importancia de la deambulación precoz. • Animar al paciente en todo momento a la movilización.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



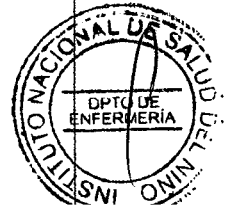
GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PERITONITIS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
WINIO 9 CONTAMINAMIENTO EXPOSICIÓN AL ESTRÉS FASE 2 RESPUESTA DE CONTAMINAMIENTO (146) ANSIEDAD DE LOS NIÑOS relacionado con temor al cambio en el estado de la salud de su niño	(1402) Autocontrol de la ansiedad	(140201) Monitoriza la intensidad de la ansiedad (140210) Mantiene el desempeño del rol (140211) Conserva las relaciones sociales (140220) Obtiene información para reducir la ansiedad	(5270) Apoyo emocional: - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias - Proporcionar apoyo durante la negación. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. (5240) Asesoramiento: - Establecer una relación terapéutica con los familiares basado en la confianza y el respeto. - Demostrar empatía, calidez y sinceridad. - Establecer coordinación con asistencia social para ayuda correspondiente. - Establecer el vínculo familiar (madre) con el cirujano tratante.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PERITONITIS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
NIÑO 12: CONFORT NIÑO 1: CONFORT CO NIÑO 14) DISCONFORT con ción quirúrgica ciado llanto, irritabilidad, ir, miedo, temor, etc.	(2002) Bienestar personal	(200205) Salud física (200206) Estado cognitivo (200207) Capacidad de afrontamiento (200210) Capacidad para expresar sus emociones	(5230) Mejorar el afrontamiento: • Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad. • Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador. • Proporcionarle un trato amable cálido y oportuno. • Favorecer las actividades sociales y recreativas. • Permitir el acompañamiento del familiar si fuera necesario. • Informar al paciente las rutinas del servicio. (5602) Enseñanza: Proceso de la enfermedad. • Proporcionarle información al paciente según corresponda. • Identificar cambios en el estado físico del paciente. • Proporcionar información a la familia a cerca de los progresos del paciente según corresponda.	1. No del todo satisfecho 2. Algo satisfecho 3. Moderadamente satisfecho 4. Muy satisfecho 5. Completamente satisfecho PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



			(5618) Enseñanza: Procedimiento tratamiento •Mostrar seguridad en el procedimiento para aliviar tensión en el niño y familiar. •Proporcionar distracción al niño para que desvíe su atención del procedimiento. •Explicar al familiar sobre el procedimiento a realizar. •Explicar la importancia del procedimiento (5270) Apoyo emocional: •Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. •Permanecer con el paciente y proporcionarle sentimientos de seguridad durante de los periodos de más ansiedad y temor.	
--	--	--	---	--

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
MINIO 3 ELIMINACIÓN E ERCAMBIO. SE 2: FUNCIÓN STROINTESTINAL (96) MOTILIDAD STROINTESTINAL FUNCIONAL cionado con Inmovilidad ciado a distensión ominal, ausencia de os hidroaéreos, dolor ominal.	(1015) Función gastrointestinal.	(101513) Dolor Abdominal. (101514) Distensión abdominal. (101533) Vómitos	(1080) Sondaje nasogástrico: • Explicar al paciente y familia razones para usar una sonda nasogástrica. • Mantener la sonda nasogástrica a gravedad según corresponda e indicación médica. (1570) Manejo del vomito: • Proporcionarle apoyo emocional. • Limpiar después del episodio del vomito poniendo especial atención en eliminar el olor. • Valorar el color, la consistencia, presencia se sangre, duración de la emesis. • Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. • Brindar torundas de algodón con alcohol para oler que favorecerá a disminuir la sensación nauseosa.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. ninguna PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



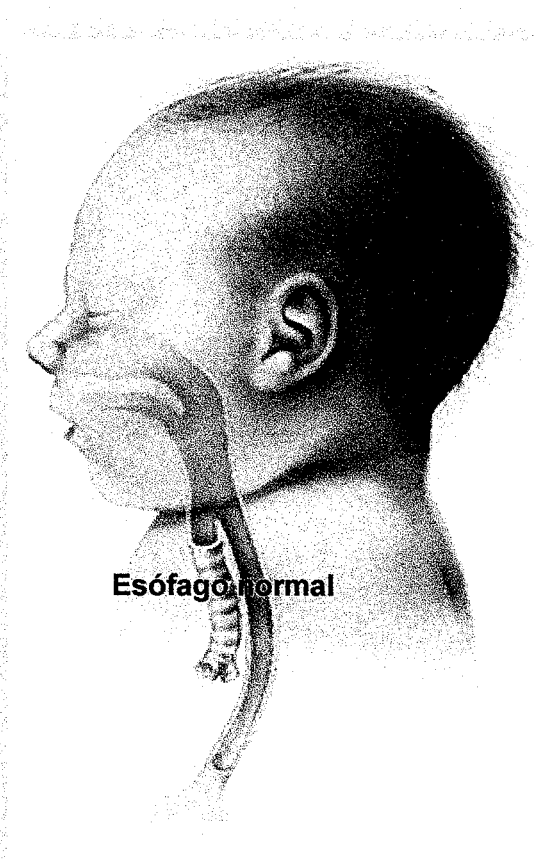
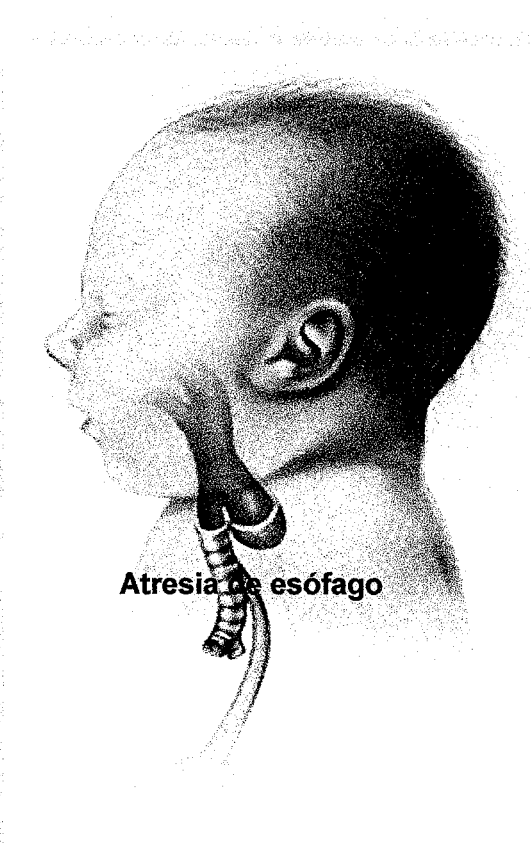
G. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. M. Gurgui, A. Moreno. A. Sitges. M. Blanes. Peritonitis y otras infecciones intra abdominales. Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona. disponible en: seimc-procedimientoclinicoix.pdf.
2. Dra. Roque R.,1 Dr. Ramírez E.,2 Dr. Leal M.,3 Dr. Taché M.,4 y Dr. Adefna R.5 Peritonitis difusas. Actualización y tratamiento. Rev cubana cir v.39 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2000. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932000000200007.
3. Dra. Huamán M. PERITONITIS. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_12_peritonitis.htm
4. M.J. Navia y P.L. Caroli. Peritonitis primaria en niños sanos. Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Buenos Aires. Argentina diciembre 2004
5. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición. Disponible <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/peritonitis/symptoms-causes/syc-20376247>
6. Heather T, PhD, RN, Kamitsuru S. FNI, PhD, RN, FNI Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier Barcelona España. 2018-2020
7. Moorhead S & Swanson E. & Johnson M & L. Maas M. CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC), sexta edición Elsevier Barcelona España 2018
8. K. Butcher H, M. Bulechek G, M. Dochtermen J, M. Wagner C. CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC) séptima edición Elsevier Barcelona España 2019



**GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON
DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO**

**GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON
DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO**



Lic. Edy Luz Lazarte Rivera

GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

6.3. GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

A. DEFINICIÓN:

La atresia de esófago es una malformación congénita que consiste en la falta de continuidad de la luz de este órgano, finalizando en un saco ciego, con frecuencia presenta una comunicación con la vía aérea, específicamente con la tráquea denominada fístula traqueoesofágica ^{1,2}

i. ETIOLOGIA ²

Aún no es muy clara la etiología de la atresia de esófago. Se cree que durante el proceso de organogénesis traqueal y esofágica puede haber diferentes agentes que intervienen, generando así una atresia de esófago que se puede presentar en sus diversas variantes.

Clasificación de la atresia de esófago:

Las atresias de esófago se clasifican en cinco tipos:

Tipo I Atresia de esófago sin fístula

Tipo II Atresia de esófago con fístula superior

Tipo III Atresia de esófago con fístula inferior

Tipo IV Atresia de esófago con fístula superior e inferior

Tipo V Fístula traqueoesofágica sin atresia de esófago, o fístula en H

ii. FISIOPATOLOGÍA:²

La lesión pulmonar en los recién nacidos con atresia de esófago se puede producir por dos mecanismos: El alimento o saliva es deglutido, y se encuentra con la falta de continuidad del esófago, con la bolsa superior. Una vez que la bolsa se llena, el contenido vuelve a la faringe, de allí pasa a la vía aérea, y continúa su tránsito al pulmón provocando atelectasias y neumonía. En el momento del nacimiento, el recién nacido comienza a respirar. El aire inspirado pasa por la fístula traqueoesofágica al segmento esofágico inferior y de allí, al estómago. Éste se distiende, y vuelca su contenido por la misma fístula, y en sentido contrario al aire, ingresando al pulmón. Este mecanismo daña el parénquima pulmonar, provocando neumonitis química por la presencia del ácido clorhídrico del estómago. ²

La asociación de anomalías vertebrales, anales, cardíacas, traqueoesofágicas, renales y de las extremidades puede ser evidencia de un trastorno generalizado de la embriogenia²



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

39

iii. EPIDEMIOLOGIA:³

La atresia esofágica y la fístula traqueoesofágica se presentan en 1 de cada 4000 nacimientos en ambos sexos. Es común que estos neonatos sean prematuros, el 34% de los recién nacidos con atresia de esófago tienen un peso inferior a 2500 gramos al nacer³

v. CUADRO CLÍNICO:⁴

Los signos característicos son secreciones excesivas, tos y cianosis tras los intentos de alimentación y neumonía por aspiración. La atresia esofágica con una fístula distal provoca distensión abdominal, cuando el lactante llora, el aire de la tráquea es impulsado a través de la fístula hacia el segmento inferior del esófago y el estómago.⁴

- Síntomas respiratorios: Tos, disnea continua o intermitente, cianosis, por paso directo de secreciones o alimentos, o por reflujo, en las variedades con fístula, o por bronca aspiración, cuyos síntomas se exacerban con la ingestión de alimentos.
- Sialorrea.
- Regurgitación de los líquidos ingeridos.
- El examen físico del tórax puede mostrar estertores pulmonares húmedos.
- El abdomen puede estar excavado, en la variedad sin fístula, o distendido, en la que se acompaña de fístula traqueoesofágica distal.
- Al introducir una sonda en el esófago, ella quedará detenida a una distancia variable en su trayecto. Se debe tener en cuenta la posibilidad de una acodadura de la sonda.
- La variedad de fístula sin atresia puede sospecharse si el paciente presenta bronconeumonías a repetición o crisis de disnea o sofocación cuando ingiere alimentos.⁴

B. POBLACIÓN OBJETIVO:

Pacientes neonatos con diagnóstico de atresia esofágica hospitalizados en el servicio de cirugía en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

C. OBJETIVO:

Objetivo General:

Estandarizar los cuidados de enfermería que servirán de guía para la aplicación del proceso de atención de enfermería en el paciente pediátrico con diagnóstico de atresia esofágica.



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

38

D. PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.

E. MATERIALES:

- Historia clínica.
- Registro de enfermería.

F. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES M. GORDON (RD 28-2019-DG-INSN)

I. VALORACIÓN:

1.- PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD:

Se encuentra alterado debido al estado del niño que presenta; salivación excesiva, tos, cianosis, dificultad respiratoria (ocasionados por el paso de saliva y jugo gástrico hacia las vías aéreas) y distensión abdominal.

2. PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO:

Esta afectado el proceso digestivo, por la discontinuidad y/o fistula del esófago, presencia de sialorrea, ayuno prolongado, desequilibrio nutricional, disminución del peso corporal, desequilibrio hídrico.

3. PATRÓN ELIMINACIÓN:

Alteración de la función renal presencia de polaquiuria.
Estreñimiento
Presencia de sudoración

4. PATRÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO:

Esta necesidad depende del estado de salud del recién nacido y su disposición hacia el juego, papel en que participa la madre con ayuda de la enfermera.
Hipoactivo, poco reactivo al estímulo, Llanto débil.

5. PATRÓN REPOSO SUEÑO:

Es común que los recién nacidos con esta malformación estén somnolientos o adormilados y tengan irritabilidad por la misma falta de descanso.



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

6. PATRÓN CONGNITIVO- PERCEPTUAL:

Con respecto a esta necesidad los neonatos pueden observarse hipoactivos y en una posición dorsal desorganizada incapaz de reorganizarse corporalmente por dolor.

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN- AUTO CONCEPTO:

Neonato por larga estancia hospitalaria dentro de incubadora se encuentra expuesto a infección, lesiones dérmicas, carencias afectivas.

8. PATRÓN ROL - RELACIONES:

La distancia por separación de los padres y su recién nacido por la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos puede provocar una afectación en el proceso de vinculación creando ansiedad en padres y falta de apego hacia el recién nacido.

9. PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN:

Sin alteración, pero requiere cuidado por su estado

10. PATRÓN AFRONTAMIENTO- TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Dentro de los cuidados de enfermería se intenta buscar formas de manifestación de estrés en el recién nacido.

11. PATRÓN VALORACIONES- CREENCIAS:

No aplica en neonato.



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

ii. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PRE OPERATORIO PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO ^{8,9,10}

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
MINIO 11: SEGURIDAD/ROTECCIÓN. LASE 2: LESIÓN FÍSICA. 039) RIESGO DE ASPIRACIÓN relacionado con anomalía traqueoesofágica por acúmulo de secreción salival.	(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	(041012) Capacidad de eliminar secreciones	(3160) Aspiración de las vías aéreas. - Realizar el lavado de manos - Usar precauciones universales - Higiene de manos - Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas, mascarilla) adecuadas. - Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración orotraqueal. - Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos. - Control de frecuencia Respiratoria. - Colocar al paciente en posición semifowler (30-45 grados) para disminuir el reflujo gástrico. - Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal. - Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. - Aspire secreciones por boca y nariz respectivamente	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 DIANA Mantener a Aumentar a



36

GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

			• Evitar la compresión abdominal, colocando flojo el pañal. • Coloque oxígeno por CBN para mantener oxigenación > 92 %, según corresponda e indicación médica. • Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. • Monitorizar la saturación de oxígeno en forma continua con oxímetro de pulso.	
--	--	--	---	--



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
MINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION CLASE 6 TERMOREGULACION 0008) TERMOREGULACION EFICAZ relacionado con situaciones de la temperatura corporal asociado a aumento o disminución de la temperatura en relación con los rangos normales	(0800) Termorregulación.	(080018) Disminución de la temperatura cutánea.	(3900) Regulación de la temperatura • Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiada. • Mantener al paciente en una incubadora o celda térmica. • Verificar y controlar la temperatura y humedad de la incubadora /celda térmica. • Manipular al paciente lo menos posible. • Evitar que el paciente lllore excesivamente. • Colocar al pañal flojo que se acomode a su cuerpo. • Observación permanente del paciente en todo momento. • Brindar al paciente un baño de esponja ligero. • Secar exhaustivamente la piel. • Verificar que no haya humedad en contacto con la piel del paciente.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
MINIO 2: NUTRICIÓN LASE 1: INGESTIÓN. 0002) DESEQUILIBRIO TRICIONAL, INGESTA FERIOR A LAS ECESIDADES relacionado on Incapacidad para deglutir s alimentos asociado a fecto congénito de ófago.	(1008) Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos.	(100805) Administración de líquidos con nutrición parenteral. (100802) Ingestión alimentaria por sonda	(1200) Administración de nutrición parenteral (NPT) • Control diario peso. • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso • Control de funciones vitales • Asegurar la colocación de la línea intravenosa adecuada en relación con la duración de la infusión de nutrientes. (Catéter PICC, CVC). • Utilizar las vías centrales solo para infusión de la nutrición parenteral según corresponda. • Mantener una técnica estéril al momento de la colocación de la nutrición parenteral. • Administrar la solución de NPT según indicación y por bomba de infusión. • Mantener goteo de NPT según indicaciones médicas. • Mantener permeabilidad del catéter. • Comprobar que la solución de la Nutrición parenteral tenga la identificación del paciente y goteo	1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



			propuesto en la historia clínica. • Mantener una técnica estéril al momento de la colocación de la nutrición parenteral. • Monitorizar la presencia de infiltración, infección. • Realizar el balance hídrico estricto • Informar al médico a cerca de los signos y síntomas de alarma asociados con la NPT. (1056) Alimentación enteral por sonda. • Control del peso diario • Asegure la fijación y posición de la sonda sea correcta marcando el punto de salida. • Verificar permeabilidad de la sonda. • Utilizar técnica estéril al momento de administrar la alimentación. • Elevar la cabecera de la cama de 30 a 45° durante la alimentación. • Irrigar la sonda cada 4^{as} 6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente. • Usar bomba de nutrición enteral para la administración según corresponda e indicación médica. • Observar si hay signos de alarma	
--	--	--	---	--

GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 2: NUTRICIÓN LASE 4: METABOLISMO 179 RIESGO DE NIVEL DE LICEMIA INESTABLE Relacionado con inmadurez de órganos controladores de glucosa e ingesta suficiente de alimentos.	(2300) Nivel de glicemia	(230001) Concentración sanguínea de glucosa (230007) Glucosa en orina	(2130) Manejo de hipoglicemia: - Identificar signos y síntomas de hipoglicemia - Monitorizar el balance hídrico. - Monitoreo de Signos Vitales - Interpretación de los datos de laboratorio. - Monitoreo de la glicemia según indicación médica. - Mantener una vía intravenosa según indicación médica. - Vigilar el estado de alerta o somnolencia del bebe, como signo de hipoglicemia.	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 DIANA Mantener a Aumentar a



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 2: NUTRICIÓN LASE 1: INGESTIÓN (0107) INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Relacionada a separación temprano infantil asociado a enfermedad del niño	(1800) Conocimiento lactancia Materna	(180001) Beneficio de lactancia materna (180015) Técnicas adecuadas de extracción y almacenamiento de leche materna	(5244) Asesoramiento en lactancia • Informar sobre los beneficios de la lactancia materna • Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de la misma. • Establecer la interacción enfermera y la madre del paciente. • Verificar el conocimiento de la madre acerca de la lactancia materna. • Brindar educación acerca de la extracción, el almacenamiento y la producción de la leche durante el tiempo que demore en la recuperación del recién nacido • Apoyar a la madre con sus dudas. • Buscar el apoyo en la familia, y/ o servicio social.	1. Ningun conocimiento 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento Moderado. 4.-Conocimiento sustancial 5.-Conocimiento extenso PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 5: ERCEPCION/COGNICIÓN LASE 4: COGNICIÓN 010126) CONOCIMIENTOS EFICIENTES relacionado on información insuficiente sociado a confusión de los adres, comportamiento apropiado.	(1814) Conocimiento Procedimiento terapéutico	(181401) Procedimiento terapéutico (181402) Propósito del procedimiento (181403) Pasos del procedimiento	(5602) Enseñanza: Proceso de la enfermedad. • Interactuar con los padres para lograr empatía Enfermera-paciente-padres. • Evaluar el nivel de conocimiento de los padres a cerca de la enfermedad. • Describir el proceso de la enfermedad con lenguaje sencillo. • Propiciar interacción medico padres del paciente. • Preparar a los padres para el proceso pre y post operatorio. • Aclarar sus dudas acerca de la información que reciban. • Orientar en forma clara y sencilla a cerca de los procedimientos y de los trámites administrativos.	1. Ningun conocimiento 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento Moderado. 4.-Conocimiento sustancial 5.-Conocimiento extenso PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 1: PROMOCIÓN E LA SALUD LASE 2: GESTIÓN DE LA ALUD 0162) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESTIÓN DE LA SALUD lacionado con deseos de mejorar el manejo del gimen terapéutico.	(1606) Participación en las decisiones sobre salud	160602 Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones 160609 Declara la intención de actuar según la decisión	(2930) Preparación quirúrgica: • Coordinar para que el cirujano haga firmar al familiar el consentimiento informado. • Verificar que los resultados de los análisis de laboratorio se encuentren registrado en la historia clínica. • Coordinar con el cirujano para completar exámenes pre quirúrgicos pendientes. • Efectivizar las interconsultas, ordenes radiológicos, ecografía etc. • Tramitar las recetas por medicamentos e insumos que se va a necesitar el paciente. • Aplicar y cotejar la lista de chequeo de la Lista de Cirugía Segura. • Preparación física del paciente. • Determinar el nivel de ansiedad de los padres. • Preparación psicológica a los padres.	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



78

GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

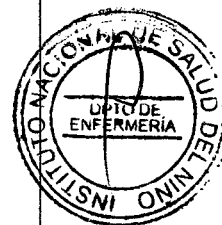
ii. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN POST OPERATORIO A PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO 8,9,10

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 12 CONFORT. LASE 1: CONFORT SICO. 0132) DOLOR AGUDO lacionado con agente sivo físico, procedimiento quirúrgico, líneas invasivas atéter percutáneo, catéter noso central, drenajes.) sociado a conducta (presivas de llanto, itabilidad, gemidos.	(2102) Nivel de dolor.	(210201) Dolor referido.	(1410) Manejo del dolor agudo. • Valoración exhaustiva del dolor. • Asegurar que el paciente reciba analgésicos según indicación médica. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de valoración continua. • Fomentar periodos de descanso/sueño que faciliten el alivio del dolor.	1. Grave 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno.
		(210204) los episodios de dolor (210206) Expresiones faciales de dolor.		
		(210223) Irritabilidad	(2210) Administración de analgésicos: • Controlar signos vitales. • Aplicar los 10 correctos en la administración de medicamentos. • Administrar analgésicos según indicación médica y en horarios establecidos.	PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a
		(210224) Muecas de dolor (210225) Lágrimas.	(6482) Manejo ambiental: Confort • Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible. • Brindar comodidad y confort al paciente.	



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN. CLASE 1: INFECCIÓN. 0004) RIESGO DE INFECCIÓN relacionado con procedimientos invasivos atéter percutáneo, catéter intravascular, drenaje intratecal, etc.)	(1902) Control del Riesgo.	(190201) Reconoce factores de riesgo. (190204) Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. (190206) Se compromete con estrategias de control del riesgo.	6550) PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES • Aplicar precauciones estándar o universales - Lavado de manos clínico (5 momentos) - Uso correcto de EPP - Limpieza, desinfección y esterilización de los equipos y dispositivos médicos - Inyección segura - Manejo de la ropa • Aplicar las medidas de prevención según procedimiento invasivo / herida quirúrgica • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Observar y valorar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Enseñar al paciente y familia como evitar infecciones (cumplimiento de lavado de manos, cuidado de la herida y/o dispositivos invasivos del paciente: no manipular). • Notificar la sospecha de infecciones	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

			y/o resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones Intrahospitalaria. (4220) Cuidado del catéter central insertado periféricamente. (PICC) y/o CVC • Identificar el uso deseado del catéter para determinar el tipo necesario. • Explicar a la familia el propósito del catéter, riesgos y beneficios de su uso. • Observar si hay signos de flebitis o signos de alarma. • Utilizar una técnica estéril para curar y cambiar los apósitos. • Mantener las medidas universales de bioseguridad. • Cuidados del catéter y curación diaria según protocolo institucional (1872) Cuidado del drenaje torácico • Observar la permeabilidad del drenaje. • Fijar a la piel la conexión del drenaje. • Vigilar la permeabilidad, la	
--	--	--	---	--



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

			cantidad y características del drenaje • Vigilar la aparición de burbujas de aire en el frasco. • Clampar el drenaje torácico antes de movilizar al paciente • Observar las características de las secreciones y comunicar al médico signo de alarma. • Curar la zona del alrededor del drenaje torácico. • Coordinar para el cambio del sistema de drenaje según corresponda. o cuando la situación lo amerite. • Colaborar en la preparación del frasco.	
--	--	--	--	--



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
MINIO 11: SEGURIDAD Y OTECCIÓN. ASE 2: LESIÓN FÍSICA 044) DETERIORO DE LA EGRIDAD TISULAR icionado con procedimiento úrgico asociado a herida ratoria, punto de incisión drenaje torácico.	(1102) Curación de herida por primera intención	(110205) Secreción serosanguinolenta de la herida	(3660) Cuidado de las heridas. • Brinde aseo general al paciente. • Evalúe el estado de la piel alrededor de la herida operatoria. • Despegue los apósitos y el esparadrapo. • Limpie la herida con suero fisiológico y clorhexidina 2 % según indicación médica. • Observe como está la piel alrededor de la herida en el momento de la curación. • Compare y registre regularmente cualquier cambio producido en la herida operatoria. • Comunicar al médico signo de alarma. (3661) Cuidado de las heridas: drenaje cerrado. • Reúna el equipo y los suministros necesarios para el cambio de drenaje. • Colocar al paciente en posición adecuada para la curación de la zona de la incisión. • Compruebe la permeabilidad del	1. Ninguno. 2. Escaso. 3. Moderado. 4. Sustancial. 5. Extenso. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

				drenaje. • Clampar el drenaje antes de cambiar el frasco. • Registre el volumen y características del drenaje. • Eliminar los elementos sucios de manera adecuada.	
--	--	--	--	---	--



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
MINIO 11: SEGURIDAD / ROTECCIÓN. LASE 2: LESIÓN FÍSICA 0087) RIESGO DE LESION POSTURAL EROPERATORIA relacionado con alteración de la postura post cirugía, e movilización	(1902) Control del Riesgo.	(190220) Identifica los factores de riesgo	(0840) Cambio de posición. - Colocar en la posición terapéutica especificada. - Mantenga paciente en posición semifowler ángulo 30° estricto. - Fije bien sonda naso u orogástrica, evite que se retire. - Fijar bien TET para evitar que se retire según sea el caso - Evite pesar al paciente por lo menos entre 24 a 72 horas luego de la Cirugía. - Mantenga cuello en línea media en semiflexión.	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

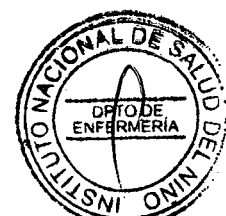
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 7: OL/RELACIONES LASE 2 RELACIONES FAMILIARES 0060) INTERRUPTIÓN DE OS PROCESOS FAMILIARES relacionado un cambio en la salud de un miembro de la familia asociado a conflictos familiares	(1212) Nivel de depresión	120805 Expresión de culpa inapropiada o excesiva. 120814 Tristeza 120815 Crisis de llanto	(5300) Facilitar la expresión del sentimiento de culpa • Guiar a la familia a la identificación de sentimientos dolorosos • Ayudar a la familia a entender que la culpa es una reacción común a la enfermedad de uno de los miembros de la familia. • Facilitar apoyo espiritual, Psicológico si es necesario.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno.
			(5820) Disminución de la ansiedad • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. • Tratar de comprender la perspectiva del familiar acerca de esta situación estresante. • Ayudar y facilitar al familiar permanecer con el paciente si es el caso. • Escuchar con atención sus dudas. • Crear un ambiente que facilite la confianza con respeto hacia el personal de salud.	PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

G. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Leyton A, Chattás G. Cuidados del recién nacido con atresia de esófago. Revista de Enfermería. [Internet]. 2012. [citado 2017 Abr 22]. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/06/Cuidados-del-reci%C3%A9n-nacido-con-atresia-de-es%C3%B3fago.pdf>.
2. Rodas R. ATRESIA DE ESOFAGO. Cuidados de enfermería. Medicina Infantil. [Internet]. 2009; marzo. [citado 2017 Abr 22]; 6(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sp104d.pdf>.
3. Cano P., Hugo, Rodolfo. Incidencia y Sobre Vida del Recién Nacido con Atresia Esofágica en el Hospital Roosevelt. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala abril 1992. pp 51.
4. Cuñarro A. Principales malformaciones digestivas: atresia esofágica, gastrosquisis y onfalocele España. Abril 2002. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/2276811/Malformaciones-Digestivas>.
5. Heather T, PhD, RN, Kamitsuru S. FNI, PhD, RN, FNI Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier Barcelona España. 2018-2020.
6. Moorhead S & Swanson E. & Johnson M & L. Maas M. CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC), sexta edición Elsevier Barcelona España 2018.
7. K. Butcher H, M. Bulechek G, M. Dochtermen J, M. Wagner C. CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC) séptima edición Elsevier Barcelona España 2019.
8. Ortiz A. Estudio Epidemiológico de la Atresia Esofágica y Fistula Traqueoesofágica en el Hospital Central PNP, Perú. 1982-2002. [citado 2017 Abr 22]; Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1976/1/ortiz_ah.pdf.
9. William J. Cochran, MD, Geisinger Clinic. Atresia esofágica Última modificación del contenido ago. 2019.



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ATRESIA DE ESÓFAGO

ANEXO:

ANEXO N° 1 ESCALA DE VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN NEONATOS SEGÚN SUSAN GIVENS BELL

Escala de Susan Givens Bell

1. Duermes durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5-10 minutos	Duerme más de 10 minutos
2. Expresión facial de dolor	Markado constante	Menos marcado intermitente	Calmado, relajado
3. Actividad motora espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o actividad disminuida	Normal
4. Tono global	Hipertonidad fuerte o hipotonidad, flácido	Hipertonidad moderada o hipotonidad moderada	Normal
5. Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo dentro de 1 minuto
6. Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja

1. Frecuencia cardíaca	> 20% aumento	10-20% aumento	Dentro de la normalidad
2. Presión arterial (sistólica)	> 10 mm/Hg de aumento	10 mm/Hg de aumento	Dentro de la normalidad
3. Frecuencia respiratoria y cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad
4. SaO ₂	10% de aumento de FIO ₂	= al 10% de > aumento de FIO ₂	Ningún aumento en FIO ₂

❖ Esta escala permite a la enfermera valorar de forma rápida la intensidad del dolor. Consta con 10 variables:

- 6 variables conductuales: Acción de dormir, expresión facial, actividad motora espontánea, tono global, consuelo y llanto,
- 4 variables fisiológicas: Frecuencia cardíaca, presión arterial (sistólica), frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

Las variables van del 0-2, donde 0 es ausencia de dolor y 2 máxima expresión del dolor, la puntuación total es 0-20 donde:

- ≤ 4 = No dolor.
- 5-8 = Dolor moderado.
- ≥ 9 = Dolor intenso.



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL

GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL



Lic. Mayra Roció, Palomares Morales.



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

6.4 GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

A. DEFINICIÓN:

Puede definirse la obstrucción intestinal como la imposibilidad del paso de los productos de la digestión a lo largo del tracto intestinal. Esta obstrucción intestinal es la alteración mecánica significativa o la detención completa del tránsito de contenido a lo largo del intestino debido a la enfermedad que causa un bloqueo en el intestino, es una afección potencialmente grave en la que los intestinos están bloqueados. El bloqueo puede ser parcial (incompleto) o totalmente ocluido (completo) sin compromiso vascular. En la obstrucción intestinal estrangulada existe un flujo vascular comprometido asociado con necrosis y / o gangrena ¹.

i. Fisiopatología:

En la obstrucción mecánica simple, el bloqueo se produce sin compromiso vascular. El líquido y los alimentos ingeridos, las secreciones digestivas y el gas se acumulan por encima de la obstrucción. El intestino proximal se distiende, y el segmento distal se colapsa. Hay disminución de las funciones absorbente y secretora normales de la mucosa, y el intestino presenta edema y congestión. La distensión intestinal intensa se autoperpetúa y es progresiva, lo que intensifica los trastornos peristálticos y secretores, y aumenta los riesgos de deshidratación y progresión a obstrucción estrangulante.

La obstrucción estrangulante es una obstrucción con compromiso del flujo sanguíneo; afecta a casi el 25% de los pacientes con íleo obstructivo de intestino delgado. Por lo general, se asocia con una hernia, un vólvulo o una invaginación. Puede progresar hacia el infarto y la gangrena intestinal en tan solo 6 h. Primero se produce la obstrucción venosa, que es seguida por la obstrucción arterial, que provoca una isquemia rápida de la pared intestinal. El intestino isquémico se torna edematoso y se infarta, con la consiguiente gangrena y perforación. En la obstrucción de intestino grueso, la estrangulación es rara (excepto en caso de vólvulo).

La perforación puede producirse en un segmento isquémico (por lo general, intestino delgado) o cuando la dilatación es grave. También puede haber una perforación de un tumor o de un divertículo en el sitio de obstrucción.²

ii. Etiología:

Las causas más comunes de obstrucción mecánica son las adherencias o bridas, las hernias y los tumores. Otras causas generales son diverticulitis, cuerpos extraños (incluidos cálculos biliares), vólvulo (torsión del intestino sobre su mesenterio), intususcepción intestinal (introducción de un segmento de intestino en otro) y fecalomas. Cada segmento del intestino es afectado de manera diferente (ver Causas de obstrucción intestinal).²

GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

iii. Epidemiología:

La obstrucción intestinal aguda representa 1 a 3% de todas las hospitalizaciones y casi 25% de todas las hospitalizaciones urgentes al servicio de cirugía general. Casi 80% de los casos afectan al intestino delgado y una tercera parte de los pacientes muestra datos de isquemia significativa. La tasa de mortalidad para pacientes con estrangulamiento que son operados en las primeras 24 a 30 horas del inicio de los síntomas suele ser cercana a 8%, pero se triplica después de este periodo³.

iv. Cuadro clínico:

La sintomatología presentada es muy variable de acuerdo a la localización de la obstrucción, así como el inicio sintomático.

Dolor abdominal: Es el síntoma más frecuente que se presenta en el cuadro clínico. Es un dolor de comienzo gradual, mal localizado y tipo cólico.

Si es en intestino delgado el dolor es más intenso cuanto más alta sea la obstrucción y es más continuo si es baja.

Si es en intestino grueso el dolor puede ser de bajas intensidades incluso ausente.

A diferencia de una obstrucción mecánica, el íleo paralítico es de inicio brusco e intenso si existe compromiso vascular.

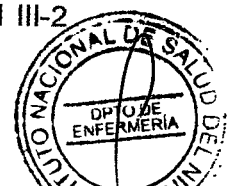
Vómitos: Son de origen reflejo al inicio de la obstrucción, por el dolor abdominal y la distensión, pero conforme pasa el tiempo, se debe a regurgitación del contenido de asas. Al inicio las características del vómito son de contenido alimentario y prosiguen a biliosos o fecaloides en los casos más graves. Los vómitos son más abundantes y frecuentes conforme más alta sea la obstrucción.

Ausencia de emisión de gases o heces: Es un síntoma no tan frecuente, ya que puede ser un cuadro suboclusivo que permita el paso de ciertos gases inclusive heces, sin embargo, si está presente da más orientación ante la sospecha del cuadro.

Distensión abdominal: Se encuentra presente a la exploración física del paciente, asociado a timpanismo. Esto en consecuencia de la distensión de asas intestinales, llenas de aire y líquido. Esto provoca aumento en el volumen de contenido de la cavidad abdominal y diámetro de la misma. Se encuentra más en obstrucciones en colon o recto¹.

B. POBLACIÓN OBJETIVO:

Pacientes pediátricos que acuden al Instituto Nacional de Salud del Niño Nivel III-2 Servicio de Cirugía – Hospitalización, con diagnóstico de obstrucción intestinal



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL

C. OBJETIVO:

Estandarizar los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con obstrucción intestinal.

D. PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciada (o) de enfermería

E. MATERIALES:

- Historia clínica
- Registros de enfermería

H. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MODELO DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON (RD N° 28-2019-DG-INSN)

1. PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

Se encuentra alterado debido al estado del paciente y desconocimiento sobre su condición y manejo de su propia salud, así como el riesgo de padecer obstrucción intestinal por un bloqueo que no permite que pase comida ni líquido a través del intestino delgado o intestino grueso (colon)

2. NUTRICIONAL – METABÓLICO

Esta afectado el proceso digestivo por la presencia de distensión abdominal, náuseas y vómitos, así como desequilibrio nutricional, disminución del peso corporal, adelgazamiento, alteración hídrica.

3. ELIMINACIÓN

Paciente presenta incapacidad de evacuar los intestinos o eliminar gases, Disminución de la diuresis.

4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

El paciente tiene restringida su capacidad de movimiento debido al dolor abdominal y debilidad generalizada, así como su patrón respiratorio ineficaz debido a la distensión abdominal

5. REPOSO SUEÑO

El resultado de conjunto de signos y síntomas impide que el paciente tenga una cantidad y calidad de sueño adecuado para su edad.



12

GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL

6. CONGNITIVO- PERCEPTUAL

Por la presencia de dolor abdominal la capacidad de respuesta verbal no es adecuada, es frecuente observar irritabilidad, intranquilidad.

7. AUTOPERCEPCIÓN- AUTO CONCEPTO

Muestra rechazo a la intervención quirúrgica porque siente que afecta su imagen corporal (dependiendo de la edad del paciente y que tipo de drenaje presenta) mostrara ansiedad, irritabilidad, miedo, rechazo, dolor.

8. ROL – RELACIONES

Pacientes que se encuentran física y económicamente bajo la protección de sus padres, se encuentra alterado su vida escolar y familiar cotidiana debido a su enfermedad que presenta.

9. SEXUALIDAD – REPRODUCCION

Sin alteración de acuerdo a du edad

10.AFRONTAMIENTO- TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Debido al afrontamiento ineficaz por la situación difícil que se encuentra, le causa estrés adaptarse a una situación nueva como es la hospitalización y la intervención quirúrgica.

11.VALORACIONES- CREENCIAS

Existe conflicto de creencias por enfermedad que afronta.

ii. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL^{4,5}.



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12: CONFORT. CLASE 1: CONFORT FÍSICO (00134) NAUSEAS relacionado con la obstrucción intestinal asociado a aversión a los alimentos, arcadas, vómitos, dolor	(2106) Náuseas y vómitos	210601 Disminución de la ingesta de líquidos 210602 Disminución de la ingesta de alimentos 210607 Alteración del estado nutricional 210609 Malestar	(1450) Manejo de las náuseas • Control de funciones vitales. • Interactuar con el paciente. • Explicar al paciente y a los padres de los procedimientos a realizar. • Mantener un ambiente aséptico para cualquier procedimiento. • Canalizar vía periférica de preferencia de calibre grande para iniciar hidratación e iniciar tto EV. • Administrar medicamento antiemético EV 30 minutos antes de los antibióticos, de acuerdo a indicación médica. • Mantener en posición semi-fowler • Proporcionar actividades de distracción: escuchar música, ver televisión, leer, y/o profesionales de apoyo: terapia ocupacional. (1570) Manejo del vómito: • Colocar al paciente en posición semi fowler con la cabeza lateralizada para evitar aspiración • Valorar las características de la piel y mucosas. • Administrar tratamiento antibiótico y	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno PUNTUACIÓN DIANA Mantener a: Aumentar a:



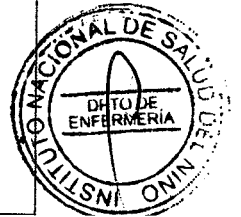
GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL

			antiemético de acuerdo a la indicación médica. • Vigilar y valorar características del vómito si se presentase como (cantidad, tipo, color, olor y/o horario en el que se presenta). • Fomentar la calma y confianza al paciente y sus padres. • Balance hídrico estricto. (2080) Manejo de líquidos/electrolitos • Valorar el estado general del paciente. • Valorar las características de la piel y mucosas. • Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados. • Constatar y asegurarnos que el paciente tenga análisis de laboratorio como control de los niveles de electrolitos alterados (niveles de hematócrito, proteínas, sodio y potasio). • Administrar líquidos, si está indicado. • Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa adecuado. • Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante. • Realizar un buen balance Hídrico.	
--	--	--	---	--



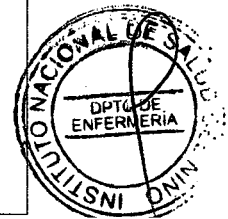
GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO CLASE 2: FUNCION GASTROINTESTINAL (00011) ESTREÑIMIENTO relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal asociado a Distensión abdominal, náuseas, vómitos	(0501) Eliminación Intestinal	050108 Sangre en heces 050110 Estreñimiento 050128 Dolor en el paso de heces	(0450) Manejo del estreñimiento/ impactación fecal. - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos. - Instruir al paciente y la familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos. - Consultar con el médico acerca del aumento y disminución de la frecuencia de los sonidos intestinales. - Preguntar al paciente sobre la ausencia de eliminación de flatos. - Comunicar a médico signo de alarma. (0440) Entrenamiento intestinal: - Identificar la causa del estreñimiento - Asegurar una ingesta adecuada de líquidos - Después de la instauración de un clima de confianza, es preciso insistir sobre la importancia de un tratamiento a largo plazo - Restaurar la confianza. - Corregir los errores: régimen dietético. - Reaprender la defecación creando Horas fijas (de preferencia después de las comidas). - Utilizar enema de pequeño volumen, según sea necesario	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno PUNTUACIÓN DIANA Mantener a: Aumentar a:



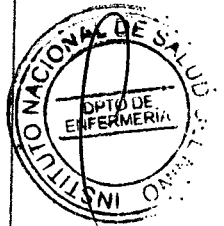
GUÍA TÉCNICA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12: CONFORT. CLASE 1: CONFORT FÍSICO (00132) DOLOR AGUDO relacionado con agentes lesivos secundario a intervención quirúrgica asociado a abdomen distendido, fascias de dolor y llanto	(2101) Dolor efecto nocivo	210110 Estado de ánimo alterado 201011 Impaciencia 211012 Trastorno del sueño 211013 Movilidad física alterada 211020 Deterioro de la eliminación intestinal	(1400) Manejo del dolor • Valorar y/o medir el dolor en el paciente usando la escala de EVA. • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones). • Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas adoptadas para el control del dolor que se hayan utilizado. • Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. • Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.	1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno PUNTUACIÓN DIANA Mantener a: Aumentar a:



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESITINAL

			• Evaluar la colocación de SNG según indicación médica para ayudar a disminuir la distensión abdominal y ayudar a que el paciente pueda eliminar los gases intestinales que pueden producir presión y/o dolor. • Considerar en el paciente que si el dolor persiste debe de tener los exámenes de laboratorio actualizados e imagen radiológica abdominal por una posible intervención quirúrgica. (2210) Administración de analgésicos • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente. • Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia, de acuerdo a indicación médica. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.	
--	--	--	--	--



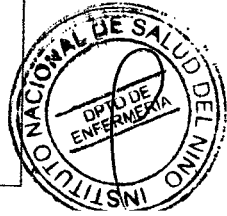
GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

			(2380) Manejo de la medicación • Mantener un ambiente aséptico para cualquier procedimiento. • Lavado de manos antes y después de cada procedimiento. • Canalizar vía periférica en el paciente para iniciar tratamiento EV y analgésicos prescritos. • Asegurarnos de usar los diez correctos en enfermería para la administración de medicamentos. (6482) Manejo ambiental: confort • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta de la paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). • Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. • Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo. • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	
--	--	--	---	--



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADORES	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 2: NUTRICIÓN CLASE 5: HIDRATACIÓN (00028) RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS relacionado con pérdidas excesivas a través de vías anormales (vómitos) y anormales (SNG).	(0600) Equilibrio electrolítico y ácido base	060034 Fatiga 060035 Debilidad muscular 060037 Calambres abdominales 060038 Náuseas	(2080) manejo de líquidos / electrolitos • Valorar el estado general del paciente. • Valorar las características de la piel y mucosas. • Constatar y asegurarnos que el paciente tenga análisis de laboratorio como control de los niveles de electrolitos alterados (niveles de hematocrito, proteínas, sodio y potasio). • Administrar líquidos, si está indicado. • Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa adecuado según indicación médica. • Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante. (4130) monitorización de líquidos • Vigilar ingresos y egresos: llevar registro estricto del balance hídrico. • Vigilar signos vitales como: presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado respiratorio. • Observar características como color, olor y cantidad específica de la orina y de los fluidos que drenen por las sondas.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno PUNTUACIÓN DIANA Mantener a: Aumentar a:



GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
OMINIO 11: SEGURIDAD / ROTECCIÓN. LASE 1: INFECCIÓN. 0004) RIESGO DE INFECCIÓN relacionado con procedimientos invasivos herida quirúrgica, sonda nasogástrica, sonda Foley, enaje abdominal, catéter urinario.)	(1902) Control del Riesgo.	190201 Reconoce factores de riesgo. 190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. 190206 Se compromete con estrategias de control del riesgo.	(6550) PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES •Aplicar precauciones estándares universales - Lavado de manos clínico (5 momentos) - Uso correcto de EPP - Limpieza, desinfección y esterilización de los equipos y dispositivos médicos - Inyección segura - Manejo de la ropa • Técnica aséptica • Aplicar las medidas de prevención según procedimiento invasivo / herida quirúrgica • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Observar y valorar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Enseñar al paciente y familia como evitar infecciones (cumplimiento de lavado de manos, cuidado de la herida y/o dispositivos invasivos del paciente: no manipular). • Notificar la sospecha de infecciones y/o resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente Demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a

			(3660) Cuidado de las heridas. • Brinde aseo general al paciente. • Evalúe el estado de la piel alrededor de la herida operatoria. • Despegue los apósitos y el esparadrapo. • Limpie la herida con suero fisiológico y clorhexidina 2 %. • Observe como está la piel alrededor de la herida en el momento de la curación. • Administre cuidado del sitio de la incisión. • Compare y registre regularmente cualquier cambio producido en la herida operatoria	
--	--	--	--	--

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias R. Espinoza R. Collado G. Obstrucción intestinal. Revista Médica SINERGIA Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/issue/view/12/REVISTA%20COMPLETA%20>.
2. Parswa Ansari, MD, Hofstra Northwell-Lenox Hill Hospital, New York. Última modificación del contenido abr. 2020. Disponible: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%B3rgica/obstrucci%C3%B3n-intestinal>.
3. Jacobs D. Obstrucción Intestinal aguda. Harrison: Medicina Interna. [internet] 2016 [citado 12 de noviembre del 2020];19(355). Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/>
4. Heather T, PhD, RN, Kamitsuru S. FNI, PhD, RN, FNI Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier Barcelona España. 2018-2020
5. Moorhead S & Swanson E. & Johnson M & L. Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), sexta edición Elsevier Barcelona España 2018.
6. Butcher H, M. Bulechek G, M. Dochtermen J, M. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) séptima edición Elsevier Barcelona España 2019



VII. RECOMENDACIONES:

La valoración es individual para cada paciente y los cuidados de enfermería son por prioridad en la atención.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process Rev. Salud Publica Parag. 2013; vol. 3 N°1 enero Julio 2013.
2. T. Heather Herman, PhD, RN, Shigemi Kamitsuru FNI, PhD, RN, FNI Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier Barcelona España. 2018-2020.
3. Sue Moorhead & Elizabeth Swanson & Marion Johnson & Meridean L. Maas CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC), sexta edición Elsevier Barcelona España 2018.
4. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochtermen, Cheryl M. Wagner CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC) séptima edición Elsevier Barcelona España 2019.

