

Ministerio de Salud

Guías de atención de enfermería en cirugía pediátrica

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE

EL SALVADOR

UNÁMONOS PARA CRECER



San Salvador, octubre de 2018



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Unidad Nacional de Enfermería

Guías de atención de enfermería en cirugía pediátrica

San Salvador, octubre de 2018

AUTORIDADES

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Oscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Ficha catalográfica.

2018 Ministerio de Salud.

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada en:
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Tiraje: 1ª. Edición. 2017
Edición y Distribución

Ministerio de Salud.
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 25917000

Página oficial: <http://www.sprh.salud.gob.sv>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Unidad Nacional de Enfermería. **Guías de atención de enfermería en cirugía pediátrica.** San Salvador, El Salvador. C.A.

EQUIPO TÉCNICO

Participante	Dependencia/Establecimiento
Lcda. Josefina Concepción Castaneda	Jefa Unidad Nacional de Enfermería, MINSAL
Licda. Gloria del Carmen Arias Licda. Clara Luz Hernández de Olmedo.	Enfermera Supervisora, Unidad Nacional de Enfermería, MINSAL.
Licda. Vilma Ruth Hernández Valencia.	Enfermera Jefa Depto. de Enfermería, Hospital Nacional de Chalchuapa.
Licda. Marta Alicia Arteaga Polanco.	Enfermera Supervisora, Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico ISSS.
Licda. Ana Isabel Rauda de Abarca	Enfermera Subjefe División de Enfermería, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Dinora Barrera de Recinos	Enfermera Supervisora , Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Rosa María Ayala de Reyes	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional de Maternidad.
Licda. Vilma Ester Ulloa de Games	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional Rosales
Licda. Patricia del Rosario Sánchez de Alfaro	Enfermera, Unidad Comunitaria de Salud Familiar, Barrio San Miguelito, San Salvador
Licda. Patricia Elizabeth Vargas Machado	Enfermera Jefe de Unidad, Hospital Nacional Rosales
Licda. María Magdalena Baches de Fuentes	Enfermera Supervisora, Región Central.
Licda. Emérita Orellana de Pérez	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Claudia Felicita Carpio de Maldonado	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Enf. Concepción de Rosales	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Sandra Vásquez de Quintanilla	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Sonia Morales	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Evangelista Pérez	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Inés Velásquez	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Guadalupe Elías	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Cecilia Vásquez	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Carmelina Chávez	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Vilma Elizabeth Rodríguez	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Mercedes Peraza	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Lcda. Edith Dinora Chicas Guevara	Enfermera, Hospital Nacional de San Miguel
Licda. Ana María López de Castillo	Enfermera, Hospital Nacional Zacamil

Índice

		Pág.
I	Introducción	8
II	Base legal	9
II	Objetivos	9
IV	Ámbito de aplicación.	10
V	Desarrollo del contenido técnico	10
	1. Apendicitis aguda	10
	2. Síndrome de escroto vacío	12
	3. Estenosis pilórica hipertrofia (eph)	15
	4. Escroto agudo	17
	5. Fimosis	20
	6. Hernia umbilical	22
	7. Hernia inguinal indirecta	24
	8. Invaginación intestinal	26
	9. Malrotación intestinal	29
	10. Megacolon agangliónico	32
	11. Colelitiasis	35
	12. Quiste de colédoco	38
	13. Atresia de vías biliares	41
	14. Divertículo de Meckel	44
	15. Vólvulo intestinal	48
	16. Trauma cerrado de abdomen	51
	17. Fractura de miembro superior	53
	18. Fractura de miembro inferior	57
	19. Artritis séptica	62
	20. Trauma ocular	63
	21. Quemaduras oculares	65
	22. Glaucoma agudo	67
	23. Quemaduras	68
	24. Trauma craneoencefálico	72
	25. Hipertensión intracraneana	74
	26. Mielomeningocele	76
	27. Aspiración de cuerpo extraño	80

	28. Ingesta de cuerpo extraño	81
	29. Hidrocele	82
VI	Disposiciones finales	84
VII	Vigencia	86
	ANEXOS	87
	ANEXO 1: Escalas de evaluación del dolor según edad	87
	ANEXO 2: Protocolo de preparación de colon	88
	ANEXO 3: Esquema de dieta en anomalía ano-rectal alta	89
	ANEXO 4: Esquema de dieta en cierre de colostomía	90
	ANEXO 5: Procedimiento de enema	91
	ANEXO 6: Hidratación del paciente quemado en su fase aguda Parkland	92
	Bibliografía	93

Introducción

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el marco de la implementación de la reforma de salud tienen entre sus propósitos garantizar la calidad y humanización de atención para dar respuesta a la necesidad de salud y lograr la satisfacción del usuario en el continuo del cuidado que enfermería proporciona. A través de la Unidad Nacional de Enfermería se da seguimiento al Proceso de Atención de Enfermería PAE visibilizando en este caso la necesidad de estandarizar las intervenciones de dicho personal en el cuidado del paciente en los Hospitales de la RIISS; estas guías, representan una herramienta útil, que ordenará el accionar de enfermería que labora en toda la red de establecimientos del segundo y tercer nivel aplicando así el con base a protocolos de acuerdo a las necesidades del niño o niña con patología quirúrgica.

Las guías clínicas de intervención de enfermería en cirugía pediátrica, del segundo y tercer nivel de atención, han sido elaboradas para proporcionar la información necesaria a ser aplicada en el continuo del cuidado de enfermería que se proporciona al niño o niña en las diferentes patologías quirúrgicas. Estas han sido elaboradas a través de la búsqueda de información bibliográfica, experticia y necesidad de continuar documentando y estandarizando los cuidados de enfermería en la atención proporcionada al paciente.

Para la elaboración de las guías clínicas, se partió de ediciones anteriores de manuales de protocolos de cirugía pediátrica, revisión bibliográfica actual y la experiencia de profesionales de enfermería en dicha especialidad. El contenido de cada una cuenta con: concepto de la patología, etiología o causa que originan la enfermedad, manifestaciones clínicas y las intervenciones de enfermería; estas últimas, agrupadas en: promoción y prevención, curación y rehabilitación,

El desarrollo de las guías cuenta con 29 patologías de mayor incidencia en el país y fueron elaboradas en varias fases con el objetivo de garantizar el cuidado de calidad y el mejor aprovechamiento de los recursos existentes en las redes de servicios.

Finalmente se presenta el glosario, anexos y bibliografía utilizada para la elaboración de este documento, con el objetivo de que el personal de enfermería pueda incorporar otros conocimientos que sirvan de apoyo en el desarrollo de sus funciones en las diferentes áreas del quehacer de enfermería.

I. Base legal

Constitución

Que de acuerdo a lo prescrito en la Constitución en su artículo 65, el cual establece que la salud de los habitantes, constituyen un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

Código de Salud

Artículo 40 el Ministerio de Salud (MINSAL), es el responsable de emitir las normas, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Según el art.- 42 numeral 2, del Reglamento, prescribe que el Ministerio de Salud, es el organismo responsable de emitir las normas pertinentes en materia de salud, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud; y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

II. Objetivos

General:

Establecer los elementos del cuidado indispensables para que el personal de enfermería proporcione un servicio de atención de calidad al paciente quirúrgico en la etapa de la niñez y adolescencia en los hospitales del segundo y tercer nivel de atención.

Específicos:

1. Proporcionar cuidados estandarizados que sirvan de guía para la aplicación del proceso de atención de enfermería en cirugía pediátrica.
2. Facilitar la gerencia del cuidado de enfermería para proporcionar atención de calidad y humanización a nivel hospitalario en el segundo y tercer nivel de atención.
3. Sistematizar las intervenciones de enfermería proporcionadas al niño y niña con morbilidades que ameriten cirugía pediátrica, en las etapas de promoción y prevención, curación y rehabilitación.

III. Ámbito de aplicación.

Están sujetos al cumplimiento de las presentes guías de atención, todo el personal de enfermería que proporciona atención directa en los diferentes establecimientos de las Redes integrales e integradas de salud (RIIS).

IV. Desarrollo del contenido técnico

1. Intervenciones de enfermería a pacientes con apendicitis aguda

1.1 Definición

Es la inflamación aguda del apéndice vermiforme.

1.2 Etiología

Obstrucción de la luz apendicular que puede tener diferentes causas: fecalito (la más frecuente), hiperplasia linfoide, parásitos (ascaris lumbricoides y oxiuros) y cuerpos extraños.

1.3 Manifestaciones clínicas

La tríada clásica de apendicitis aguda es la aparición sucesiva de dolor abdominal, vómito y fiebre.

El dolor es progresivo de tipo continuo, inicialmente de ubicación peri umbilical y que luego se localiza en fosa ilíaca derecha y se acompaña de resistencia muscular involuntaria.

El vómito puede o no estar presente.

La fiebre suele ser de leve intensidad (38.3°C) y aumenta a medida que progresa el cuadro.

El dolor en la fosa ilíaca derecha (FID) acompañado de resistencia muscular es el signo cardinal de la apendicitis aguda. Los demás signos descritos como el signo de Rovsing, (la palpación profunda de la fosa iliaca izquierda, puede producir dolor en el lado opuesto) del psoas (y del obturador pueden o no estar presentes y entre menor edad tenga el paciente, menor será la posibilidad de encontrarlos.

Cuando se trata de una apendicitis complicada, pueden encontrarse signos de peritonitis como rebote generalizado.

1.4 Clasificación

La apendicitis se puede clasificar de acuerdo a su evolución en edematosa, supurativa, gangrenosa y perforada.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar a la familia sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación adecuada. - Practicar buenos hábitos de higiene. - Ingesta de líquidos orales abundantes. - Evitar la administración de analgésicos y otros medicamentos sin indicación médica. - Igualmente evitar tomas de remedios caseros o de medicina ancestrales para control del dolor: (como tomas para empacho, aguas de hierbas, ingesta de esencias). - Si hay presencia de dolor abdominal persistente, específicamente en flanco derecho, no ingerir alimentos y consultar inmediatamente al establecimiento de salud más cercano. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valorar y reportar el estado general del paciente. ● Controlar y reportar signos vitales. ● Mantener nada por boca. ● Canalizar un acceso venoso, tomar exámenes (hemograma completo, examen general de orina). ● Administrar medicamentos y líquidos endovenosos según prescripción médica, (dejar sello de agua si no tiene líquidos endovenosos indicados) ● Realizar y agilizar el trámite preoperatorio. ● Aplicar medios físicos si la temperatura corporal es mayor de 38° C. ● Asistir en colocación de sonda nasogástrica o vesical. ● Orientar al paciente y familia sobre el proceso de la enfermedad y el tratamiento. ● Vigilar y reportar los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal. - Sangramiento. - Hipotensión, shock y estado de hidratación. <p style="text-align: center;">Hospitalización Pre- operatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al paciente acerca de la cirugía a realizarle. ● Mantener en ayuno de cuatro a seis horas (de acuerdo a la edad del paciente y tipo de ingesta). ● Mantener acceso venoso permeable. ● Administrar líquidos endovenosos según indicación médica. ● Cumplir profilaxis de antibiótico pre quirúrgico. ● Enviar orden a sala de operaciones. ● Realizar baño completo y riguroso un día antes de la cirugía (en pacientes que no son intervenidos de emergencia). ● Realizar baño el día de la cirugía(no mojar el cabello) ● Verificar cabello limpio y recogido uñas cortas, limpias y sin esmalte. ● Identificar con brazalete. ● Verificar resultados de exámenes de laboratorio y que se encuentren en expediente clínico. ● Preparar región operatoria. ● Lavar con agua y jabón antiséptico región operatoria. <p style="text-align: center;">Post- operatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reportar signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 minutos #4 - Cada 30 minutos #2 - Cada 2 horas hasta recuperación anestésica. ● Mantener con respaldo a 30°. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al y familia sobre: - Proporcionar una alimentación adecuada. - Medidas para prevenir infecciones de herida operatoria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavarse las manos. ✓ Baño diario. ✓ Cambio de ropa. ✓ Cubrir herida operatoria al realizarle el baño. - Asistir a los controles médicos. - Asistir al centro de salud para el retiro de puntos. - Proporcionar cuidados de herida operatoria. - Consultar al médico ante el apareamiento de eritema, calor, presencia de secreciones, de herida operatoria y fiebre. - Práctica de ejercicios moderados.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> ● Administrar antibióticos y líquidos endovenosos según prescripción médica. ● Mantener nada por boca por doce horas apéndices no complicados y 24 horas los apéndices complicados o según criterio médico. ● Estimular la deambulación temprana. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Administrar analgesia las primeras 24 - 48 horas con horario indicado y luego según criterio médico. ● Aplicar medios físicos tibios por fricción si la temperatura corporal es mayor de 38°C. ● Realizar cuidados de sondas y catéteres. ● Vigilar que se remueva el dreno a las 24 horas post quirúrgico. ● Vigilar y reportar: estado abdominal, sangramiento de herida operatoria, hipotensión, shock, estado de hidratación. ● Satisfacer las necesidades fisiológicas y de comodidad. ● Llevar control de las entradas y salidas de líquidos. ● Asistir al usuario(a) durante el procedimiento de curación. ● Vigilar que se remueva el dreno a las 24, 48 horas y retiro a las 72 horas post quirúrgico. ● Mantener herida operatoria sellada por 24 horas, o según criterio médico. ● Cambiar apósitos de herida operatoria y de drenos las veces necesarias. ● Vigilar y reportar si presenta signos de infección de herida operatoria (rubor, calor, secreciones, fiebre). ● Vigilar que se suture herida operatoria en 5º día pos quirúrgico (en herida operatoria abierta). ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

Intervenciones enfermería a pacientes con síndrome de escroto vacío

2.1 Definición

Criptorquidia: significa testículo oculto. Es la falta del descenso testicular por diversos factores, de forma que la gónada se encuentra fuera del escroto. Puede ser unilateral o bilateral.

2.2. Etiología

Se debe a una alteración de la posición del gubernáculo testicular, factores mecánicos y anatómicos (Presencia de hernia inguinal o hidrocele) y factores hormonales.

2.3 manifestaciones clínicas

Ausencia del testículo en su bolsa escrotal, subdesarrollo del hemiescroto afectado, palpación del testículo en otra posición. Su asociación con otras malformaciones genitourinarias sugiere estados de intersexualidad.

2.4 Clasificación

A) Testículo palpable que comprende:

Testículo ectópico. Es aquel que salió del trayecto normal de descenso, pudiéndose encontrar en la región inguinal, perineal, femoral, púbica o en el escroto contralateral.

Testículo no descendido. Es aquel que detuvo su descenso en algún punto del trayecto normal.

Testículo retráctil. Es aquel que descendió en forma normal y que se retrae en forma intermitente dentro del conducto inguinal a consecuencia de la contracción del músculo cremáster.

B) Testículo no palpable que comprende la criptorquidia (en la cual el testículo se encuentra usualmente a nivel intrabdominal) y la anorquia (testículos ausentes en el nacimiento).

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar a los padres o cuidadores sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Inscripción temprana al Programa de crecimiento y desarrollo. . Alimentación adecuada. . Practicar buenos hábitos de higiene. . Ingesta de líquidos orales abundantes (si el niño es mayor de seis meses). . No auto medicarse. <p>• Realizar evaluación completa del recién nacido al momento del parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Reportar oportunamente al detectar signos de alarma: presencia a nivel testicular o escrotal de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor ✓ Edema 	<p>Emergencia/ consulta externa/ cirugía ambulatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y reportar el estado general del niño. • Controlar y reportar signos vitales • Mantener nada por la boca. • Canalizar un acceso venoso. • Tomar exámenes (hemograma completo y examen de orina). • Administrar medicamentos y líquidos endovenosos, según prescripción médica. • Aplicar medios físicos si la temperatura corporal es mayor de 38°C. • Asistir al niño o niña durante la toma de exámenes de gabinete que tenga indicado. • Realizar y agilizar el trámite preoperatorio. • Orientar al niño y familia sobre el proceso de la enfermedad y del tratamiento. <p>• Vigilar y reportar los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Dolor abdominal, testicular o escrotal. . Disuria. . Poliaquiuria. . Piuria. 	<p>Orientar a los padres o cuidadores sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Medidas para prevenir infecciones para heridas operatorias. . Proporcionar una alimentación adecuada. . Lavarse las manos. . Baño diario. . Cambio de ropa (especialmente la interior). . Cubrir herida operatoria al realizarle el baño. . No necesita curación de herida operatoria y los puntos se caerán solos. . Asistir al control médico post operatorio y con endocrinólogo. . Cumplir tratamiento médico indicado. . Consultar inmediatamente al médico ante el apareamiento de:

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Presencia de eritema, consultar inmediatamente al establecimiento de salud más cercano. 	<ul style="list-style-type: none"> . Cambio de hidratación. . Sudoración. . Taquicardia. . Aumento de edema, eritema u otro cambio de coloración a nivel testicular o escrotal. <p style="text-align: center;">Pre-operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a los padres o cuidadores sobre: <ul style="list-style-type: none"> . La cirugía a realizarle. . Mantener nada por boca ● Enviar orden a sala de operaciones. ● Asegurarse que hoja de consentimiento informado este firmada por persona responsable del niño ● Asegurar que la orden quirúrgica este recibida en sala de operaciones ● Mantener líquidos endovenosos indicados. ● Cumplir medicamentos Indicados ● Verificar resultados de exámenes y que se encuentren en expediente clínico. ● Registrar intervenciones de enfermería <p style="text-align: center;">Post-operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reportar signos vitales <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 minutos #4 - Cada 30 minutos #2 - Cada 2 horas hasta recuperación anestésica ● Mantener nada por boca de 4 a 6 horas o según criterio médico. ● Administrar medicamentos y líquidos endovenosos según prescripción médica. ● Vigilar sitio operatorio en busca de: <ul style="list-style-type: none"> - Sangramiento. - Secreción. - Eritema. - Calor. ● Reportar al médico(a) ante el apareamiento de signos de alarma. ● Satisfacer las necesidades fisiológicas y de comodidad. ● Mantener respaldo a 30°. ● Vigilar y reportar si presenta signos de infección de herida operatoria (rubor, color, secreciones, fiebres). ● Asistir al niño durante la curación. ● Vigilar y reportar tolerancia de vía oral. ● Movilización temprana del niño. ● Proporcionar apoyo emocional al niño y familia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eritema ✓ Calor ✓ Edema ✓ Presencia de secreciones de herida operatoria. ✓ Dolor y fiebre. . Practica de ejercicios leves a moderados el primer mes de su cirugía. . Evitar trauma testicular.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el apoyo psicológico al niño y familia. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

3- Intervenciones de enfermería en pacientes con estenosis pilórica hipertrófica (EPH).

3.1 Definición

Obstrucción de la salida gástrica causada por una hipertrofia de las fibras musculares circulares del píloro.

3.2 Etiología

Es desconocida, puede ser congénita o adquirida.

Teorías: hiperacidez gástrica que origina espasmo e hipertrofia muscular, inervación pilórica anormal, motilidad anormal secundaria a disminución de células marcapaso.

3.3 Manifestaciones clínicas

Vómitos lácteos (no biliares) post pandriales, en proyectil, con estrías de sangre o en pozol de café por esofagitis o gastritis en el 66% de los casos; el paciente se muestra hambriento todo el tiempo, la oliva pilórica es palpable en epigastrio o hipocondrio derecho, se puede observar ondas peristálticas. Post prandiales gástricas de izquierda a derecha, distensión abdominal superior; ictericia en el 2% de los casos, trastornos metabólicos, como alcalosis metabólica y deshidratación cuando el vómito es persistente.

RÉGIMEN PILÓRICO

Etapas	Volumen	Tipo	Intervalo
I	15 ml	Dextrosa al 5%	Cada 3 horas
II	30 ml	Leche materna o formula al medio	Cada 3 horas
III	60 ml	Leche materna o formula al medio	Cada 3 horas
IV	90 ml	Leche materna o formula completa	Cada 4 horas

Si el paciente vomita en cualquiera de las etapas debe retornar a la etapa previa.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
Orientación a los padres o cuidadores sobre: <ul style="list-style-type: none"> · Importancia de observar la tolerancia de alimentos. · Presencia de vómitos. 	Emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al niño o niña en porta bebé con respaldo a 45° y rodete bajo hombros. • Controlar y reportar signos vitales. 	Orientar a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> · Importancia de alimentar a recién nacido. · Verificar la expulsión de gases por cada toma de formula o seno materno.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> . Características del contenido vomitado. . Pérdida de peso. . Estado anímico de recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cumplir medicamentos indicados. ● Verificar resultados de exámenes y que se encuentren en expediente clínico. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pre- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vigilar que se realice interconsulta con anestesiología y médico cirujano tratante. ● Orientar a padres acerca de la cirugía a realizarle. ● Proporcionar apoyo emocional a familia. ● Mantener nada por boca, (4 a 6 horas según ingesta previo a la cirugía). ● Verificar que la orden quirúrgica este recibida en sala de operaciones. ● Mantener líquidos endovenosos indicados. ● Cumplir medicamentos indicados. ● Mantener sonda orogástrica abierta y reportar características de lo drenado. ● Llevar balance hídrico más diuresis cada cuatro horas. ● Mantener respaldo estricto de 45° y en porta bebé. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post-operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reportar signos vitales según rutina: <ul style="list-style-type: none"> . Cada 15 minutos # 4 . Cada 30 minutos # 2. . Cada 2 horas hasta recuperación anestésica. ● Mantener nada por boca por 12 horas. ● Administrar medicamentos y líquidos endovenosos según prescripción médica. ● Controlar el dolor. ● Cumplir analgesia con horario las primeras 24 horas y luego según criterio médico. ● Mantener en porta bebe con 	<ul style="list-style-type: none"> . Mantener a recién nacido con respaldo a 30° o rodete bajo hombros en el hogar. . No automedicar al recién nacido. . Cuidados de higiene y comodidad. . Lavado o higiene de manos las veces necesarias antes de tocar al niño o niña. . Importancia de proporcionar lactancia materna. . Asistir a controles con médico tratante.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<p>respaldo a 45°.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> . Estado de hidratación. . Presencia de vómitos. . Alteración de signos vitales. . Diuresis. . Signos de dolor. ● Iniciar vía oral según protocolo de régimen pilórico a las seis horas postquirúrgico, (si el niño o niñas vomita en cualquier paso del régimen se debe regresar al paso anterior tres horas después de haber presentado el vómito). ● Elaborar nota de enfermería describiendo tolerancia de líquidos orales o características de los vómitos si hubiese. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar y reportar el estado general del paciente. ● Mantener paciente en porta bebe con respaldo a 45° y rodete bajo hombros. ● Realizar cuidados de acceso venoso y sondas. ● Administrar medicamentos y líquidos endovenosos, según prescripción médica. ● Verificar y reportar resultados de exámenes tomados. ● Llevar balance hídrico y diuresis. ● Tomar y reportar signos vitales. ● Mantener al niño o niña eutérmico. ● Pesar cada dos días o según condición del niño o niña. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

4- Intervenciones de enfermería en pacientes con escroto agudo

4.1 Definición

Se refiere al dolor escrotal agudo con o sin edema y eritema. Engloba un conjunto de entidades patológicas cuyas manifestaciones clínicas son similares y para su corrección puede requerir cirugía.

4.2 Etiología

La fijación o suspensión inadecuada, incompleta o ausente del testículo es el factor subyacente que predispone a un paciente a la torsión.

Sus causas son: torsión testicular (torsión del cordón espermático) 45%, torsión de los apéndices testiculares o hidátide 35%, orquiepididimitis aguda 15%, infecciones, traumatismos y en menor porcentaje: edema escrotal idiopático, hernia/hidrocele, tumores, angioedema.

4.3 Manifestaciones clínicas

Está caracterizado por dolor intenso localizado en la bolsa escrotal o en su contenido, con aparición brusca e incapacitante que se acompaña de aumento de volumen y frecuentemente hiperemia local.

Puede acompañarse de otros síntomas como hiporexia (reducción del apetito por causas fisiológicas), fiebre e incapacidad para deambular.

El dolor en la región testicular es la base para sospechar el diagnóstico y los hallazgos al examen físico varían en función directa del tiempo de evolución.

Torsión testicular

Se caracteriza por dolor de inicio agudo e intenso, hiperemia local, hipersensibilidad extrema, desaparición de los pliegues escrotales, vómitos y dolor referido al abdomen.

Signos de torsión testicular: posición transversa del testículo, epidídimo anterior, elevación del testículo, ausencia del reflejo cremastérico.

Torsión de apéndices testiculares

Se caracteriza por dolor de inicio gradual, signos inflamatorios locales como edema y tumefacción, menos evidentes que en la torsión testicular, se observa una pequeña tumefacción en el polo superior y anterior conocido como signo del “punto azul.” Ausencia de compromiso del estado general.

Orquiepididimitis

Está asociada con parotiditis, infecciones del sistema genitourinario, anomalías congénitas del tracto genitourinario e instrumentación del mismo. Puede ser unilateral o bilateral, se caracteriza por testículo doloroso, aumentado de tamaño, edema y tumefacción, síntomas urinarios como: disuria, poliaquiuria, fiebre y piuria.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
Orientar al niño y familia sobre: <ul style="list-style-type: none">- Asistir a controles de crecimiento y desarrollo.- Alimentación adecuada.	Emergencia <ul style="list-style-type: none">● Valorar y reportar el estado general del niño.● Controlar y reportar signos vitales.	Orientar al niño y familia sobre: <ul style="list-style-type: none">- Proporcionar alimentación adecuada.- Medidas para prevenir

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Practicar buenos hábitos de higiene. - Ingesta de líquidos orales abundantes. - No automedicarse. - Evitar traumas a nivel testicular. - Si hay presencia de dolor, edema, eritema (enrojecimiento) a nivel testicular o escrotal, consultar inmediatamente al establecimiento de salud más cercano. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener nada por la boca. ● Canalizar acceso venoso, tomar exámenes (hemograma completo y examen de orina). ● Administrar medicamentos y líquidos endovenosos, según prescripción médica. ● Asistir al niño durante la toma de exámenes de gabinete indicados (ultrasonografía). ● Realizar y agilizar el trámite preoperatorio. ● Orientar al niño y familia sobre procedimientos y tratamiento. ● Vigilar y reportar los siguientes signos: dolor abdominal, testicular o escrotal, disuria, poliaquiuria, Piuria, estado de hidratación, sudoración, taquicardia, aumento de edema, eritema u otro cambio de coloración a nivel testicular o escrotal. ● Proporcionar apoyo emocional al niño y familia. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Preoperatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mantener nada por boca seis horas previo a la operación. ● Enviar orden a sala de operaciones. ● Preparar región operatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Lavado con agua y jabón. - Rasurar si hay vello púbico. - Cumplir indicaciones médicas (líquidos endovenosos, analgésicos, antibióticos). ● Cerciorarse que el hemograma completo y el examen general de orina están reportados y en el expediente. ● Verificar que hoja de consentimiento informado este firmado por responsable del niño. ● Verificar que lleve brazalete de identificación. ● Tomar signos vitales en el momento que se lleva a sala de operaciones. ● Proporcionar apoyo emocional al niño y a la familia. ● Llevar al niño a sala de operaciones inmediatamente cuando lo solicitan. 	<p>infecciones de herida operatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos. - Baño diario. - Cambio de ropa (especialmente la interior). - Cubrir herida operatoria con plástico al realizarle el baño. - No necesita curación de herida operatoria y los puntos se caerán solos. - Asistir al control médico post operatorio. - Consultar inmediatamente al médico ante el apareamiento de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eritema. ✓ Calor ✓ Edema ✓ Presencia de secreciones de herida operatoria ✓ Dolor y fiebre. ● Practica de ejercicios leves a moderados el primer mes de su operación. ● Aclarar las dudas y temores del niño o familia.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener identificado al niño. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización Post-operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reportar signos vitales según: <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 min. #4. - Cada 30 min #2. - Cada 2 horas hasta mejorar estado anestésico. ● Mantener nada por boca de 4 a 6 horas post cirugía. ● Mantener acceso venoso permeable y administrar líquidos endovenosos y medicamentos según prescripción médica. ● Vigilar, reportar signos de dolor. ● Cumplir analgésicos con horario indicado en las primeras 24 horas post operatorio, luego según evaluación del paciente. ● Vigilar y reportar sangrado de la herida operatoria, diuresis, hidratación y estado general de sitio operatorio. ● Mantener en reposo relativo por 24 horas. ● Proporcionar medidas de higiene y comodidad. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

5. Intervenciones de enfermería en pacientes con fimosis

5.1 Definición

Fimosis: Se define como la constricción del orificio del prepucio que impide la retracción de éste para que se descubra el glande.

Para fimosis: ocurre cuando el prepucio ha sido retraído detrás de la corona, pero no es posible regresarlo sobre el glande, lo cual ocasiona edema y dolor.

Fimosis tardía: ocurre en la edad escolar. Algunos pacientes desarrollan estrechez prepucial después de haber tenido un prepucio normal y reducible sin antecedentes de infección o de trauma local. Se debe a una afección dermatológica con componente alérgico. En este caso la estrechez prepucial es progresiva y muy severa por lo que siempre debe ser intervenida.

5.2. Etiología

Puede ser de origen embrionario o por infecciones a repetición (balanitis, postitis o balanopostitis).

En niños mayores, se debe principalmente a balanitis xerótica esclerosante.

5.3. Manifestaciones clínicas

Imposibilidad de retraer el prepucio, abombamiento doloroso del prepucio durante la micción, dificultad en la limpieza del pene y acúmulo de esmegma.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar a familia o cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos de alarma que debe observar en el pene del niño: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrechez. ✓ Dolor o ardor al orinar. ✓ Forma de orinar. ✓ Inflamación en la punta del pene. ✓ Incapacidad al orinar. - Ejercicios de retracción de prepucio, por lo menos dos veces al día. (durante el baño y hora de dormir). - Importancia de consultar a pediatra ante cualquier signo de alarma. - Asistir a controles de crecimiento y desarrollo. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistir a paciente durante la evaluación médica. • Tomar exámenes de laboratorio (hemograma y examen general de orina). • Realizar trámites de operación de emergencia si es necesario o electiva. • Cumplir analgésicos según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pre – operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a familia y paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Ayuno seis horas antes de la operación. - Hora que debe presentarse para la operación. - Realizar lavado de pene con jabón yodado previo a la operación. • Asistir al paciente en la colocación de sonda vesical (si es indicado por el médico). • Mantener con brazalete de identificación al paciente. • Asegurarse que el consentimiento informado este firmado. • Verificar que los resultados de exámenes de laboratorio se encuentren en expediente clínico. • Reportar al médico si hay alteraciones en los resultados de los exámenes. • Tomar signos vitales en el momento que es llevado a sala de operaciones. • Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a padres o cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación adecuada. - Cuidados de herida operatoria. - Lavado diario con agua y jabón. - Evitar esfuerzo físico por cuatro semanas. - Toma de analgésicos y antibióticos según indicación médica. - No necesita curación y los puntos se caerán solos. - No automedicarse. - Consultar al médico(a) ante el apareamiento de algún signo de alarma. - Medidas para prevenir infecciones de herida operatoria. - Lavado de manos. - Baño diario. - Cambio de ropa (especialmente la interior). • Identificar y facilitar apoyo psicológico si fuera necesario. • Asistir a los controles pos-operatorios.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Recuperación / hospitalización Post-operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reportar signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 #4. - Cada 30 #2. - Cada 2 horas hasta mejorar estado anestésico. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Realizar cuidados de acceso venoso. ● Vigilar y reportar signos de alarma. ● Sangramiento de herida operatoria. ● Micción y coloración de la orina. ● Presencia de edema y coloración del pene. ● Observar presencia de signos de dolor: <ul style="list-style-type: none"> - Facies de dolor, llanto, sudoración, taquipnea ● Cumplir analgésico según indicación. ● Iniciar vía oral seis horas post operación o según criterio médico. ● Realizar cuidados de herida operatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Higiene de manos estricto antes de manipular la herida. - Mantener herida operatoria descubierta. - Mantener limpia y seca la herida operatoria - Aplicar medicamento en ungüento si el médico(a) lo indica. ● Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

6. Intervenciones de enfermería a pacientes con hernia umbilical

6.1 Definición

Es un trastorno congénito que se manifiesta por debilidad de la pared abdominal a nivel del anillo umbilical.

6.2 Etiología

Alteraciones anatómicas de los vasos umbilicales que producen falla en la aproximación de los músculos rectos abdominales.

Existe falta de fusión de los músculos rectos abdominales a nivel del anillo umbilical.

6.3 Manifestaciones clínicas.

Tumefacción o protrusión a nivel umbilical con el esfuerzo, piel umbilical redundante, defecto aponeurótico palpable.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar a la familia o cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a controles de crecimiento y desarrollo. - Alimentación adecuada a su edad. - Practica de hábitos higiénicos. - Evitar el llanto excesivo. - Consultar al médico al observar el defecto umbilical. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar el estado general del niño o niña. ● Controlar y reportar signos vitales. ● Tomar medidas antropométricas al paciente. ● Entregar órdenes para toma de exámenes de laboratorio (hemograma y examen general de orina). ● Orientar a cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento a realizar. - Baño completo y riguroso un día antes de la operación. - Presentarse el día de la operación con cabello limpio y seco, uñas cortas y sin esmalte. - Hora y lugar que debe presentarse el día de la operación - No dar alimentos ni agua seis horas antes de la operación. - Cumplir con tratamiento médico y recomendaciones de enfermería. ● Enviar orden a sala de operaciones. ● Dar apoyo emocional al niño o niña y familia. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Emergencia/cirugía ambulatoria Pre- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a familia y al niño o niña acerca de la operación a realizar. ● Verificar que paciente esté nada por boca 6 horas previo a la operación. ● Colocar brazalete de identificación al paciente. ● Verificar envió de orden de sala de operaciones. ● Asegurarse que resultados de exámenes de laboratorio y hoja de consentimiento informado este firmada por responsable del paciente y se encuentren en el expediente clínico. ● Verificar higiene e integridad de piel en área umbilical. ● Tomar signos vitales y medidas antropométricas. ● Asegurar condiciones óptimas de salud (no 	<p>Orientar a la familia o cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultar al médico(a) ante el apareamiento de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Eritema, ✓ Calor ✓ Fiebre y secreciones en la herida operatoria. - Curación de herida operatoria cada día o según criterio médico. - Cumplimiento de tratamiento indicado (antibiótico y analgésico). - Asistir al control médico para retiro de puntos a los 8 días.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<p>debe tener tos, proceso gripal, fiebre, lesiones dérmicas y otros) y reportar al médico(a) para su evaluación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cumplir medicamentos preoperatorios si son indicados por el médico(a). ● Proporcionar apoyo emocional a niño o niña y familia. ● Trasladar a sala de operaciones. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post - operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar y registrar signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 min. #4 - Cada 30 min. #2 - Cada 2 horas hasta mejorar estado anestésico. ● Mantener nada por boca de 4 a 6 horas post operatorio e Iniciar vía oral según criterio médico. ● Mantener líquidos endovenosos indicados hasta tolerar vía oral. ● Realizar cuidados de accesos venosos. ● Vigilar estado de hidratación. ● Cumplir analgesia según indicación médica. ● Vigilar estado abdominal. ● Vigilar si hay presencia de sangramiento. ● Realizar cuidados de herida operatoria. ● Cambiar curación solo si hay sangramiento y reportar al médico. ● Realizar movilización del niño o niña de 4 a 6 horas post operación. ● Proporcionar medidas de comodidad. ● Asistir las necesidades fisiológicas. ● Orientar al niño y familia sobre tratamiento indicado. ● Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia. ● Cumplir analgésico según indicación médica. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

7. Intervenciones de enfermería en pacientes con hernia inguinal indirecta

7.1 Definición

Es la salida del contenido abdominal a través del anillo inguinal profundo, por dentro del canal inguinal, pudiendo llegar al escroto tras salir por el anillo inguinal superficial.

7.2 Etiología

- Anomalías congénitas (anatómicas y en la calidad de los tejidos)
- Traumatismos
- Aumento de la presión intrabdominal
- Obesidad

7.3 Manifestaciones clínicas

- Puede ser asintomática
- Dolor local por estrangulación
- Dolor epigástrico o periumbilical, dolor visceral en la distribución de la arteria mesentérica
- Aumento del volumen reductible o no con maniobra de vansalva
- Masa solida palpable.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a la mujer embarazada sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción temprana en control prenatal. - Asistir a los controles prenatales subsecuentes. - Atención del parto Institucional. ● Orientar la familia y cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Observar constantemente a recién nacido y llevar inmediatamente al médico si presenta tumefacción de la ingle, que se puede extender hasta la punta del escroto en los varones, o una protrusión vaginal o tumefacción unilateral o bilateral de la ingle en las niñas. - Importancia de asistir a controles de crecimiento y desarrollo. 	<p style="text-align: center;">Emergencia Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar el estado general del niño o niña. ● Controlar y reportar signos vitales. ● Tomar medidas antropométricas al paciente. ● Asistir al niño o niña durante el examen físico. ● Entregar órdenes para toma de exámenes de laboratorio (hemograma y examen general de orina). ● Orientar a cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento a realizar. - Baño completo y riguroso un día antes de la operación presentarse el día de la operación con cabello limpio y seco, uñas cortas, además hora y lugar al que debe presentarse el día de la operación. - No dar alimentos ni agua seis horas antes de la operación. - Cumplir con tratamiento médico. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pre-operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En casos de pacientes prematuros o con patología agregada los cuidados se darán en hospitalización. ● Tomar signos vitales. ● Orientar a familia o cuidador acerca de la importancia de la operación a realizarle. ● Verificar que tenga evaluación pre anestésica. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a la madre o cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados generales y específicos del niño o niña en el hogar. - Lactancia materna exclusiva durante seis meses. - Proporcionar una alimentación adecuada para su edad, (rica en fibra). - Medidas de higiene del recién nacido(a). - No automedicar al niño o niña. - Importancia de asistir a controles de crecimiento y desarrollo. - Vacunación infantil. - Asistir a los controles con neonatólogo y cirujano neonatal. - Vigilar y reportar si presenta signos de infección de herida operatoria (rubor, color, secreciones, fiebre). - Entregar referencia a Ecos Especializado si

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Vacunación infantil. - Alimentación del recién nacido(a) con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener nada por boca. • Verificar que la orden quirúrgica este recibida en sala de operaciones y que tenga preparado hemoderivados para momento operatorio. • Cumplir líquidos endovenosos indicados. • Cumplir medicamentos indicados. • Verificar que consentimiento informado este firmado por persona responsable del paciente. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y reportar signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 minutos #4. - Cada 30 minutos #2. - Cada 2 horas hasta mejorar estado anestésico. • Mantener nada por boca. • Administrar analgésico según prescripción médica. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor. - Sangramiento del sitio operatorio. - Hipotensión. - Shock. - Estado de hidratación. - Estado abdominal. • Mantener con líquidos endovenosos hasta tolerar vía oral • Satisfacer las necesidades fisiológicas y de comodidad. • Mantener respaldo a 30°. • Iniciar vía oral cuatro horas post operatorio o según evaluación del paciente. • Realizar cuidados de herida operatoria (mantener apósitos limpios y secos). • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">es necesario.</p>

8. Intervenciones de enfermería en pacientes con invaginación intestinal

8.1 Definición

Es la introducción de un segmento del intestino dentro de sí mismo.

8.2 Etiología

Idiopática en el 95% de los casos, el resto es secundaria a infecciones respiratorias superiores, gastroenteritis aguda, cambios significativos en la dieta, divertículo de Meckel, pólipos intestinales, adenitis mesentérica duplicación intestinal, linfomas, hemangiomas y linfagiomias, fibrosis quística entre otros.

8.3 Manifestaciones clínicas

Síntomas: dolor abdominal, el paciente típico es un lactante bien nutrido, sano que súbitamente comienza a llorar y se lleva las piernas al abdomen. Después de varios minutos el ataque termina y el niño vuelve a la normalidad. Los episodios de dolor se repiten cada diez o quince minutos. Hay heces mucoides con sangre y vómito de contenido alimentario que posteriormente se vuelve bilioso.

Signos: masa palpable en forma de “salchicha” en hemi abdomen izquierdo, sensación de vacío en hemi abdomen derecho, ruidos hiperperistálticos; en el tacto rectal se palpa la cabeza de la invaginación o el guante muestra heces sanguinolentas.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar a la mujer embarazada sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a controles prenatales. - Parto institucional. - Fomentar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses. <p>Orientar a cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a controles de crecimiento y desarrollo. - Alimentación adecuada a su edad. - Vigilar tolerancia de la alimentación. - Practica de hábitos higiénicos. - Consultar y cumplir tratamiento oportuno en caso de infecciones de vías respiratorias. - Identificar signos de alarma y consultar oportunamente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor abdominal. ✓ Irritabilidad. ✓ Heces con moco y 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar estado general del paciente. ● Tomar y registrar signos vitales. ● Vigilar y reportar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Llanto intenso. - Distensión abdominal. - Heces mezcladas con sangre y mucosidad. - Vómitos. - Letárgico. - Respiración superficial. - Fiebre. ● Asistir a paciente en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía abdominal. - Ecografía abdominal. - Enema baritado. - Ultrasonografía abdominal. - Colocación de sonda oro gástrica abierta. ● Realizar cuidados de accesos venosos. ● Mantener eutérmico de ser posible en cuna térmica. ● Mantener respaldo a 30° y rodete bajo hombros. 	<p>Orientar a padres o cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de colostomía. - Asistir a controles postquirúrgicos. - Saber reconocer los signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vómitos. ✓ Distensión abdominal. ✓ Diarrea. ✓ Rechazo a la alimentación. ✓ Dificultad para respirar. ● Asistir de inmediato al establecimiento de salud ante el apareamiento de algún signo de alarma. ● Integrar a la familia al cuidado del niño o niña. ● Asistir a control de crecimiento y desarrollo del niño o niña.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>sangre.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vómitos de contenido alimentario o bilioso. ✓ Pérdida de la turgencia de la piel. ✓ Fontanela hundida. ✓ Mucosas reseca. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coordinar ingreso del paciente. ● Tomar exámenes de laboratorio indicados. ● Mantener a paciente con brazalete de identificación. ● Proporcionar apoyo emocional a familia. ● Asegurar el envío de la orden a sala de operaciones. ● Verificar que el consentimiento informado este firmado por la persona responsable del niño o niña. ● Verificar que los resultados de exámenes de gabinete y laboratorio se encuentren en el expediente clínico. ● Verificar que los hemoderivados estén preparados en el banco de sangre. ● Mantener a paciente en ayuno de seis horas previo a la cirugía. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar y reportar signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 minutos N° 4 - Cada 30 minutos N°2 - Cada 2 horas hasta mejorar estado anestésico. ● Controlar el dolor. ● Cumplir analgésico con horario indicado. ● Mantener eutérmico. ● Mantener líquidos intravenosos indicados. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valorar y reportar estado abdominal. ● Realizar cuidados de herida operatoria. <ul style="list-style-type: none"> - No descubrir herida operatoria antes de las 24 horas post quirúrgico a menos que se observe sangramiento. - Proteger de humedad. - Realizar higiene de manos antes de manipular a paciente. - Asistir durante la curación. - Vigilar y reportar área operatoria (color, sangramiento, secreciones). ● Realizar cuidados de colostomía si la tuviera. 	

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> ● Reportar a medico signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Distensión abdominal. - Irritabilidad, Llanto intenso. - Heces con sangre y mucosidades. - Vómitos. - Letargia. - Respiración superficial. - Fiebre. ● Controlar balance hídrico y diuresis cada dos horas. ● Vigilar y reportar estado de hidratación. ● Observar y reportar signos de dolor (facies, llanto intenso, sudoración, taquipnea, taquicardia). ● Cumplir analgésicos de acuerdo a indicación médica. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

9. Intervenciones de enfermería en pacientes con mal rotación intestinal

9.1 Definición

Anomalía embrionaria que se origina en una falla del intestino fetal para ocupar su posición anatómica normal en la cavidad abdominal. Hay una rotación incompleta del intestino fetal más una fijación anormal del mesenterio a la pared dorsal de la cavidad abdominal, dando lugar a vólvulos del intestino medio por ausencia de fijación de la unión duodeno-yeyunal al ligamento de Treitz y de ciego en fosa ilíaca derecha con una fijación oblicua de base ancha del mesenterio; obstrucción de duodeno o colon por bandas peritoneales aberrantes (Bandas de Ladd) que fijan el ciego y el colon en una posición anormal a la pared abdominal posterior y hernias internas.

9.2 Etiología

No se conocen con exactitud los factores desencadenantes de este padecimiento.

9.3 Manifestaciones clínicas

Los síntomas casi siempre son debidos a la obstrucción duodenal parcial o al vólvulo del intestino medio. La forma de presentación depende de la edad. Del 50% al 75% de los niños con mal rotación intestinal que presentan síntomas, inician manifestaciones en el primer mes de vida y cerca del 90% de los síntomas clínicos aparecen en niños menores de un año de edad.

Síntoma/signos: Vómito (biliar, No biliar), diarrea, dolor abdominal, estreñimiento, anorexia, nausea, irritabilidad, apnea, letargo.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar medidas encaminadas a prevenir complicaciones en el niño o niña. • Orientar a la mujer embarazada sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controles prenatales. ✓ Parto Institucional. ✓ Fomentar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses. - Orientar a los padres o al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Importancia de asistir a controles de crecimiento y desarrollo. ✓ No medicar al niño o niña. ✓ Identificar signos de alarma (vómito, diarrea, dolor abdominal, estreñimiento, rechazo a la alimentación, irritabilidad, dificultad para respirar, letargo), y consultar oportunamente. • Al introducir nuevos alimentos al lactante: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambios en su patrón normal intestinal. ✓ Características de las heces. ✓ Distensión abdominal. ✓ Vómitos de contenido biliar. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general del paciente. • Monitorizar, registrar y reportar signos vitales. • Mantener nada por boca. • Mantener con sonda orogástrica abierta. • Vigilar y reportar signos de mal rotación intestinal: <ul style="list-style-type: none"> - Vómitos de contenido biliar (líquido digestivo verde). - Distensión y dolor abdominal. - Flexión de piernas hacia el abdomen. - Taquicardia. - Disnea. - Heces con sangre. - Asistir a paciente en procedimientos especiales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Radiografía de abdomen. ✓ Esofagograma. ✓ Enema baritado. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y reportar el estado general del paciente. • Monitorizar, registrar y reportar signos vitales. • Llevar balance hídrico y diuresis por turno o según estado de paciente. • Mantener sonda orogástrica abierta. • Vigilar estado abdominal: vómitos, dolor y distensión. • Tomar exámenes indicados y reportarlos. • Mantener acceso venos permeable. • Proporcionar apoyo emocional a la familia del niño o niña. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pre – operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a familia sobre la importancia de la cirugía. • Mantener nada por boca por seis horas. • Mantener con brazaletes de identificación. • Asegurar que el consentimiento Informado este firmado por persona responsable del niño o niña. • Verificar que la orden quirúrgica este recibida en sala de operaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a la familia en el cuidado del niño o niña. • Educar a cuidador sobre cuidados de colostomía en el hogar. • Asistir a controles postquirúrgicos. • Completar esquema de vacunación. • El cuidador(a) debe saber reconocer los signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> - Vómitos. - Distensión abdominal. - Diarrea. - Rechazo a la alimentación. - Dificultad para respirar. • Consultar al médico(a) ante la presencia de algún signo de alarma. • Entregar referencia para Ecos Familiar o Ecos Especializado, según necesidad. • No automedicar.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener niño o niña hidratado(a). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Verificar que tenga preparado hemoderivados para momento operatorio. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Cumplir soluciones endovenosas y medicamentos indicados. ● Cumplir balance hídrico cada cuatro horas o según estado del paciente. ● Mantener sonda nasogástrica (orogástrica en neonatos) abierta. ● Reportar características de lo drenado por sonda, (cantidad, color, consistencia y olor) y hacer anotaciones. ● Reponer por vía intravenosa con solución salina al 0.9% lo drenado por sonda, según indicación médica. ● Vigilar y reportar estado abdominal. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar y reportar signos vitales. <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 minutos #4. - Cada 30 minutos #2. - Cada 2 horas hasta mejorar estado anestésico. ● Mantener nada por boca de acuerdo a evaluación médica. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Observar y reportar signos de dolor (facies, llanto sudoración, taquicardia). ● Cumplir analgésicos según indicación médica. ● Iniciar vía oral con agua estéril y reportar tolerancia. ● Realizar cuidados de herida operatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Cambiar apósitos las veces necesarias. - Mantener libre de humedad. - Retiro de puntos a los ocho días post operatorio. - Valorar y reportar signos de infección. ● Realizar cuidados de dreno (si los hay). ● Asistir al niño o niña durante la remoción de drenos a los 2 días post operatorio ● Realizar cuidados de colostomía: <ul style="list-style-type: none"> - Reportar coloración de estomas, característica de lo drenado, estado de la piel en la periferia de estomas. - Cambiar bolsa recolectora las veces necesarias. ● Proporcionar apoyo emocional a familia. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

10. Intervenciones de enfermería en pacientes con megacolon agangliónico

10.1 Definición

Es una enfermedad congénita de malformación del sistema nervioso autónomo entérico, definido como la ausencia o funcionamiento congénito de las células ganglionares (aganglionosis) en los plexos mesentéricos de Auerbach y submucosos de Meissner, con hipertrofia de troncos nerviosos que produce una obstrucción intestinal funcional, que normalmente abarca el colon sigmoides y el recto, lo cual impide su relajación, provocando la resistencia del segmento agangliónico al tránsito normal del contenido intestinal.

10.2 Etiología

Las células ganglionares entéricas maduran a partir de células precursoras de neuroblastos de la cresta neural. Durante la gestación, de seis a ocho neuroblastos migran caudalmente, alcanzando por último el recto distal en la semana duodécima. Las teorías de la etiología de esta enfermedad se basan en este fenómeno y son: falta de migración de los neuroblastos, falta de diferenciación de las células precursoras a neuroblastos y células ganglionares, destrucción de los neuroblastos y células ganglionares después de la migración.

Afecta más a niños que a niñas en relación de 4: 1

10.3 Manifestaciones clínicas

Es clásica la tríada de síntomas: emesis biliar, distensión abdominal y defecaciones retardadas o disminuidas en frecuencia.

La expulsión retardada de meconio (después de veinticuatro horas de vida) es un hallazgo sugestivo de megacolon agangliónico.

El síntoma más común en los lactantes es la defecación muy disminuida que puede acompañarse de apetito disminuido y ganancia de peso menor a la esperada.

10.4 Clasificación

- De segmento ultracorto (confinada al recto),
- De segmento corto (colon sigmoides y recto).

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
Orientar a la mujer embarazada sobre: <ul style="list-style-type: none">- Inscripción temprana en control prenatal.- Asistir a los controles prenatales subsecuentes.- Atención del parto	Emergencia <ul style="list-style-type: none">• Valorar y reportar el estado general del niño o niña.• Controlar y reportar signos vitales.• Mantener nada por boca.• Administrar oxígeno humidificado por	Orientar a la madre o cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none">- Cuidados generales y específicos del niño o niña en el hogar.- Lactancia materna exclusiva durante seis meses.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a familia o cuidadores sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Probabilidades de recurrencia en un segundo hijo o hija. - Observar constantemente al recién nacido(a) y llevarlo inmediatamente al médico(a) si presenta distensión abdominal, falta de expulsión de meconio, vómito, estreñimiento, dificultad respiratoria, frialdad, diarrea sangrienta. - Importancia de asistir a controles de crecimiento y desarrollo. - Vacunación infantil. - Alimentación del recién nacido(a) con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses. - Si no es posible la lactancia materna exclusiva proporcionar leche preparada indicada por el médico(a). - No administrar medicamentos si no están indicados por el médico(a). - Practicar buenos hábitos de higiene. - No automedicar al niño o niña. - Importancia de cumplir con controles subsecuentes de especialidad, cirugía general y nutrición. 	<p>bigotera según estado respiratorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mantener al niño(a) en decúbito dorsal y respaldo a 30°. ● Canalizar un acceso venoso. ● Tomar exámenes de laboratorio. ● Administrar medicamentos y líquidos endovenosos, según prescripción médica. ● Mantener al niño niña con pañal sin fijarlo, para evitar la compresión abdominal. ● Vigilar y reportar características de las evacuaciones. ● Mantener las medidas de aislamiento. ● Mantener temperatura corporal entre 36.5 a 37.2°C. ● Mantener al niño o niña en incubadora con calor. ● Reportar características del abdomen (color, brillo o rubor, dolor, consistencia). ● Realizar cuidados generales del recién nacido(a): limpieza de cavidades, cuidados de piel y mucosas, cambio de pañal si es necesario. ● Vigilar y reportar signos de alarma como: distensión abdominal, vómitos, hipotermia, residuo gástrico a repetición. ● Asistir al niño o niña en la toma de exámenes de gabinete. ● Mantener líquidos endovenosos permeables. ● Asistir durante la ventilación mecánica si es necesario. ● Asistir al niño o niña en la colocación de sonda nasogástrica (orogástrica si es neonato). ● Mantener sonda orogástrica abierta y reportar lo drenado. ● Aplicar enemas evacuantes con solución salina normal (si estuviera indicado). ● Mantener respaldo estricto de 45° ● Realizar y agilizar el trámite pre-operatorio. ● Coordinar y realizar trámites de ingreso. ● Orientar al niño o niña y familia sobre los procedimientos a realizar. ● Vigilar y reportar los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal. - Estado de hidratación. - Características de deposiciones (si las hay). - Patrón respiratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una alimentación adecuada para su edad. (rica en fibra). - Ingerir abundantes líquidos. - Medidas de higiene del recién nacido(a). - No automedicar al niño o niña. - Importancia de asistir a controles de crecimiento y desarrollo. - Vacunación infantil. - Asistir a los controles con neonatólogo y cirujano neonatal. - Observación constante al niño o niña y llevar de inmediato al establecimiento de salud ante el apareamiento de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Distensión abdominal. ✓ Vómito. ✓ Diarrea. ✓ Fiebre. ✓ Rechazo a la alimentación. ✓ Dificultad para respirar. - Medidas para prevenir infecciones de heridas operatorias: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavarse las manos. ✓ Baño diario. ✓ Cambio de ropa. - Cuidados de colostomía, limpieza de la zona y cambio de la bolsa las veces necesarias. - Observar y consultar ante cualquier anomalía del estoma de colostomía como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Coloración (violácea o pálida). ✓ Sangrado. ✓ Prolapso. ✓ Retracción. ✓ Perforación. ✓ Necrosis.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Características del drenaje por sonda nasogástrica. - Estado anímico. • Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia. • Llevar al niño o niña a sala de operaciones o a unidad de hospitalización. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pre-operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar al niño o niña y familia sobre operación a realizarle. • Mantener nada por boca. • Verificar que la orden quirúrgica este recibida en sala de operaciones y que tenga preparado hemoderivados para momento operatorio. • Cumplir líquidos endovenosos indicados. • Cumplir medicamentos indicados. • Mantener sonda naso/orogástrica abierta y reportar características: cantidad, color, consistencia, olor. • Llevar balance hídrico más diuresis cada ocho horas • Realizar enemas evacuantes (si están indicados). • Mantener respaldo estricto de 45°. • Mantener oxígeno humidificado por bigotera (según patrón respiratorio). • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post –operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y reportar signos vitales. <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 minutos #4. - Cada 30 minutos #2. - Cada 2 horas hasta mejorar estado anestésico. • Mantener nada por boca. • Administrar medicamentos y líquidos endovenosos según prescripción médica. • Realizar cuidados de sondas y catéteres. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal. - Sangramiento del sitio operatorio. - Color y estado de estoma de colostomía. - Hipotensión. - Signos de choque. - Estado de hidratación. - Estado abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistir al establecimiento de salud para curación y retiro de puntos (si es necesario). - Consultar inmediatamente al médico ante el apareamiento de eritema y presencia de secreciones de herida operatoria, fiebre, distensión abdominal. • Proporcionar apoyo emocional y espiritual al niño, o niña y familia.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer las necesidades fisiológicas y de comodidad. • Mantener respaldo a 30°. • Controlar balance hídrico y diuresis cada ocho horas. • Realizar cuidados de herida operatoria y de colostomía. • Vigilar y reportar si presenta signos de infección de herida operatoria (rubor, color, secreciones, fiebre). • Asistir al paciente durante la curación y cuidados de colostomía. • Iniciar la vía oral gradualmente de preferencia con leche materna o fórmula adecuada para su edad. • Vigilar y reportar tolerancia de la alimentación. • Cumplir o coordinar el inicio de alimentación parenteral según indicación médica. • Movilización temprana del niño o niña. • Proporcionar apoyo emocional a la familia. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

11. Intervenciones de enfermería en pacientes con colelitiasis

11.1 Definición:

Es la presencia de cálculos en la vesícula que se forman a partir de constituyentes sólidos de la bilis.

11.2 Etiología

- Pigmentos compuestos de bilirrubinato de calcio
- Cálculos de colesterol.
- El riesgo aumenta en pacientes con: cirrosis, diabetes y en pacientes con enfermedades gastrointestinales.

11.3 Manifestaciones clínicas

En ocasiones puede ser silencioso y solo producir síntomas gastrointestinales leves. Pueden presentar dos tipos de síntomas

- a. Los propios de la enfermedad vesicular: molestias epigástricas, indigestión, distensión abdominal, dolor vago en el cuadrante superior derecho con las comidas muy grasosas o fritas.

- b. Los causados por obstrucción del paso de bilis por el cálculo: fiebre, masa abdominal palpable, cólicos vesiculares con dolor muy intenso en el cuadrante superior derecho del abdomen que irradia al dorso o al hombro derecho, náuseas y vómitos que surgen varias horas después de una comida abundante. También puede haber ictericia acompañada de prurito cutáneo, heces grisáceas o tipo arcillosa y orina oscura.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar orientación al niño o niña y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Estilos de vida saludables como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingesta de líquidos orales abundantes, principalmente agua. ✓ Ingesta de dieta baja en grasa, evitando salsas, caldos y carnes grasosas, no consumir crema ni postres grasosos. ✓ Preparación de alimentos asados o salcochados. ✓ Propiciar un ambiente tranquilo. ✓ Practicar ejercicios moderados. ✓ Dormir preferentemente de 6 a 8 horas diarias. - Mantener un ambiente de armonía familiar y laboral. 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar el estado general del niño o niña. ● Orientar al niño o niña y cuidador sobre el tratamiento y procedimientos. ● Tomar y registrar signos vitales. ● Mantener al niño o niña nada por boca. ● Toma de muestras para exámenes indicados y reportar resultados. ● Vigilar signos de deshidratación. ● Cumplir medicamentos indicados. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar y registrar signos vitales. ● Mantener en reposo en cama con respaldo entre 30-45 grados. ● Mantener al niño o niña nada por boca por indicación médica. ● Vigilar y reportar frecuencia, intensidad y duración del dolor. ● Llevar balance hídrico estricto. ● Monitoreo de ruidos intestinales cada cuatro horas y observar distensión abdominal. ● Realizar cuidados de sondas, catéteres y líneas vasculares. ● Realizar cambios de posición cada 2 horas o según tolerancia del niño o niña. ● Cumplir indicaciones médicas. ● Mantener líquidos endovenosos permeables. ● Preparar al niño o niño para endoscopia retrógrada (ERCP), litotricia extracorpórea o cirugía según indicación médica. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al niño o niña y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de continuar su tratamiento. - Presencia de signos y síntomas de complicaciones como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pérdida del apetito. ✓ Vómito. ✓ Elevación de temperatura. ✓ Dolor. ✓ Distensión abdominal. ✓ Ictericia. ✓ Orina oscura y heces de color arcilla. - Cuidados de drenaje y herida operatoria. - Consultar inmediatamente si hay presencia de dolor, tumefacción, enrojecimiento y salida de secreción de herida operatoria. - No levantar objetos pesados. - Cuidados de sonda "T": <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fijación correcta de la sonda. ✓ Forma de cambio del colector. ✓ Medir y descartar líquido de drenaje. - Importancia del lavado de manos. - Consumir dieta baja en grasa, evitar helados, mantequilla, leche completa, alimentos fritos, alimentos productores de gases: (repollo, brócoli,

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<p style="text-align: center;">Cuidado preoperatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al niño o niña sobre el procedimiento a realizar. ● Mantener la indicación de nada por boca. ● Revisar que tenga evaluaciones por especialista. ● Mandar orden a sala de operaciones. ● Enviar muestra para prueba cruzada y orden de transfusión. ● Preparar región operatoria. ● Cumplir indicaciones médicas prequirúrgicas. ● Pasar a sala de operaciones o a sala de tratamientos especiales. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Cuidado post operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar y registrar signos vitales según rutina. ● Mantener al niño o niña abrigado(a) y con medidas de protección. ● Mantener venoclisis permeable y cumplir medicamentos indicados. ● Realizar cuidados de líneas vasculares. ● Observar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia. - Presencia de dolor y sangramiento de herida operatoria. - Realizar cuidados de sistemas de drenaje, sonda T, sonda naso gástrico, dreno blando o rígido y reportar cantidad y características de contenido eliminado. ● Medir ingesta y eliminación de líquidos. ● Integrar la dieta según indicación. ● Movilizar tempranamente al niño o niña ● Proporcionar medidas de higiene y comodidad. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>coliflor, gaseosas) y alimentos que irriten la mucosa gástrica, cafeína, alimentos condimentados y picantes).</p> <ul style="list-style-type: none"> - No acostarse inmediatamente después de comer ya que aumenta el flujo biliar. - Promover las visitas de seguimiento al médico. - Importancia de perder peso si el usuario(a) es obeso/a. - Explicar la importancia de la deambulación temprana.

12. Intervenciones de enfermería en pacientes con quiste de colédoco

12.1 Definición

El quiste de colédoco es una malformación congénita rara, formado por la dilatación quística del árbol biliar generalmente asociado a un canal biliopancreático anómalo en ausencia de función esfinteriana (1), que puede afectar a la vía biliar principal intra y extrahepática e incluso al parénquima hepático.

12.2 Etiología

Los quistes de colédoco intrahepáticos pertenecen a desordenes fibropoliquísticos. Estas dilataciones, asociadas o no a fibrosis periportal, hacen pensar que son malformaciones de la placa ductal. La etiología congénita se confirma al observar dilataciones quísticas en ecografías prenatales.

La etiología de los quistes extrahepáticos se asocia a anomalías en el conducto biliopancreático en el 92% de los pacientes, siendo un conducto común y anormalmente largo (> 2 cm), que además puede causar otras patologías como estenosis de la papila de Vater o pancreatitis (2). Se piensa que el aumento del reflujo de jugo pancreático dentro del árbol biliar, lleva a la exposición de la pared del conducto común a las enzimas pancreáticas y a un aumento de presión en el colédoco que resulta en la formación de quistes

12.3 Manifestaciones clínicas

La presentación clínica de las malformaciones quísticas de la vía biliar es muy variable. Sólo un 20% de los pacientes afectados desarrolla la tríada clásica de ictericia, dolor abdominal y masa en hipocondrio derecho, mientras que la mayoría presenta alguno de estos síntomas de forma aislada y, en muchos casos, se inician con alguna de sus posibles complicaciones: colangitis, pancreatitis, hemorragias digestivas, varices esofágicas, hipertensión portal y peritonitis biliar por rotura del quiste, según edad de presentación y tipo anatómico de las malformaciones, se podría sistematizar éstas en dos grandes tipos: una forma neonatal-precoz (bajo los 24 meses de edad) con una presentación clínica en la que la ictericia es el síntoma principal y con un predominio de formas quísticas de la malformación, y una forma tardía (sobre los 24 meses de edad), en la que el síntoma más relevante es el dolor abdominal con un predominio de las formas fusiformes y asociadas frecuentemente a pancreatitis y canal biliopancreático común anómalo.

Otra sintomatología que se ha descrito, aunque sin diferencias significativas son: fiebre, náuseas, vómitos, masa palpable, hepatomegalia, pancreatitis, colangitis y baja de peso.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
Orientar al cuidador sobre:	Emergencia <ul style="list-style-type: none">• Valorar y reportar el estado general del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Orientar al paciente y familia

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir controles infantiles. - Consultar lo más pronto posible al establecimiento de salud ante la presencia de color amarillo en los ojos y piel, dolor y abultamiento en lado derecho del abdomen, fiebre. - Practicar hábitos adecuados de alimentación e higiene. - Ingesta de líquidos orales abundantes. - Evitar la administración de analgésicos y otros medicamentos sin indicación médica, pues pueden enmascarar el cuadro clínico - Igualmente evitar tomas de remedios caseros o de medicina ancestrales para control del dolor: (como tomas para empacho, aguas de hierbas, ingesta de esencias), pues al igual que los analgésicos pueden enmascarar el cuadro clínico 	<ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reportar signos vitales. ● Vigilar y reportar escala del dolor. ● Colocar respaldo de 30° o 45°. ● Mantener nada por boca según indicación médica. ● Canalizar un acceso venoso, tomar exámenes. ● Administrar medicamentos y líquidos endovenosos según prescripción médica. ● Vigilar y reportar los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor y distensión abdominal. - Patrón respiratorio. - Hidratación. ● Orientar a niño o niña y familia sobre el proceso de la enfermedad y el tratamiento. ● Asistir en colocación de sonda nasogástrica según indicación médica. ● Proporcional apoyo emocional al niño o niña y familia. ● Realizar trámite de ingreso. ● Practica de higiene de manos en sus cinco momentos. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar, registrar y reportar alteración en algún signo vital. ● Mantener en reposo y respaldo de 30° a 45°. ● Vigilar frecuencia e intensidad del dolor y estado abdominal. ● Mantener líquidos endovenosos. ● Llevar balance hídrico según indicación médica. ● Realizar cuidado de catéter y sondas. ● Realizar cambio de posición cada dos horas. ● Cumplir indicaciones médicas. ● Asistir en sus estudios radiológicos. ● Asistir en sus necesidades fisiológicas. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Cuidados Pre- operatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al niño o niña y familia acerca de la de la operación que le realizaran. ● Enviar orden a sala de operaciones. ● Enviar muestra de prueba cruzada y orden de transfusión al banco de sangre. ● Mantener en ayuno de seis horas. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Administrar líquidos endovenosos según indicación médica. 	<p>sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación adecuada según la edad. - Evitar consumo de alimentos que producen gases (brócoli, coliflor, lechuga, pepino, entre otros), condimentados o con irritantes, comida rápida. - Medidas para prevenir infecciones de herida operatoria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavarse las manos. ✓ Baño diario. ✓ Cambio de ropa. ✓ Cubrir herida operatoria al realizarle el baño. - Asistir a control según criterio médico. - Asistir al establecimiento de salud para cambio de curación cada día y retiro de puntos a los siete días.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir profilaxis de antibiótico pre quirúrgico. • Realizar baño completo y riguroso un día antes de la cirugía. • Proporcionar apoyo emocional en todo momento al niño o niña y familia. • Realizar baño el día de la cirugía, (no mojar el cabello). • Verificar cabello limpio y recogido, uñas cortas, limpias y sin esmalte. • Identificar con brazalete. • Verificar resultados de exámenes de laboratorio y que se encuentren en expediente clínico. • Preparar región operatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Lavar con agua y jabón antiséptico. - Cubrir con campo estéril región operatoria. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y reportar signos vitales. <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 minutos #4 - Cada 30 minutos #2 - Cada 2 horas hasta recuperación anestésica. • Mantener con respaldo a 30°. • Mantener nada por boca según indicación médica. • Mantener acceso venoso permeable y administrar líquidos intravenosos indicados. • Evaluar y reportar escala del dolor y cumplir analgesia según indicación médica. • Realizar cuidados de dreno, sondas y catéteres. • Vigilar que se remueva el dreno a las 24 horas post quirúrgico y posteriormente según indicación médica. • Vigilar y reportar: dolor, distensión abdominal, sangramiento de herida operatoria, hipotensión, shock, estado de hidratación). • Satisfacer las necesidades fisiológicas y de comodidad. • Registrar balance hídrico estrictamente • Asistir al niño y niña durante el procedimiento de curación. • Mantener herida operatoria sellada por 24 horas, o según criterio médico. • Cambiar apósitos de herida operatoria y de Drenos las veces necesarias. • Vigilar y reportar si presenta signos de infección de herida operatoria (rubor, calor, secreciones, fiebre). • Verificar deambulación de paciente de manera 	

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<p>adecuada según la edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la vía oral previa evaluación médica, que tenga peristaltismo, iniciando con agua, si tolera • proporcionar líquidos claros y luego dieta blanda o según edad del paciente. • Vigilar y reportar tolerancia de líquidos y alimentación. • Consultar al médico ante el apareamiento de eritema, calor, presencia de secreciones, de herida operatoria, dolor, coloración amarilla, fiebre. • Continuar con la deambulación y práctica de ejercicios moderados. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

13-Intervenciones de enfermería en pacientes con atresia de vías biliares

13.1 Definición

Es una obstrucción de los conductos o vías biliares que ayudan a eliminar los desechos del hígado (bilis) y transportan sales que para que el intestino delgado descomponga (digiera) las grasas. Se presenta en la etapa neonatal. Se caracteriza por un cambio obstructivo progresivo tanto de la vía intra como extrahepática, constituyéndose en fibrosis y obliteración de éstas, lo que puede llevar a la cirrosis hepática e incluso ser fatal en un corto periodo.

13.2 Etiología

Factores asociados a virosis perinatales, otros inmunológicos y también genéticos. Una infección perinatal con posterior afección secundaria al proceso inflamatorio dado por la respuesta inmune, se perfila como el de mayor importancia que perpetuaría el daño. Entre los virus más estudiados se cree que el reovirus tipo 3, rotavirus C y citomegalovirus actuaría produciendo esta agresión.

13.3 Manifestaciones clínicas

Los recién nacidos con esta afección pueden parecer normales al nacer y presentar la ictericia hacia la segunda o tercera semana de vida. El bebé puede aumentar de peso normalmente durante el primer mes. Después de este tiempo, bajará de peso, se tornará irritable y presentará empeoramiento de la ictericia. Otros síntomas pueden abarcar:

- Orina turbia
- Esplenomegalia
- Heces con olor fétido
- Heces pálidas o de color arcilla
- Crecimiento lento
- Poco o ningún aumento de peso.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar al cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a control infantil. - Consultar lo más pronto posible al centro de salud más cercano ante la presencia de color amarillo en los ojos y piel. - Dolor o abultamiento en lado derecho del abdomen. - Proporcionar alimentación adecuada a los niños y niñas. - Practicar buenos hábitos de higiene. - Ingesta de líquidos orales abundantes. - Evitar la administración de analgésicos y otros medicamentos sin indicación médica. - Igualmente evitar tomas de remedios caseros o de medicina ancestrales para control del dolor: (como tomas para empacho, aguas de hierbas, ingesta de esencias), pues al igual que los analgésicos pueden enmascarar el cuadro clínico. - Si hay presencia de dolor abdominal persistente, específicamente en flanco derecho, no ingerir alimentos y consultar inmediatamente al establecimiento de 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y reportar el estado general del niño o niña. • Controlar y reportar signos vitales. • Mantener nada por boca según indicación médica. • Canalizar un acceso venoso, tomar exámenes indicados. • Administrar medicamentos y líquidos endovenosos según prescripción médica, (dejar sello de agua si no tiene líquidos endovenosos indicados). • Asistir en colocación de sonda nasogástrica según indicación médica. • Orientar a paciente y familia sobre el proceso de la enfermedad y el tratamiento. • Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia en todo momento. • Vigilar y reportar los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor y distensión abdominal. - Patrón respiratorio. - Hidratación. • Realizar higiene de manos en cinco momentos. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar, registrar y reportar alteración en algún signo vital. • Mantener en reposo y respaldo de 30° a 45°. • Vigilar frecuencia e intensidad del dolor y estado abdominal. • Mantener líquidos endovenosos permeables. • Llevar balance hídrico según indicación médica. • Realizar cuidados de catéter y sondas. • Realizar cambio de posición cada dos horas. • Llevar escala del dolor, cumplir analgésicos indicados. • Asistir en estudios radiológicos. • Asistir en sus necesidades fisiológicas. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>Orientar al paciente y familia sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación adecuada según la edad. - Evitar consumo de alimentos que producen gases (brócoli, coliflor, lechuga, pepino, entre otros), condimentados o con irritantes, comida rápida. - Medidas para prevenir infecciones de herida operatoria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavarse las manos. ✓ Baño diario. ✓ Cambio de ropa. ✓ Cubrir herida operatoria al realizarle el baño. - Asistir a control médico dentro del primer mes postquirúrgico o según criterio médico. - Asistir al establecimiento de salud para cambio de curación cada día y retiro de puntos a los ocho días post quirúrgico. - Cuidados de herida operatoria en el hogar. - Consultar al médico(a) ante el apareamiento de eritema, calor, presencia de secreciones, de herida operatoria y fiebre. - Continuar con la deambulacion y práctica de ejercicios moderados.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
salud más cercano.	<p style="text-align: center;">Cuidados pre- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a niño o niña y familia acerca de la de la operación a realizarle. ● Enviar orden a sala de operaciones un día antes de la cirugía. ● Enviar muestra de prueba cruzada y orden de transfusión al banco de sangre un día antes de la cirugía. ● Mantener en ayuno de seis horas. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Administrar líquidos endovenosos según indicación médica. ● Cumplir profilaxis de antibiótico pre quirúrgico según indicación médica. ● Realizar baño completo y riguroso un día antes de la cirugía. ● Realizar baño el día de la cirugía (no mojar el cabello). ● Verificar cabello limpio y recogido uñas cortas, limpias y sin esmalte. ● Identificar con brazalete. ● Verificar resultados de exámenes de laboratorio y que se encuentren en expediente clínico. ● Preparar región operatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Lavar con agua y jabón antiséptico región operatoria. - Cubrir con campo estéril región operatoria. ● Proporcionar apoyo emocional a niño o niña y familia. ● Solicitar a RX los estudios radiológicos un día antes de la cirugía. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reportar signos vitales. <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 minutos #4 - Cada 30 minutos #2 - Cada 2horas hasta recuperación anestésica. ● Mantener con respaldo a 30°. ● Administrar medicamentos y líquidos endovenosos según prescripción médica. ● Mantener nada por boca según indicación médica. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Administrar analgesia las primeras 24-48 horas con horario indicado y luego según criterio médico. 	

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar medios físicos si la temperatura corporal es mayor de 38°C (con agua a temperatura corporal) o cumplir antipiréticos indicados. • Realizar cuidados de dreno, sondas y catéteres. • Vigilar que se remueva el dreno a las 24 horas post quirúrgico y posterior según indicación. • Vigilar y reportar dolor, distensión abdominal, sangramiento de herida operatoria, hipotensión, shock, estado de hidratación). • Satisfacer las necesidades fisiológicas y de comodidad. • Llevar control de las entradas y salidas de líquidos. • Asistir al niño o niña durante el procedimiento de curación. • Mantener herida operatoria sellada por 24 horas, o según criterio médico. • Cambiar apósitos de herida operatoria y de drenos las veces necesarias. • Vigilar y reportar si presenta signos de infección de herida operatoria (rubor, calor, secreciones, fiebre). • Orientar al niño o niña y familia la importancia de la deambulación temprana • Iniciar la vía oral previa evaluación médica, (que tenga peristaltismo), iniciando con agua, si tolera proporcionar líquidos claros y luego dieta blanda o según edad del paciente. • Vigilar y reportar tolerancia de líquidos y alimentación. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

14-Intervenciones de enfermería en pacientes con divertículo de Meckel

14.1 Definición

Es una formación sacular que sobresale de la mucosa intestinal y que se extiende a través de un defecto en la capa muscular, en cualquier lugar del tracto gastrointestinal

14.2 Etiología

Consumo deficiente de fibra, disminución de la potencia muscular de la pared del colon (hipertrofia muscular por endurecimiento del bolo fecal). La diverticulitis se produce cuando los alimentos y las bacterias retenidas en el divertículo producen infección e inflamación, que impiden el drenaje y conducen a perforación o formación de abscesos.

14.3 Manifestaciones clínicas:

Estreñimiento crónico, irregularidad en las evacuaciones intestinales a intervalos de diarrea, inicio abrupto de dolor cólico en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, fiebre de bajo grado, náuseas, anorexia, debilidad y fatiga.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar al cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a control infantil. - Consultar lo más pronto posible al establecimiento de salud ante la presencia de: dolor abdominal, fiebre, dificultad para defecar o sangre en las heces (color de ladrillo). - Debilidad o palidez. - Practicar hábitos saludables de alimentación (dieta rica en fibra). - Ingesta de líquidos orales abundantes. - Evitar la administración de analgésicos y otros medicamentos sin indicación médica. <ul style="list-style-type: none"> - Igualmente evitar tomas de remedios caseros o de medicina ancestrales para control del dolor: (como tomas para empacho, aguas de 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y reportar el estado general del paciente. • Controlar y reportar signos vitales. • Vigilar y reportar escala del dolor. • Colocar respaldo de 30° o 45° • Mantener nada por boca según indicación médica • Canalizar un acceso venoso, tomar exámenes, • administrar medicamentos y líquidos endovenosos según prescripción médica • Vigilar y reportar los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor y distensión abdominal. - Patrón respiratorio. - Hidratación. • Orientar a niño o niña y familia sobre el proceso de la enfermedad y el tratamiento. • Asistir en colocación de sonda nasogástrica según indicación médica. • Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia. • Realizar trámite de ingreso. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar, registrar y reportar alteración en algún signo vital. • Mantener en reposo y respaldo de 30° a 45°. 	<p>Orientar al paciente y familia sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación adecuada según la edad. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar consumo de alimentos que producen gases (brócoli, coliflor, lechuga, pepino, entre otros). Condimentados o con irritantes, comida rápida. - Medidas para prevenir infecciones de herida operatoria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavarse las manos. ✓ Baño diario. ✓ Cambio de ropa. ✓ Cubrir herida operatoria al realizarle el baño. - Asistir a control médico según criterio medico - Asistir al centro de salud para cambio de curación cada día y retiro de puntos a los 7 días. - Consultar al médico ante: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aparecimiento de eritema, calor, presencia de secreciones, de herida operatoria,

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>hierbas, ingesta de esencias), pues al igual que los analgésicos pueden enmascarar el cuadro clínico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Vigilar frecuencia e intensidad del dolor y estado abdominal, dificultad para defecar o heces con sangre. ● Reportar si hay elevación de la temperatura (bajar con agua a temperatura corporal). ● Asistir en estudios radiológicos. ● Mantener líquidos endovenosos. ● Llevar balance hídrico según indicación médica. ● Realizar cuidado de catéter y sondas. ● Realizar cambio de posición cada dos horas. ● Cumplir indicaciones médicas. ● Asistir en estudios radiológicos. ● Asistir en sus necesidades fisiológicas. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Cuidados Pre- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al niño o niña y familia acerca de la operación que le realizaran. ● Enviar orden a sala de operaciones. ● Enviar muestra de prueba cruzada y orden de transfusión al banco de sangre. ● Mantener en ayuno de seis horas. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Administrar líquidos endovenosos según indicación médica. ● Cumplir profilaxis de antibiótico pre quirúrgico 30 minutos antes de la cirugía. ● Realizar baño completo y riguroso un día antes de la cirugía. ● Proporcionar apoyo emocional en todo momento al niño o niña y cuidador. ● Realizar baño el día de la cirugía (no mojar el cabello). ● Verificar cabello limpio y recogido uñas cortas, limpias y sin esmalte. ● Identificar con brazalete. ● Verificar resultados de exámenes de laboratorio y que se encuentren en expediente clínico. ● Preparar región operatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Lavar con agua y jabón antiséptico región operatoria. - Cubrir con campo estéril. ● Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia 	<p>dolor coloración amarilla, fiebre.</p> <p>- Continuar con la deambulacion y práctica de ejercicios moderados.</p>

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reportar signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 minutos #4 - Cada 30 minutos #2 - Cada 2 horas hasta recuperación anestésica. ● Mantener con respaldo a 30°. ● Mantener líquidos endovenosos permeables. ● Mantener nada por boca según indicación médica. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Evaluar y reportar escala del dolor y cumplir analgesia según indicación médica. ● Mantener nada por boca según indicación médica. ● Realizar cuidados de dreno, sondas y catéteres. ● Vigilar que se remueva el dreno a las 24 horas post quirúrgico y posterior según indicación ● Vigilar y reportar: dolor, distensión abdominal, sangramiento de herida operatoria, hipotensión, shock, estado de hidratación). ● Satisfacer las necesidades fisiológicas y de comodidad. ● Llevar control de las entradas y salidas de líquidos. ● Asistir al niño o niña durante el procedimiento de curación. ● Mantener herida operatoria sellada por 24 horas, o según criterio médico. ● Cambiar apósitos de herida operatoria y de drenos las veces necesarias. ● Vigilar y reportar si presenta signos de infección de herida operatoria (rubor, calor, secreciones, fiebre). ● Verificar deambulación de paciente de manera adecuada según la edad. ● Inicio de la vía oral previa evaluación médica. que tenga peristaltismo, iniciando con agua, si tolera proporcionar líquidos claros y luego dieta blanda o según edad del paciente. ● Vigilar y reportar tolerancia de la vía oral ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

15-Intervenciones de enfermería en pacientes con vólvulo intestinal

15.1 Definición

Es la rotación de un asa intestinal móvil sobre un punto fijo. Más frecuente en el intestino medio.

15.2 Etiología

Factores predisponentes: colon sigmoidees redundante con un mesocolon de base estrecha, mesocolonitis retráctil. Factores precipitantes: Ingesta copiosa de alimentos fermentables, uso excesivo de lactantes, presencia de masa pélvica.

15.3 Manifestaciones clínicas

Agudo: Distensión abdominal, gas en estómago, ausencia de gas en el colon, vomito en general bilioso, ictericia, heces teñidas de sangre, hipovolemia y shock.

Crónico: Dolor abdominal recurrente, mala absorción, vomito no bilioso (asociado a mal pronóstico)

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar al cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a control infantil. - Consultar lo más pronto posible al establecimiento de salud más cercano, cuando hay presencia de dolor y gases abdominales, vómitos de contenido verdoso, heces teñida de sangre, ictericia. - Alimentación adecuada. - Practicar buenos hábitos de higiene. - Ingesta de líquidos orales abundantes. - Evitar la administración de analgésicos y otros medicamentos sin indicación médica. - Igualmente evitar tomas de remedios caseros o de medicina ancestrales para control del dolor: (como tomas para empacho, aguas de hierbas, ingesta de esencias), pues al igual que los analgésicos pueden 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y reportar el estado general de niño y niña • Controlar y reportar signos vitales. • Vigilar y reportar signos de shock (frialdad, hipotensión, sudoración, dificultad para respirar). • Vigilar y reportar estado abdominal y escala del dolor. • Vigilar y reportar cantidad y característica de vómitos y heces. • Mantener nada por boca según indicación médica. • Canalizar un acceso venoso, tomar exámenes. • Administrar medicamentos y líquidos endovenosos según prescripción médica. • Asistir en colocación de sonda nasogástrica según indicación médica. • Orientar a paciente y familia sobre el proceso de la enfermedad y el tratamiento. • Proporcional apoyo emocional al niño o niña y familia. • Llevar y registrar balance hídrico. 	<p>Orientar al paciente y familia sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación adecuada según la edad. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar consumo de alimentos que producen gases (brócoli, coliflor, lechuga, pepino, entre otros), condimentados o con irritantes, comida rápida. - Medidas para prevenir infecciones de herida operatoria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavarse las manos. ✓ Baño diario. ✓ Cambio de ropa. ✓ Cubrir herida operatoria al realizarle el baño. - Asistir a control médico dentro del primer mes postquirúrgico o según criterio médico. - Asistir al establecimiento de salud para cambio de curación cada día y retiro de puntos a los 8 días post quirúrgico.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>enmascarar el cuadro clínico.</p> <p>- Si hay presencia de dolor abdominal persistente, específicamente en flanco derecho, no ingerir alimentos y consultar inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar, registrar y reportar alteración en algún signo vital. • Mantener en reposo y respaldo de 30° a 45°. • Vigilar frecuencia e intensidad del dolor y estado abdominal. • Mantener líquidos endovenosos. • Llevar balance hídrico según indicación médica. • Realizar cuidado de catéter y sondas. • Realizar cambio de posición cada dos horas. • Cumplir indicaciones médicas. • Asistir en estudios radiológicos. • Asistir en sus necesidades fisiológicas. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Cuidados Pre- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia acerca de la de la operación a realizarle. • Enviar orden a sala de operaciones. • Enviar muestra de prueba cruzada y orden de transfusión. • Mantener en ayuno de seis horas. • Mantener acceso venoso permeable. • Administrar líquidos endovenosos según indicación médica. • Cumplir profilaxis de antibiótico pre quirúrgico según indicación. • Realizar baño completo y riguroso un día antes de la cirugía. • Realizar baño el día de la cirugía (no mojar el cabello). • Verificar cabello limpio y recogido, uñas cortas, limpias y sin esmalte. • Identificar con brazalete. • Verificar resultados de exámenes de laboratorio y que se encuentren en expediente clínico. • Preparar región operatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Lavar con agua y jabón antiséptico región operatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de herida operatoria en el hogar. - Consultar al médico(a) ante el apareamiento de eritema, calor, presencia de secreciones, de herida operatoria y fiebre. - Continuar con la deambulacion y práctica de ejercicios moderados.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Cubrir con campo estéril región operatoria. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post- operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y reportar signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> - Cada 15 minutos #4. - Cada 30 minutos #2. - Cada 2 horas hasta recuperación anestésica. • Mantener con respaldo a 30° o 45°. • Administrar medicamentos y líquidos endovenosos según prescripción médica. • Mantener nada por boca según indicación médica. • Mantener acceso venoso permeable. • Administrar analgesia las primeras 24-48 horas con horario indicado y luego según criterio médico. • Aplicar medios físicos si temperatura corporal es mayor de 38° C. • Realizar cuidados de dreno, sondas y catéteres. • Vigilar que se remueva el dreno a las 24 horas post quirúrgico y posterior según indicación. • Vigilar y reportar dolor, distensión abdominal, sangramiento de herida operatoria, hipotensión, shock, estado de hidratación). • Satisfacer las necesidades fisiológicas y de comodidad. • Llevar control de las entradas y salidas de líquidos. • Asistir al niño o niña durante el procedimiento de curación. • Mantener herida operatoria sellada por 24 horas, o según criterio médico. • Cambiar apósitos de herida operatoria y de drenos las veces necesarias. • Vigilar y reportar si presenta signos de infección de herida operatoria (rubor, calor, secreciones, fiebre). • Verificar deambulacion del niño o niña según la edad. 	

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la vía oral previa evaluación médica. que tenga peristaltismo, iniciando con agua si tolera proporcionar líquidos claros y luego dieta blanda o según edad del paciente. • Vigilar y reportar tolerancia de líquidos y alimentación. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

16-Intervenciones de enfermería en pacientes con trauma cerrado de abdomen

16.1 Definición

Se define como una lesión provocada por la fuerza de un impacto en el cuerpo, sin que se produzca rotura de la piel.

16.2 Etiología

- Accidente en auto
- Atropellamiento
- Caída de su propia altura
- Caída de bicicleta
- Caída de árboles

16.3 Manifestaciones clínicas

Hipotensión marcada, bradicardia, palidez intensa, sudoración fría; peritonitis, dolor abdominal, ausencia de ruidos peristálticos, resistencia o distensión, contractura abdominal o vientre de tabla.

Vómitos: vómitos tardíos (4 a 6 horas), son por irritación peritoneal, por infección o secreciones libres en la cavidad, pueden ser hemáticos, por desgarros en la pared del estómago o por hematuria, secundarias a lesión de hígado o vías biliares.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
Orientar al niño o niña y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Precauciones a tomar al conducir vehículos 	Unidad de emergencia. <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a paciente en carro de transporte. • Evaluar y reportar estado general. 	Orientar al usuario(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las complicaciones :

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>automotores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No ingerir bebidas alcohólicas y drogas. ✓ No estar bajo efectos sedantes o tranquilizantes. ✓ No permitir que manejen personas epilépticas o con daltonismo. <ul style="list-style-type: none"> - Evitar accidentes en el hogar. - No permitir que los niños o niñas se suban a árboles. - Evitar juegos agresivos en los niños y niñas. - Precaución con niños, niñas y ancianos al subir y bajar gradas. - Evitar la violencia Intrafamiliar. - No frecuentar lugares y grupos de riesgo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportar anomalías. • Colocar respaldo entre 30-45 grados. • Evaluar estado de conciencia, signos de hemorragia, estado abdominal y dolor. • Vigilar signos de shock (hipotensión, sudoración, palidez y frialdad generalizada). • Canalizar accesos venosos, tomar exámenes de laboratorio indicados. • Administración de líquidos, hemoderivados y medicamentos indicados. • Interrogar al niño o niña y familia sobre la causa de la lesión, hora en que consumió los últimos alimentos, tendencias hemorrágicas, alergias e inmunizaciones. • Cubrir lesiones o heridas con apósitos estériles, en caso de evisceración utilizar apósitos humedecidos con solución salina tibia. • Asistir al niño o niña durante: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos especiales. - Exámenes de gabinete. • Mantener temperatura corporal. • Preparar al niño o niña para intervención quirúrgica si está indicada. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales cada dos horas o según estado del niño o niña • Observar estado de conciencia. • Mantener al niño o niña nada por boca. • Observar región operatoria y reportar sangramiento. • Cumplir indicaciones médicas. • Mantener líquidos endovenosos permeables. • Efectuar cuidados de herida operatoria, sondas y drenos. • Realizar balance hídrico. • Realizar cambios de posición según su estado. • Movilizar tempranamente al niño o niña • Asistir o realizar cuidados de higiene. • Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia • Proporcionar dieta según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor abdominal creciente. ✓ Fatiga, debilidad y fiebre. ✓ Hematuria, melenas. ✓ Signos de infección quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> - Consultar al establecimiento de salud ante el apareamiento de complicaciones. - Cumplir tratamiento ambulatorio. - Importancia de los controles subsecuentes. - Cuidados de herida operatoria. - Prácticas de estilos de vida saludable: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar fumar o consumir bebidas alcohólicas e inervantes. ✓ Realizar cuidados de higiene personal. ✓ Iniciar ejercicios de leves a moderados. ✓ Alimentación balanceada.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería. 	

17-Intervenciones de enfermería en pacientes con fractura de miembros superiores

17.1 Definición

Es una rotura de la continuidad del hueso de los miembros superiores; en alguno de sus cuatro segmentos: el *primer segmento* es la cintura escapular que consta de 2 huesos, la clavícula y la escapula. El *segundo segmento* es el humero, el *tercer segmento* corresponde a los huesos radio y cubito, y por último el *cuarto segmento* consta con los huesos del carpo y la mano. Además, contamos con articulaciones donde también puede haber fracturas. Un **cóndilo** es la cabeza, eminencia o protuberancia redondeada en la extremidad de un hueso que encaja en el hueco de otro para formar una articulación. (Fractura supracondilea si está arriba del cóndilo).

17.2 Etiología

Traumatismos, lesiones deportivas caídas, accidentes, proyectiles, osteoporosis; ocurre cuando el hueso es sometido a un traumatismo en forma de sobrecarga excesiva ejercida sobre el mismo, como:

- Un golpe directo en el hueso
- Un movimiento de giro indirecto
- Lesiones por aplastamiento
- Fracturas por fatiga o sobrecarga
- Enfermedades como el cáncer

17.3 Clasificación

Cerradas: es aquella que el hueso se rompe y la piel permanece intacta

Abiertas: el hueso fracturado sale al exterior, perfora la piel y produce una herida abierta.

Compuesta: se produce cuando los extremos del hueso sobresalen a través de la piel.

Además, las fracturas pueden ser de varios tipos, enfocándonos en la estructura del hueso post-fractura, siendo de tipo:

Fisura o simple: es una fractura leve con rotura parcial del hueso, sin que los bordes se separen totalmente, también se le llama fractura incompleta.

La fractura en tallo verde ocurre en niños. Como el hueso no está tan calcificado, cede sólo en forma

La fractura completa ocurre en todo el espesor del hueso.

Fractura abierta: hay rotura del hueso y herida en la piel a través de la cual puede verse o no el hueso.

Múltiple o conminuta: Cuando el hueso se rompe en varias fracciones, denominadas esquirlas.

17.4 Manifestaciones clínicas

- Tumefacción en el lugar de la fractura
- Dolor intenso que aumenta a la movilización
- Sangramiento
- Deformidad del hueso
- Espasmo muscular
- Entumecimiento y hormigueo a nivel local
- Cambios de coloración
- Crepitación

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al niño o niña y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Prevención de accidentes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar que los niños o niñas se suban a los árboles, muros o lugares de riesgo (saltar en la cama, sofá, sillas entre otros). ✓ No dejar solos a los niños o niñas cuando abordan medios de transporte o se esté bañando. ✓ Explicar a niña o niño de una forma sencilla el peligro que corre al subir a los árboles. ✓ Práctica de deportes acordes a su edad. ✓ Usar zapatos con suela antideslizante. ✓ Colocar pasamano en gradas, baños, sanitarios. ✓ Decirle al niño o niña que tipo de juegos debe practicar y así evitar accidentes. ✓ No colocar ungüentos sobre el área afectada ✓ No llevarlo al sobador 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar el miembro afectado del niño o niña. • Orientar a cuidador sobre el proceso a seguir dentro del hospital. • El niño o niña debe permanecer nada por boca por un periodo de 6 horas. • Solicitar información a madre sobre el tiempo de sufrir el accidente. • Cumplir analgésico según criterio médico. • Inmovilizar y alinear miembro fracturado. • Tomar signos vitales. • Canalizar acceso venoso. • Tomar muestras de laboratorio según indicación médica. • Mantener al niño o niña en reposo y con respaldo a 30° o 45°. • Colocar dispositivos mecánicos. • Vigilar, reportar y registrar signos de alarma, fiebre, dificultad respiratoria. • Vigilar, reportar y registrar llenado capilar, pulso braquial y radial, calor o frialdad distal, coloración, sangrado, edema, movilidad del miembro afectado. • Asistir al niño o niña en toma de RX. • Verificar evaluación por ortopeda. • Dar apoyo emocional al niño o niña y familia. • Hacer trámite de ingreso o pasar a pequeña cirugía según criterio médico. • Asistir y satisfacer las necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de cumplir con el tratamiento médico, dieta rica en calcio. - Dar seguridad al niño o niña y afecto para que se sienta seguro. - Asistencia a controles con el ortopeda. - Evitar movimientos bruscos en el niño o niña. - Signos de alarma y consultar oportunamente si hay presencia de edema, frialdad, cambio de coloración fiebre o yeso manchado con sangre y percibe olor desagradable. - En el hogar realizar cuidados de la piel, protegiendo miembro enyesado con bolsa plástica. - Evitar la humedad. - Mantener la posición adecuada de acuerdo al yeso colocado y sostenido por un vendaje cómodo. - Controlar que el niño o niña no se introduzca objetos puntiagudos y se pueda lacerar y contaminar la piel. - No juegos bruscos ni cargar objetos pesados con

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Llevar al niño o niña al establecimiento de salud más cercano). • Elaborar notas de enfermería. 	<p>fisiológicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Área de pequeña cirugía si es una fractura cerrada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir niña o niño y expediente incluyendo placa de RX. • Controlar reportar y registrar signos vitales. • Vigilar permeabilidad de acceso venoso. • Verificar seis horas de ayuno. • Verificar cumplimiento de indicaciones. • Mantener acceso venoso permeable. • Verificar si los padres conocen procedimiento a realizar al niña o niña por el médico. • Mantener hidratación del niño o niña. • Colocar a niño o niña en carro camilla, con barandales funcionando. • Mantener en posición cómoda. • Asistir al niño o niña en el procedimiento indicado por ortopeda (vendaje mayo, belpo, yeso braquiopalmar, férula posterior. • Verificar llenado capilar, color, calor y frialdad de mano o dedos. • Pasar niña o niño a recuperación donde se debe controlar: <ul style="list-style-type: none"> –Estado de conciencia. –Signos vitales. –Conocer tipo de sedación que ha recibido el niño o niña. • Mantener permeabilidad de acceso venoso. • Realizar registro de notas de enfermería en el pre, trans y post procedimiento. • Verificar efectos de sedación y estado de conciencia. • Entregar niña o niño despierto(a) a familia o servicio de hospitalización. • Orientar al cuidador sobre signos de alarma edema, frialdad y cambio de coloración en los dedos <p style="text-align: center;">Cuidados de enfermería en fractura expuesta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir al niño o niña con expediente completo incluyendo, hoja de autorización del cuidador, exámenes 	<p>miembro afectado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar el baño en regadera y evitar el reblandecimiento del yeso e infecciones agregadas. - Importancia de seguir los controles con el ortopeda. • Dar recomendaciones por escrito para que no asista a la escuela según indicación de ortopeda. • Entregar hoja de retorno y explicar la importancia de llevar a establecimiento de salud cercano para su seguimiento.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<p>vigentes hemograma, general de orina, placa de RX.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar 6 horas de ayuno • Controlar, reportar y registrar signos vitales. • Vigilar permeabilidad de acceso venoso. • Medir intensidad del dolor. • Verificar cumplimiento de indicaciones. • Evidenciar sitio de la lesión (presencia de edema, sangrado, llenado capilar, movilidad del miembro y pulsos radial y cubital). • Verificar si hay exposición ósea y cubrir de inmediato con apósitos estériles. • Verificar si los padres conocen procedimiento a realizar por el médico al niño o niña. • Mantener hidratación del niño o niña. • Dar apoyo emocional y seguridad al niño o niña. • Colocar al niño o niña en carro en posición cómoda. • Asistir al niño o niña en el procedimiento quirúrgico. • Elaborar notas de enfermería. • Coordinar ingreso del niño o niña a la unidad de ortopedia. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir ingreso coordinado y verificar proceso de ingreso. • Controlar, reportar y registrar signos vitales. • Vigilar permeabilidad de acceso venoso. • Mantener acceso venoso permeable. • Mantener hidratación continua indicada. • Iniciar vía oral seis horas post quirúrgico, líquidos claros, líquidos completos, dieta blanda y dieta corriente. • Colocar al paciente en reposo y respaldo a 30° o 45° y rodete bajo hombros. • Mantener al niño o niña en inmovilización en posición anatómica. • Mantener miembro en elevación aplicando dispositivos mecánicos. • Asistir al niño o niña en sus necesidades fisiológicas, de confort y seguridad. 	

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre área física, práctica de higiene de manos, uso de barandas seguras. • Evitar movilizar miembro fracturado de forma brusca o innecesariamente. • Cumplir analgésico por 24 horas según horario indicado e intensidad del dolor. • Enseñar a cuidador como el niño o niña debe mantener el miembro afectado en elevación por 20 minutos tres veces al día. • Movilidad de los dedos durante la noche, al dormir mantener la posición anatómica con dispositivos mecánicos. • Reportar al médico(a) si el niño o niña refiere cambios en la capacidad de movimiento del miembro fracturado, palidez, cianosis, pulso débil o ausente o intensidad del dolor y aumento de edema. • Dar apoyo emocional y seguridad al niño o niña y familia. • Educación al cuidador sobre hábitos de higiene personal, orden y aseo de la unidad, mantener barandas de cuna seguros y practica de higiene de manos. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

18- Intervenciones de enfermería en pacientes con fractura de miembros inferiores

18.1 Definición

Es una rotura de la continuidad del hueso de los miembros inferiores.

18.2 Etiología

- Traumatismos
- Lesiones deportivas
- Osteoporosis
- Osteogenesis imperfecta
- Maltrato infantil
- Caídas de su propia altura

18.3 Manifestaciones clínicas

Depende de la causa de la fractura y su clasificación, del tipo de fractura, de la localización y la alineación:

- Tumefacción en el lugar de la fractura
- Dolor intenso
- En la fractura pélvica puede haber shock hipovolémico
- Deformidad del miembro
- Cambio de coloración en el lugar de la fractura
- Crepitación
- Hormigueo
- Espasmo, provocando acabalgamiento o acortamiento de la extremidad.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar al niño o niña y familia sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prevención de accidentes. -Alimentación rica en calcio. -Evitar que niños o niñas se suban a los árboles, muros o lugares de riesgo (saltar en la cama, sofá, sillas entre otros). -No dejar solos a niños o niñas cuando abordan medios de transporte o se esté bañando. -Explicar a niña o niño de una forma sencilla el peligro que corre al subir a los árboles. -Identificar signos en el grupo familiar de indicio de violencia. -Práctica de deportes acordes a su edad. -Evitar uso de zapatos con suela antideslizante. -Colocar pasamano en gradas, baños, sanitarios. -Mantener peso en límites ideales. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir al niño o niña en carro camilla con barandales. • Observar el miembro afectado del niño o niña. • Orientar al cuidador sobre el proceso a seguir dentro del hospital y estado del paciente. • El niño o niña debe permanecer nada por boca por un periodo de seis horas. • Solicitar información a madre sobre el tiempo de sufrir al accidente. • Cumplir analgésico según criterio médico. • Inmovilizar y alinear miembro fracturado y mantener posición anatómica dorsal del cuerpo. • Tomar signos vitales. • Canalizar acceso venoso. • Tomar muestras de laboratorio según indicación médica. • Colocar dispositivos mecánicos. • Vigilar, reportar y registrar llenado capilar pulso femoral y pedio, frialdad distal, coloración, sangrado, edema, movilidad del miembro afectado y exposición ósea y cubrir con apósito estéril. • Asistir al niño o niña en toma de RX. • Verificar evaluación por ortopeda con placas de RX. • Llevar paciente a pequeña cirugía con expediente completo y notificar lo específico (ontogénesis o hemofílico entre otros). • Dar apoyo emocional al niño o niña y familia. • Realizar trámite de ingreso o pasar a pequeña cirugía según criterio médico. • Si el niño o niña ingresa, coordinar con 	<p>Orientar al cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Importancia de cumplir con el tratamiento médico, dieta rica en calcio. -Dar seguridad al niño o niña y afecto para que se sienta seguro. -Asistencia a controles con el ortopeda. -Evitar movimientos bruscos en el niño o niña. -Signos de alarma y consultar oportunamente si hay presencia de edema, frialdad, cambio de coloración fiebre o yeso manchado con sangre y percibe olor desagradable. -En el hogar se debe realizar cuidados de la piel, protegiendo miembro con yeso con bolsa plástica para evitar que penetre agua, mantener la posición adecuada de acuerdo al yeso colocado y sostenido por un vendaje cómodo. • Controlar que el niño o niña, no se introduzca objetos puntiagudos y se

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Evitar sobre peso. - Decirle al niño o niña que tipo de juegos debe practicar y así evitar accidentes. • Orientar sobre cuidados inmediatos al sufrir el accidente en la comunidad: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir al niño o niña al momento de sufrir el accidente. - Mantener la calma. - Inmovilizar miembro afectado. - No dar medicamentos para el dolor. - No colocar ungüentos sobre el área afectada. - No llevarlo al sobador. - Llevar al paciente al establecimiento de salud más cercano, lo más rápido posible. - Dar apoyo emocional y seguridad, para el alivio del dolor. 	<p>enfermería indicación de colocar tracción cutánea con el peso del 10% del peso corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistir y satisfacer las necesidades fisiológicas. • Registrar intervenciones de enfermería. <p>En pequeña cirugía si es una fractura cerrada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir a niño o niña y expediente incluyendo placa de RX. • Controlar reportar y registrar signos vitales. • Vigilar permeabilidad de acceso venoso. • Verificar seis horas de ayuno. • Verificar cumplimiento de indicaciones. • Mantener acceso venoso permeable. • Verificar si padres conocen procedimiento a realizar al niño o niña por el médico. • Mantener hidratación del niño o niña. • Colocar al niño o niña en carro en posición cómoda. • Asistir al niño o niña en el procedimiento indicado por ortopeda de colocación de férula posterior en miembro inferior afectado, yeso completo o colocación de espica. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Pulso femoral y pedio, llenado capilar, color edema o exposición ósea o integridad de la piel. - Estado de conciencia. - Signos vitales. • Conocer tipo de sedación que ha recibido niño o niña. • Mantener permeabilidad de acceso venoso. • Verificar efectos de sedación y estado de conciencia. • Entregar al niño o niña despierto(a). • Orientar al cuidador sobre signos de alarma (edema, frialdad y cambio de coloración), si el paciente se va de alta con espica o yeso completo. • Entregar hoja de referencia al establecimiento de salud más cercano, indicando la fecha de retiro de yeso, (4 a 6 semanas). • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Cuidados de enfermería en fractura expuesta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir niño o niña y expediente completo, incluyendo hoja de autorización del cuidador, 	<p>pueda lacerar y contaminar la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar juegos bruscos ni cargar objetos pesados con miembro afectado. • Evitar el baño en regadera y el reblandecimiento del yeso e infecciones agregadas. • Importancia de seguir los controles con el ortopeda. • Entregar hoja con recomendaciones para que no asista a la escuela según indicación de ortopeda. • Entregar hoja de referencia y retorno, explicando la importancia de llevar al establecimiento de salud más cercano para su seguimiento. • No retirar el yeso en la casa, debe ser únicamente y exclusivo el médico tratante quien lo retire en el tiempo establecido (4 a 6 semanas).

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<p>resultados de exámenes hemograma, general de orina, placa de RX.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verificar seis horas de ayuno, si procedimiento es bajo anestesia. ● Controlar reportar y registrar signos vitales. ● Vigilar permeabilidad de acceso venoso. ● Medir la intensidad del dolor. ● Verificar cumplimiento de indicaciones. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Evidenciar sitio de exposición ósea (presencia de edema, sangrado, llenado capilar, movilidad del miembro y pulsos femoral y pedio). ● Verificar si hay exposición ósea y cubrir de inmediato con apósitos estériles. ● Mantener informado a cuidador sobre procedimiento a realizar al niño o niña y así darle seguridad y confianza. ● Mantener estado de hidratación del niño o niña. ● Dar apoyo emocional y seguridad al niño o niña. ● Colocar al niño o niña en carro en posición cómoda. ● Asistirlo en el procedimiento quirúrgico. ● Coordinar ingreso de paciente a la unidad de ortopedia. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recibir ingreso coordinado y verificar proceso de ingreso. ● Verificar estado general del niño. ● Tener material de tracción cutánea preparada (2 barras, 2 poleas, bandas de tracción, 2 pesas 10 % del peso corporal, saco de arena, guata y vendas elásticas). ● Niños o niñas menores de dos años colocar tracción al zenit o vertical. ● Controlar reportar y registrar signos vitales. ● Colocar al paciente en cama. ● Mantener en reposo sin respaldo, alineado en posición dorsal, con dispositivos mecánicos en calcáneo y tracción. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Mantener hidratación continua indicada. ● Iniciar vía oral seis horas post quirúrgico si paso a sala, líquidos claros, líquidos completos, dieta blanda, dieta corriente. ● Si no pasa a sala darle dieta corriente. 	

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener en posición anatómica el niño o niña. • Mantener miembro en elevación aplicando dispositivos mecánicos. • Asistir al niño o niña en sus necesidades fisiológicas, de comodidad y seguridad. • Orientar sobre área física, práctica de higiene de manos, uso de barandas seguras. • Si el niño o niña no lleva férula se movilizará 15 minutos después de cumplir analgésico. • Verificar la hora de cumplimiento de analgésico en la emergencia y así evitar movilizar al niño o niña. • Evitar movilizar miembro fracturado de forma brusca, innecesariamente. • Movilizar al niño o niña en bloque. • Enseñar a cuidador como el niño o niña debe mantener el miembro afectado en elevación por 20 minutos tres veces al día; movilidad de los dedos y durante la noche al dormir mantener la posición anatómica con dispositivos mecánicos. • Reportar al médico si el niño o niña refiere cambios en la capacidad de movimiento del miembro fracturado, como palidez, cianosis, pulso débil o ausente o intensidad del dolor y aumento de edema. • Dar apoyo emocional al niño o niña y familia. • Educación a cuidador sobre las normativas de la unidad, hábitos de higiene personal, orden y aseo de la unidad, mantener barandas de cuna seguros y practica de higiene de manos. • Orientar a cuidador como ayudar al momento de realizar cuidados higiénicos y cambio de vendaje de tracción. • En las primeras 72 horas cumplir analgésico indicado con horario estricto. • Solicitar interconsulta con algólogo, para manejo del dolor. • Realizar cuidados en sitios de presión para prevenir úlceras por presión. • Verificar que el niño o niña evacue cada día o según los hábitos de eliminación en casa. • Administrar líquidos y alimentos ricos en fibras y cítricos que ayuden en la evacuación. • Evitar que el niño o niña ingiera alimentos que produzcan estreñimiento (chocolates entre otros). • Registrar las intervenciones de enfermería. 	

19-Intervenciones de enfermería en pacientes con artritis séptica

19.1 Definición

Es la infección de las articulaciones por diseminación de la infección desde otras partes del cuerpo (diseminación hematológica).

19.2 Etiología

Diseminación hematológica, traumatismos, instrumental quirúrgico contaminado. El agente etiológico más común es el estafilococo.

19.3 Manifestaciones clínicas

Articulación caliente, dolorosa, con edema y disminución de la amplitud de movimiento, escalofríos generalizados, fiebre y leucocitosis.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar a padres y cuidadores sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos y síntomas que puede presentar el niño o niña que ha estado expuesto a: heridas infectadas, fracturas abiertas o huesos que penetran a través de la piel, cuerpo extraño que penetra en la piel, traumatismos. -Acudir al establecimiento de salud si el niño presenta: fiebre, dolor en las articulaciones, generalmente severo, hinchazón en las articulaciones, enrojecimiento en la zona afectada, calor alrededor de la zona infectada, limitación del uso de la extremidad afectada, vómitos, dolor de garganta o dolor de cabeza. -Educar a la madre y cuidadores sobre medidas físicas para contener la 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla con barandales. • Observar el miembro afectado del niño o niña y reportar anomalías a médico(a). • Orientar al cuidador sobre el proceso a seguir dentro del hospital y estado del paciente. • Cumplir antiinflamatorios y analgésico según criterio médico. • Inmovilizar, alinear miembro y mantener posición anatómica del cuerpo. • Tomar signos vitales y reportar anomalías. • Canalizar acceso venoso. • Tomar muestras de laboratorio según indicación médica. • Asistir al niño o niña en toma de exámenes radiológicos. • Cumplir indicaciones médicas. • Dar apoyo emocional al niño o niña y familia. • Hacer trámite de ingreso o pasar a pequeña cirugía según criterio médico. • Asistir y satisfacer las necesidades fisiológicas. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportar 	<p>Orientar a padres y cuidadores sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Importancia de asistir a sesiones con fisioterapeuta. -Explicar el fundamento del tipo de ejercicio a realizar. -Determinar la posición óptima del niño o niña durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada movimiento. -Como desarrollar una rutina de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad en músculos y articulaciones.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
inflamación.	anormalidades. <ul style="list-style-type: none"> ● Administración de antiinflamatorios y analgésicos según indicación médica. ● Registrar la respuesta a los antiinflamatorios y analgésicos y cualquier efecto adverso. ● Administrar antibióticos indicados. ● Explorar con el niño o niña y cuidador los factores que incrementan el dolor. ● Disminuir o eliminar los factores que precipiten o incrementan el dolor. ● Ayudar al niño o niña a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo dentro de los límites del dolor. ● Asistir y realizar cuidados de higiene. ● Mantener vestido(a) con ropa cómoda. ● Apoyar emocionalmente al niño o niña y familia. ● Permitir visitas de familiares. ● Proporcionar dieta según indicación médica. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

20-Intervenciones de enfermería en pacientes con trauma ocular

20.1 Concepto

Es una lesión provocada por el contacto con agentes físicos, químicos o mecánicos, que pueden ocasionar una alteración en la función normal del ojo.

20.2 Etiología

Cuerpos extraños: los más frecuentes son las partículas de polvo, metales, fragmentos de vegetales, pestañas, etc.

Quemaduras: contacto con sustancias químicas como cal, cemento, ceniza caliente, gas, lejía, etc.

Heridas oculares: rupturas de una o varias capas del ojo, ocasionando por golpe u objeto corto punzante.

20.3 Clasificación

Trauma cerrado o contuso: el golpe posee un doble efecto perjudicial por la presión o choque directo y causa la lesión en el área de impacto por un pelotazo, puñetazo, descorche de una botella, entre otros.

Trauma penetrante o perforante: es un trauma ocasionado por objetos corto punzantes, contundentes, explosivos, etc. En el cual siempre debe sospecharse la presencia de un cuerpo extraño en el ojo

20.4 Manifestaciones clínicas.

Trauma cerrado contuso:

- Dolor.
- Lagrimeo.
- Fotofobia.
- Quemosis.
- Sensación de basura que dificulta mantener abiertos los ojos.
- Enrojecimiento ocular.
- Hifema.
- Edema.
- Pérdida de la visión.
- Hematoma.
- A la inspección se observa que la superficie de la córnea ha perdido su brillo, cuando hay lesión sobre el ojo.

Traummas perforantes:

- Párpados: herida del borde palpebral.
- Conjuntivas: debe siempre explorarse por posible compromiso escleral.
- Cornea: la herida puede colapsarse y presentar prolapso del iris.
- Esclera: por lo general presentan prolapso del cuerpo ciliar o de coroides con pérdida del vítreo.
- Hemorragia conjuntival
- Erosión corneal

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a padres y cuidadores sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Evitar traumas oculares. – Mantener una vigilancia constante de los niños. – Evitar dejarlos solos o al cuidado de otros(as) menores de edad. – Ante un trauma ocular y presencia de los siguientes signos de alarma consultar de inmediato: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad para ver la luz. ✓ Aumento progresivo del tamaño del ojo. ✓ Dolor ocular y peri ocular intenso, dirigido hacia la cabeza. ✓ Náuseas. ✓ Vómitos. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar y reportar signos vitales. ● Mantener en reposo absoluto. ● Mantener en reposo y con respaldo a 30° - 45°. ● Asistir al niño o niña durante el examen realizado por oftalmólogo(a) y durante la extracción de cuerpo extraño. ● Realizar trámite de ingreso si necesita hospitalización <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recibir al niño o niña y verificar proceso de ingreso. ● Aplicar medicamentos oftálmicos según indicación médica. ● Mantener sello ocular. ● Realizar aseo ocular según técnica. ● Detectar signos de infección. ● Vigilar si hay salida de secreciones. ● Asistir en sus necesidades fisiológicas y de higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al cuidador sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> – Asistir a los controles médicos. – Asistir a curación si es necesario. – Practicar higiene de manos antes de manipular los ojos y medicamentos. – Cumplir con el tratamiento médico. – Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Percepción de círculos de colores al observar un objeto luminoso. ✓ Enrojecimiento del ojo. ✓ Pupilas semi-dilatadas o dilatadas. ✓ Cornea opaca debido al edema. –No auto medicarse. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Iniciar vía oral según indicación médica. ● Mantener ojo sellado por 24 horas y con coraza si está indicado. ● Iniciar su tratamiento oftálmico según indicación médica. ● Proporcionar apoyo emocional y espiritual al niño o niña y familia. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

21-Intervenciones de enfermería en pacientes con quemaduras oculares

21.1 Concepto

Lesión producida por sustancias químicas u orgánicas que afectan la región óculo palpebral del ojo y que pueden extenderse hasta la cara

21.2 Etiología

Las quemaduras oculares, pueden ser provocadas por las siguientes causas:

- Químicas (álcali, ácidos y otros agentes químicos)
- Eléctricas (por energía de alto voltaje)
- Térmicas (líquidos y cuerpos sólidos calientes y llamas)
- Radiación (rayos infrarrojos, ultravioleta, radiación solar)

21.3 Clasificación

Grado I leve: mínima disminución de la visión, dolor, lagrimeo, fotofobia, blefaroespasma, hiperemia conjuntival, queratitis superficial

Grado II moderado: disminución de la agudeza visual, dolor, Conjuntiva hiperemia, quemosis y zonas de necrosis.

Cornea; edema, laceración y opacidad que aun permite reconocer estructuras intraoculares, segmento anterior e inflamación.

Grado III severa: perdida visual. Anestesia, conjuntiva color blanco, a vascular necrótico cornea opaca parcial o total, perforación o tensión ocular elevado.

21.4 Manifestaciones clínicas

Lagrimeo, fotofobia, sensación de cuerpo extraño, disminución de la visión, dolor, quemosis, zona de necrosis, elevación inmediata de la presión intraocular, hemorragia sub conjuntival y opacidad corneal.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar a los cuidadores sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar dejar al alcance de los niños sustancias tóxicas. - Mantener la vigilancia y supervisión constante de los niños y niñas. - Mantener válvulas de cilindros de gas, protegidas y cerradas cuando no se usan. - Mantener a los niños y niñas alejados de la cocina. - Evitar jugar con cometas cerca de los cables de energía eléctrica. - Evitar exponerse innecesariamente a los rayos del sol. - Usar lentes protectores de los rayos ultravioleta durante la exposición al sol. - Consultar de inmediato ante cualquier tipo de trauma ocular. - No permitir que los niños quemem pólvora bajo ningún motivo 	<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valorar el estado general de paciente. ● Tomar signos vitales. ● Preguntar a paciente o familia cuál fue la causa de la quemadura. ● Realizar examen y valoración céfalo caudal para descartar otro sitio de quemadura. ● Asistir a paciente durante la realización de lavado ocular y tinción con fluoresceína para delimitar la extensión y grado de quemadura. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar y reportar signos vitales. ● Medir la presión intraocular. ● Vigilar y reportar signos y síntomas de aumento de la presión intraocular. ● Realizar curación ocular utilizando técnica aséptica. ● Administrar antibióticos oftálmicos según indicación médica. ● Colocar parche o sello ocular según indicación médica. ● Vigilar y reportar si hay salida de secreciones oculares. ● Educar a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> –Importancia de no manipular el ojo afectado. –Cuidados higiénicos. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>Orientar a paciente y cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La importancia de asistir a los controles con el médico. - Mantener al paciente en reposo relativo. - Cumplir tratamiento médico analgésico y anti inflamatorio y según tipo de quemadura. - Prevención de accidentes en el hogar.

22- Intervenciones de enfermería en pacientes con glaucoma agudo

22-1 Definición

Trastorno que consistente en la elevación de la presión en el ojo debido a la obstrucción del flujo en la salida del humor acuosa; Es la lesión del nervio óptico, causada por una presión elevada en el interior del ojo o relacionada con ella.

22.2 Etiología

Puede ser hereditario, asociado a trastornos oculares, lesión ocular u otras enfermedades oculares.

22.3 Manifestaciones clínicas

- Lagrimeo
- Fotofobia.
- Blefaroespasmos
- Edema corneal
- Hipertensión intraocular
- Agrandamiento de la córnea y el ojo
- Deterioro de la visión
- Opacidad corneal.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> -Asistir a controles de crecimiento y desarrollo infantil. -Detección de signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad al ver la luz, ✓ Aumento progresivo del tamaño del ojo, ✓ Dolor ocular y periocular intenso dirigido hacia la cabeza. ✓ Náuseas y vómitos, percepción de círculos de colores al observar un objeto luminoso. ✓ Enrojecimiento del ojo, ✓ Pupilas semi-dilatadas o dilatadas. ✓ Cornea opaca debido al edema. -Evitar traumas oculares -Importancia de control prenatal precoz. -Debe acudir al médico al momento de detectar cualquier anomalía de los ojos. -Consultar si hay antecedentes familiares de tumores en los ojos. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y reportar signos vitales. • Mantener al paciente en reposo absoluto. • Colocar respaldo a 45° • Verificar que el paciente sea evaluado por el médico(a) oftalmólogo(a). • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y reportar signos vitales. • Mantener al paciente en reposo absoluto. • Ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades básicas. • Cumplir analgesia indicada. • Aplicar gotas oftálmicas según indicación médica. • Asistir al paciente en el examen médico. • Orientar al paciente y cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> -Importancia de tratamiento oftalmológico. -No tocarse los ojos. -Lavado de manos las veces necesarias. -Realizar aseo ocular las veces que sea necesario. -Vigilar y reportar si presenta náuseas, vómitos y mareos. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pre quirúrgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales. • Mantener a paciente en reposo absoluto y respaldo a 45°. • Tomar exámenes indicados hemograma, general de orina y tiempos de coagulación. • Mantener en ayuno por seis horas previo a la cirugía. • Verificar que reportes de exámenes se 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a los padres y a los niños sobre: <ul style="list-style-type: none"> -Evitar manipularse el ojo si no es necesario. • Capacitar a los padres o cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> -Higiene de manos. -Aseo ocular. -Cumplimiento de tratamiento oftálmico. -Asistir a controles con oftalmólogo(a). -Continuar con los controles del programa de crecimiento y desarrollo. • Orientar al paciente o cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> -Importancia de no abandonar tratamiento. -Asistir a los controles médicos. -Asistir a terapia y rehabilitación. -Continuar con el tratamiento médico. -Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<p>encuentren en expediente clínico antes de llevarlo a sala de operaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar programación de la cirugía. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post quirúrgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales. • Verificar que paciente haya recibido dosis analgésica en su postoperatorio inmediato. • Asegurarse que el paciente tenga sello ocular. • Vigilar y reportar sangramiento. • Controlar el dolor. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

23- Intervenciones de enfermería en pacientes con quemaduras

23.1 Definición

Cualquier lesión de los tejidos corporales causados por calor, electricidad, y sustancias químicas, radiación o gases. La extensión de la lesión está determinada por el grado de exposición a la célula, al agente causante y por la naturaleza de este; la gravedad está determinada por la profundidad, extensión y sitio de la lesión.

23.2 Etiología

- **Radiación:** producida por la exposición excesiva de una energía radiante en forma de rayos del sol, radiaciones, emisiones o explosiones nucleares.
- **Térmicas:** producidas por la exposición a calor extremo
- **Químicas:** producidas por contacto, inhalación e ingestión de ácidos, álcalis o agentes vesicantes.
- **Eléctricas:** producidas por corriente eléctrica que pasa a través del cuerpo hacia el suelo
- **Gases:** producidas por la inhalación de un gas caliente o de partículas ardiendo como sucede en un incendio o en una explosión.

23.3 Clasificación de las quemaduras

Primer grado (leve).

Se limitan a la capa superficial de la piel (epidermis)

Segundo grado (moderada).

Afectan las dos primeras capas de la piel (epidermis-dermis)

Tercero y cuarto grado (grave).

Hay destrucción de todas las capas de la piel, hasta el tejido subcutáneo, músculos, nervios y huesos.

23.4 Manifestaciones clínicas

Dolor, eritema, piel con ampollas, palidez blanca, marrón o color rojo, carbonizada, textura dura como el cuero, indolora según profundidad de la quemadura, dificultad respiratoria, hipotensión, taquicardia, shock, deshidratación, desorientación, frialdad, sudoración, palidez.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar al niño o niña y familia sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Acciones encaminadas a prevenir accidentes en niños y niñas. – Mantener alejados a los niños y niñas de la cocina. – Dejar cilindro de gas en un lugar seguro y con válvula cerrada cuando ya no se utiliza. – No dejar al alcance de los niños productos que generan calor (cerrillos, encendedores, químicos y aparatos eléctricos). – No servir alimentos calientes a niños o niñas y ancianos. – Mantener el sistema eléctrico en buen estado y aislado con protectores de voltaje. – Evitar que niños y niñas manipulen productos que causen quemaduras. – No fumar en la cama. – No quitar la tapa del radiador del carro cuando esté caliente. – No almacenar líquidos inflamables, cerca de una fuente de fuego. – Promover la educación en lugares de trabajo en cuanto a la prevención de accidentes. – Evitar la manipulación de pólvora por niños y niñas. – Evitar cocinar en el suelo. 	<p style="text-align: center;">Quemaduras de primer grado Unidad de emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar y reportar estado general del niño o niña. ● Evaluar y reportar extensión y profundidad de quemadura. ● Tomar signos vitales. ● Canalizar acceso venoso si está indicado. ● Mantener nada por boca. ● Cumplir indicaciones médicas: <ul style="list-style-type: none"> – Analgésicos. – Antibióticos. – Crema hidratante. ● Retirar toda la ropa. ● Lavar con solución salina el área afectada o limpieza según criterio médico. ● Mantener eutérmico ● Pasar a pequeña cirugía al pedirlo. ● Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia. ● Orientar al cuidador sobre cuidados en casa y cumplimiento del tratamiento indicado. ● Proporcionar líquidos orales abundantes. ● Orientar sobre referencia al primer nivel de atención. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>Orientar al usuario(a) y familia acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados de higiene. – Alimentación adecuada rica en carbohidratos, proteínas vitamina C y líquidos orales abundantes. – Cuidados de las zonas quemadas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si hay lesión en la piel enseñar a realizar cambios de apósitos o asistir a curación al establecimiento de salud. ✓ Si la quemadura ya cicatriza, orientar a la limpieza cuidadosa de la piel con una toalla suave y lubricación con crema abundante. ✓ Uso de ropa limpia y adecuada. ✓ Evitar el uso de detergentes y suavizantes. ✓ Evitar exponerse al sol innecesariamente. ● Consultar de inmediato si se presenta los siguientes síntomas: fiebre, malestar general, calor y drenaje de la zona quemada. ● Asistir a su consulta médica y fisioterapia.

	<p>Quemaduras de segundo y tercer grado. Unidad de emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar y reportar estado general del niño o niña. ● Evaluar y reportar extensión y profundidad de quemadura. ● Practicar higiene de manos en los cinco momentos ● Proporcionar apoyo emocional y orientación sobre su tratamiento. ● Control de signos vitales. ● Retirar toda la ropa. ● Cubrir al niño o niña con gasa estéril, humedecida con solución salina normal. ● Canalizar acceso venoso con catéter de grueso calibre y tomar muestras sanguíneas. ● Asistir a niño o niña en procedimientos indicados: <ul style="list-style-type: none"> – Colocación de catéter venoso central. – Sonda vesical. – Sonda nasogástrica. – Intubación endotraqueal si es necesario. ● Mantener vías aéreas permeables. <ul style="list-style-type: none"> – Colocar respaldo a 30° a 45° – Aspirar secreciones observando: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Signos importantes como ronquera, estridor, eritema, ampollas en mucosa bucal, vellos de los orificios nasales quemados e incremento de carraspera. ✓ Presencia de hollín o tejido traqueal en secreciones aspiradas. ● Administrar oxígeno según indicación. ● Vigilar si hay cambios de patrón respiratorio (profundidad, frecuencia y dificultad). ● Cumplir esquema de hidratación indicada según porcentaje de extensión de la quemadura (Parkland) y líquidos intravenosos de mantenimiento. ● Cumplir medicamentos según indicación. ● Inmovilizar miembros en caso de lesión ósea. ● Vigilar y controlar: <ul style="list-style-type: none"> – Estado de conciencia. – Signos de deshidratación. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar ambiente limpio, tranquilo y agradable. ● Referir a trabajo social. ● Continuar tratamiento médico (medicamentos, terapia de rehabilitación y otros). ● Orientar a la familia a participar en la rehabilitación psicológica y emocional del niño o niña e incorporarse a la sociedad.
--	--	---

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> ● Registro estricto de balance hídrico ● Mantener nada por boca según criterio médico. ● Preparar al paciente para pasar a sala de operaciones si fuera necesario. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Control de signos vitales ● Practicar higiene de manos en los cinco momentos. ● Vigilar curva febril o hipotermia ● Nada por boca según su condición y criterio médico. ● Cumplir líquidos parenterales, hemoderivados, expansores del plasma, medicamentos según indicación médica. ● Valorar frecuencia e intensidad del dolor y cumplir analgésicos indicados. ● Realizar medición de presión venosa central, línea arterial, signos vitales, y oximetría cada hora o según estado del paciente e indicación médica. ● Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> – Signos de deshidratación. – Estado de conciencia. – Patrón respiratorio (profundidad, frecuencia y dificultad). ● Controlar balance hídrico y diuresis estricta. ● Monitorizar exámenes de laboratorio y de gabinete y reportar. ● Mantener cuidados de catéteres invasivos: <ul style="list-style-type: none"> – Catéter venoso central. – Sonda vesical. – Sonda nasogástrica. – Línea arterial. – Tubo orotraqueal. ● Realizar o asistir cuidados higiénicos haciendo énfasis en aseo oral y áreas que no están quemadas. ● Motivar y ayudar al niño o niña a la deambulacion temprana. ● Estimular al niño o niña a que exprese sus preocupaciones. ● Motivar al niño y niña a realizar actividades lúdicas. ● Usar gabacha y guantes estériles, gorro y mascarilla al atender al niño o niña ● Realizar cambios de posición utilizando manteniendo alineación corporal y dispositivos mecánicos. ● Mantener al niño o niña en aislamiento invertido. ● Mantener habitación limpia y libre de contaminantes ● Mantener reposo con respaldo de 30-45 grados. 	

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> ● Uso de ropa de cama estéril y cambiarla según necesidad. ● Mantener control estricto de visitas. ● Coordinar tempranamente con terapeuta física para ejercicios, según indicación médica y condición del niño o niña ● Asistir al niño o niña durante el procedimiento de curación. ● Observar estado de quemaduras y reportar anormalidades. ● Preparar al niño o niña para procedimiento quirúrgico si está indicado. ● Proporcionar alimentación asistida o por sonda. ● Satisfacer necesidades de eliminación. ● Dar apoyo emocional y espiritual. ● Orientar al usuario(a) sobre cuidado de lesiones. ● Coordinar el tratamiento con otras disciplinas (nutricionista, nutriólogo, psicólogo, psiquiatra, medicina de trabajo, trabajo social, fisioterapia, hidroterapia o terapia ocupacional). ● Enseñar y asistir a que se efectúe los ejercicios obligatorios. ● Estimular la independencia en la realización de actividades en forma progresiva. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

24-Intervenciones de enfermería en pacientes con trauma craneo encefálico

24.1 Definición

Alteración estructural y funcional del sistema nervioso producido por un traumatismo.

24.2 Etiología

Accidentes de tránsito, caídas de diferente altura, heridas por armas de fuego, golpes con objetos contundentes y otros.

24.3 Clasificación según la escala de Glasgow

Leve: 13- 15 puntos
 Moderada: 9-12 puntos
 Severo: < 8 (manejo en UCI)

24.4 Manifestaciones clínicas

Alteración del estado de conciencia, y / o conducta, convulsiones, vómitos persistentes, cefalea severa, salida de LCR por nariz u oído, fracturas con hundimiento, fracturas expuestas, lateralizaciones, signos de hipertensión intracraneana, sangramiento nasal, hipoxia, hipovolemia shock.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al niño o niña y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Prevención de accidentes automovilísticos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ No manejar bajo los efectos de alcohol y drogas. ✓ No manejar a excesiva velocidad. ✓ Revisión periódica de vehículos automotores. ✓ No uso de celulares al conducir. ✓ Evitar viajar en la parte trasera de pick-up. – Medidas de prevención de accidentes en el hogar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ No deambular en pisos mojados. ✓ Usar alfombras antideslizantes en el baño. ✓ Usar zapatos con suela antideslizante. ✓ Evitar subir árboles. – Precaución al subir escaleras o andamios. – Utilizar medidas de protección en áreas de riesgo. – Uso de casco en áreas de riesgo. – Evitar la violencia intra y extra familiar. 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Colocar al niño o niña en carro de transporte con barandales de protección. ● Controlar signos vitales y reportar anomalías. ● Valorar estado neurológico: <ul style="list-style-type: none"> – Patrón respiratorio. – Estado de conciencia. – Signos de alarma: cefalea, náuseas y vómitos, diplopía, convulsiones, otorragia, rinorragia y otorraquia. ● Mantener vías aéreas permeables. ● Cumplir oxigenoterapia según indicación médica. ● Asistir al niño o niña durante la realización de exámenes de gabinete y procedimientos especiales: colocación de líneas venosas, cateterismo vesical, radiografías de cráneo, tomografía axial computarizada, intubación endotraqueal, ventilación asistida y otros. ● Tomar exámenes indicados. ● Administrar medicamentos según prescripción médica. ● Colocar cuello ortopédico según edad del niño o niña ● Mantener la cabeza en posición neutra. ● Proteger al niño o niña de traumas al estar agitado o inquieto. ● Llevar balance hídrico. ● Preparar para cirugía, según indicación médica. ● Proporcionar apoyo emocional a la familia. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reportar signos vitales. ● Medir presión venosa central (PVC) según indicación. ● Valorar estado general. ● Realizar cuidados de: <ul style="list-style-type: none"> – Acceso venoso central o periférico. – Ventriculostomía, drenajes en cráneo. – Herida operatoria. – Sondas, tubos y catéteres. ● Administrar medicamentos y soluciones endovenosas según prescripción médica. ● Tomar exámenes indicados. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al niño o niña y familia sobre importancia de: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados higiénicos, oculares y de piel y mucosas. – Importancia de cambios de posición cada dos horas manteniendo alineación corporal. – Ejercicios pasivos y activos. – Importancia de la asistencia en el centro de rehabilitación. – Alimentación adecuada, sin perder el balance de la misma para una buena nutrición. – Dar apoyo emocional. ● Orientar a la familia sobre uso de mecánica corporal al movilizar al paciente.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> ● Llevar balance hídrico estricto. ● Mantener soporte ventilatorio según indicación. ● Cumplir oxigenoterapia según indicación médica. ● Mantener vías aéreas permeables. ● Aspirar secreciones naso traqueal las veces necesarias. ● Realizar cambios de posición cada dos horas usando dispositivos mecánicos en prominencias óseas. ● Mantener un ambiente tranquilo y libre de estímulos. ● Realizar cuidados de higiene y comodidad, piel y mucosas. ● Administrar alimentación enteral o parenteral según indicación. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

25-Intervenciones de enfermería en pacientes con hipertensión intracraneana

25.1 Definición

Es un incremento de la presión hidrostática del interior de la cavidad craneal, en particular en el líquido cefalorraquídeo, debido a la suma de presiones que ejercen los elementos intracraneales. Es referida como una presión atmosférica por encima de 10- 15 mmHg (PIC) en el neonato es de 6 mmHg.

25.2 Etiología

- Trauma craneoencefálico grave
- Hidrocefalia
- Neoplasias intracraneales
- Eventos hipóxico, isquémicos difusos
- Transtornos metabólicos e infecciosos

25.3 Manifestaciones clínicas

En el lactante: letargia, irritabilidad, vómitos en proyectil y estancamiento ponderal, detención del crecimiento psicomotor, parálisis del 6° par craneal, alteración de la mirada.

En niños mayores la triada clásica está constituida por cefalea, vómito y edema de papila. Cefalea constante, difusa y más intensa por las mañanas, los vómitos en proyectil, diplopía o parálisis uni o bilateral del VI par craneal, alteración cognitiva y del comportamiento, tortícolis y signos de herniación (desplazamiento de algunas regiones cerebrales a través del hiato tentorial).

Aumento de la presión arterial, bradicardia, alteración del patrón respiratorio

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a niño o niña y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Prevención de accidentes automovilísticos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adulto responsable: no manejar bajo los efectos de alcohol y droga. ✓ No manejar a excesiva velocidad. ✓ Revisar periódicamente su vehículo automotor. ✓ No utilizar celular al conducir. ✓ Evitar viajar en la parte trasera del pick-up. ✓ Medidas de prevención de accidentes en el hogar. ✓ No caminar en pisos mojados. ✓ Usar alfombras antideslizantes en baños. ✓ Usar zapatos con suela antideslizante. ✓ Evitar subir árboles, muros, hamacas, techos. ✓ Al subir escaleras hacer uso de barandales. ✓ Evitar caminar en áreas de riesgo. ✓ Evitar la violencia intra y extra familiar. ✓ Llevar control prenatal. ✓ Asistir al momento del parto a un centro hospitalario. ✓ Llevar control de infantil. ✓ No automedicarse. ✓ Consumo de una dieta balanceada. – Si el niño o niña ya tiene diagnosticado un problema cerebral asistir a sus controles programados o cuando presente dolor de 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar y reportar estado general del paciente: <ul style="list-style-type: none"> – Estado neurológico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apertura ocular. ✓ Respuesta verbal. ✓ Respuesta motora. ✓ Convulsiones. ✓ Cefalea. ✓ Náuseas y vómitos. ● Mantener paciente monitorizado y reportar anomalías: (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura). ● Mantener vía aérea permeable. ● Mantener al niño o niña en posición neutra. ● Canalizar acceso venoso. ● Toma de exámenes, enviar a laboratorio y estar pendiente de resultados. ● Administrar líquidos endovenosos y medicamentos según indicación médica. ● Asistir al niño o niña durante la realización de procedimientos especiales: colocación de catéter central, intubación orotraqueal, tomografía de cráneo, Rx, entre otros. ● Proteger al niño o niña de traumas al estar agitado o inquieto. ● Llevar balance hídrico. ● Preparar para cirugía según indicación médica. ● Proporcionar apoyo emocional, espiritual a niño o niña y familia ● Coordinar ingreso. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización Cuidados preoperatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al niño o niña según condición y a familia sobre enfermedad y tratamiento médico a realizar. ● Vigilar signos de alarma; estado de conciencia, cefalea, dolor, náuseas y vómitos. ● Control estricto de signos vitales. ● Mantener nada por boca. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al niño o niña y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Prácticas de cuidados de higiene personal, lavado de manos, cambio de ropa. – Ingerir alimentación adecuada. – Prácticas de hábitos de sueño descanso y ejercicio. – Proporcionar apoyo emocional al niño o niña. – Educar a cuidador y niño o niña sobre alteraciones del sistema neurológico; cefalea, mareos, vómitos, náuseas, convulsiones acudir al médico(a) inmediatamente. – No dejar solo al niño o niña. – Asistir estrictamente a los controles médicos. – Cumplir con el tratamiento indicado con el especialista. – Cuidados de herida operatoria. – Observar signos y síntomas de infección, dolor, calor, rubor local, salida de secreciones, fiebre y consultar oportunamente.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>cabeza intenso y pérdida del conocimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener en posición neutra. ● Enviar orden a sala de operaciones. ● Enviar muestra para prueba cruzada y transfusiones. ● Preparar región operatoria. ● Cumplir indicaciones médicas pre quirúrgico. ● Proporcionar apoyo emocional, espiritual al niño o niña y familia. <p style="text-align: center;">Post operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar, registrar y reportar signos vitales según rutina. ● Mantener al paciente en posición neutra y manipulación mínima. ● Mantener venoclisis permeable y cumplir medicamentos según indicación médica. ● Control del dolor. ● Realizar cuidados de líneas vasculares y otros sistemas de drenajes. ● Observar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> – Estado de conciencia. – Presencia de dolor y sangramiento de herida operatoria. – Llevar balance hídrico. ● Proporcionar medidas de higiene y comodidad. ● Realizar cuidados de herida operatoria. ● Vigilar y reportar si presenta signos de infección d herida operatoria (rubor, calor, secreciones y fiebre) ● Vigilar y reportar tolerancia de líquidos y alimentación. ● Iniciar movilización del niño o niña según indicación. ● Proporcionar apoyo emocional y espiritual al niño o niña y familia. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

26 -intervenciones de enfermería en pacientes con mielomeningocele

26.1 Definición

Es un tipo de espina bífida por el cierre incompleto de la columna vertebral. El mielomeningocele se debe a una anomalía del tubo neural que impide que los huesos de la columna se formen completamente, afectando a su vez al conducto raquídeo. A consecuencia de ello la medula espinal y las meninges protruyen- desplazan la estructura hacia adelante la espalda del niño.

26.2 Etiología

- Desconocida
- De origen multifactorial, se cree que el déficit de ácido fólico es la causa principal.
- Procesos infecciosos como: paperas y sarampión
- Medicamentos como: ácido valpróico, insulina (madre diabética insulino dependiente)
- Tóxicos: alcohol y drogas.

26.3 Manifestaciones clínicas

- Pérdida del control vesical e intestinal
- Falta de sensibilidad parcial o total
- Parálisis total o parcial de las piernas
- Debilidad en las caderas, piernas y pies en el recién nacido
- Medula espinal expuesta susceptible a infecciones.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Promover la planificación del embarazo tres meses antes de la gestación para iniciar una preparación integral que contribuya a prevenir complicaciones en la madre y el niño o niña. ● Orientar a la mujer embarazada sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz en control prenatal. - Asistir a los controles prenatales subsecuentes. - Alimentación adecuada. - Consumo de ácido fólico tres meses antes de la concepción. - Evitar caídas o traumatismos durante el embarazo. - Uso de ropa y zapatos cómodos durante el embarazo. - Evitar exponerse en contacto con personas con infecciones. - Evitar el contacto con 	<p style="text-align: center;">Unidad emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valorar y reportar el estado general del niño o niña. ● Controlar y reportar signos vitales. ● Mantener a niño o niña normo térmico. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Cumplir medicamentos según prescripción médica. ● Satisfacer necesidades fisiológicas del niño o niña. ● Proporcionar apoyo emocional e información a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Proceso de la enfermedad y tratamiento. - Colocar dispositivos mecánicos en prominencias óseas para evitar la formación de ulcera. - Evitar la posición dorsal. - Observar salida de líquido por mielomeningocele. ● Orientar a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas para cargar en brazos a su hijo o hija. - Técnicas de amamantamiento con énfasis en colocación y patrón de succión. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar y reportar signos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a los padres sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados del recién nacido(a) en casa. - Importancia de fisioterapia. - Cambios de posición evitando colocarlo en decúbito dorsal. - Importancia de administrar los medicamentos y cumplir el tratamiento según indicación médica. - Dar estimulación temprana. - Dar alimentación adecuada para la edad. - Importancia de asistir a los controles de seguimiento y atención infantil. - Práctica de hábitos higiénicos. ● Explicar sobre signos y síntomas de alarma en caso de: <ul style="list-style-type: none"> - Salida de líquido o secreción por la herida

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>agentes tóxicos, (gas, lejía, pinturas entre otros).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a padres sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Evitar en el niño o niña traumatismo de cráneo. – Importancia de prevenir infecciones, enfermedades agregadas (catarro, diarreas). – Práctica de hábitos de higiene como: baño diario, lavado de manos las veces necesarias. – Proporcionar alimentación adecuada de acuerdo a la edad del niño o niña. – Importancia de llevar el control infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener al niño o niña normo térmico. ● Pesar dos veces por semana. ● Cambiar de posición cada dos horas y evitar la posición dorsal. ● Mantener acceso venoso permeable. ● Cumplir medicamentos según prescripción médica. ● Satisfacer necesidades fisiológicas del niño o niña. ● Proporcionar apoyo emocional e información a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Proceso de la enfermedad y tratamiento. – Colocar dispositivos mecánicos en prominencias óseas para evitar la formación de úlceras. ● Observar salida de líquido cefalorraquídeo por mielomeningocele. ● Orientar a madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Técnicas para cargar en brazos a niño o niña. – Técnicas de amamantamiento con énfasis en colocación y patrón de succión. ● Cubrir mielomeningocele con gasa estéril. ● Mantener ropa de cama estirada y limpia. ● Asistir al paciente en procedimientos especiales como: punción lumbar y ventricular, curación de mielomeningocele. ● Tomar exámenes de laboratorio. ● Asegurar el ayuno durante 6 horas. ● Cumplir líquidos endovenosos y medicamentos según prescripción médica. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pre operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisar que el expediente esté completo, asegurándose que tenga: <ul style="list-style-type: none"> – Autorización de cirugía firmada por persona responsable del niño o niña. – Nota de enfermería que asegure el envío de orden a sala de operaciones un día antes de la cirugía. ● Preparar región operatoria. ● Controlar y reportar signos vitales antes del traslado a sala de operaciones. ● Apoyar emocionalmente a los padres o familia. ● Fomentar el vínculo afectivo de familiares y personal. ● Cumplir antibióticos treinta minutos antes de 	<p>operatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> – fiebre <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a la familia para que motive al niño o niña a participar en actividades adecuadas a su edad y según tolerancia, evitando deportes de contacto (basquetbol, Fútbol, baseball).

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<p>la cirugía, si están indicados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasladar a niño o niña de sala de operaciones a la unidad y revisar: <ul style="list-style-type: none"> – Identificación. – Estado de conciencia. – Patrón respiratorio. – Apósitos de área operatoria. – Temperatura y coloración de la piel. – Permeabilidad de líquidos endovenosos. – Expediente completo. – Revisar indicaciones médicas. • Cumplir analgésico cada 6/8 horas o según indicación médica. • Continuar con la restricción de líquidos y alimentación durante seis horas o según indicación médica. • Controlar y reportar signos vitales cada hora # 2. • Mantenerlo con reposo según indicación médica. • Mantener la herida operatoria sellada por 24 horas o según criterio médico. • Realizar cambios de apósito si es necesario. • Estimular y orientar a la familia sobre la participación en los cuidados. • Evitar contaminación de la mieloplastia con orina o heces. • Asistir al niño o niña durante la curación diaria. • Proporcionar alimentación según prescripción médica. • Fomentar la lactancia materna. • Observar y reportar el apareamiento de signos de infección, calor, rubor, secreciones de herida operatoria y fiebre. • Administrar medicamentos según prescripción médica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

27-Intervenciones de enfermería en pacientes con aspiración de cuerpo extraño

27.1 Definición

Cualquier objeto que obstruya la vía aérea en los niños, es una de las causas más frecuentes de obstrucción de las vías aéreas; causada por objetos potencialmente peligrosos en el cuerpo.

27.2 Etiología

Objetos introducidos desde el exterior que pueden ser inhalados dentro de la vía respiratoria o deglutida, entre ellos tenemos: monedas, botones, juguetes pequeños, espinas de pescado, semillas entre otros.

27.3 Manifestaciones clínicas

En laringe y tráquea: tos, ronquera, afonía, disnea con sibilancias y cianosis.

En bronquios: los primeros síntomas suelen ser similares a los de la laringe y tráquea, pero además hay esputo con estriás de sangre y sabor metálico.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a cuidadores sobre:<ul style="list-style-type: none">– Mantener vigilancia y supervisión constante de los niños y niñas.– Dejarlos al cuidado de personas adultas y responsables.– Los juguetes deben ser de tamaño adecuado a su edad.– Mantener los objetos de uso peligroso fuera del alcance de los niños o niñas.– No dar alimentos que contengan semillas o dulces.– Consultar inmediatamente al médico ante el apareamiento de signos como:<ul style="list-style-type: none">✓ Tos.✓ Ronquera.✓ Afonía.✓ Disnea con sibilancias.✓ Cianosis.	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none">• Valorar el estado general del paciente.• Tomar signos vitales y reportar anomalías.• Valorar patrón respiratorio.• Asistir al niño o niña durante la realización de procedimientos especiales (radiografía de tórax, laringoscopia o broncoscopia).• Mantener en reposo absoluto.• Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia.• Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none">• Tomar signos vitales y reportar anomalía.• Mantener respaldo 30 m a 45°.• Mantener nada por boca según indicación médica.• Mantener accesos venosos permeables y líquidos endovenoso indicados.• Registrar intervenciones de enfermería.	<ul style="list-style-type: none">• Orientar al niño o niña y familia sobre:<ul style="list-style-type: none">– Importancia de asistir a controles médicos.– Cumplir con tratamiento.– Proporcionar orientación a la madre o cuidador sobre: no mantener juguetes y objetos pequeños al alcance de los niños y niñas, vigilancia constante de los adultos hacia los niños y niñas.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
✓ Espujo con estrías de sangre y sabor metálico.		

28- Intervenciones de enfermería en pacientes con ingesta de cuerpo extraño

28.1 Definición

Es un accidente muy frecuente en la infancia, consiste en tragar o deglutir objetos y representa la segunda causa de indicación de endoscopia urgente en pediatría.

28.2 Etiología

Ingesta de: monedas, baterías redondas, aretes, anillos, clavos, espinas de pescado, palillos de dientes, juguetes muy pequeños con piezas desmontables, entre otros.

28.3 Manifestaciones clínicas

En niños con retraso mental o problemas psiquiátricos puede pasar desapercibido, otros pueden presentar: vómitos, babeo, emisión de saliva sanguinolenta o dificultad para deglutir o respirar.

Los objetos a nivel de esófago pueden producir odinofagia, disfagia o una completa obstrucción esofágica manifestada por regurgitaciones y sialorrea, también puede haber síntomas de aspiración pulmonar como: tos, estridor, o episodios de asfixia.

En la ingesta de objetos puntiagudos o afilados puede haber perforación gástrica y peritonitis.

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>Orientar a cuidadores sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener vigilancia y supervisión constante de los niños. - Dejarlos al cuidado de personas adultas y responsables. - Los juguetes deben ser de tamaño adecuado a su edad. - Mantener los objetos de uso peligroso fuera del alcance de los niños. - No dar alimentos que contengan semillas o dulces. - Consultar inmediatamente 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general del niño o niña. • Tomar signos vitales y reportar anomalías. • Valorar patrón respiratorio. • Asistir al niño o niña durante la realización de procedimientos especiales (radiografía de tórax, laringoscopia o broncoscopia). • Mantener en reposo absoluto. • Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportar anomalías. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a controles médicos. - Cumplir con tratamiento. • Proporcionar orientación a la madre o cuidador sobre: no mantener juguetes y objetos pequeños al alcance de los niños y niñas, importancia de la vigilancia constante de los adultos hacia los niños y niñas.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
al médico ante el – Aparecimiento de signos: ✓ Tos. ✓ Ronquera. ✓ Afonía. ✓ Disnea con sibilancias. ✓ Cianosis. ✓ Espujo con estrías de sangre y sabor metálico.	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener respaldo 30 m a 45°. ● Mantener nada por boca según indicación médica. ● Mantener accesos venosos permeables y líquidos endovenosos indicados. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

29-Intervenciones de enfermería en pacientes con hidrocele

29.1 Definición

Hidrocele es una colección de líquido peritoneal entre las capas visceral y parietal de la túnica vaginalis que directamente rodea el testículo y el cordón espermático.

29.2 Etiología

Hidrocele testicular congénita. Este tipo de hidrocele es el que aparece desde el nacimiento del niño y se denomina hidrocele testicular comunicante ya que se debe a un problema en el cierre del conducto que comunica el interior del abdomen con el escroto. En ocasiones va asociado a una hernia inguinal.

29.3 Manifestaciones clínicas

- Aumento del tamaño de la bolsa escrotal
- No dolor a la palpación
- Translucencia con linterna o fuente de luz

Intervenciones de enfermería

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
Orientar a cuidadores sobre: – Control prenatal completo a fin de prevenir la diabetes gestacional y la prematurez. – Al detectar un aumento del tamaño escrotal unilateral o bilateral consultar al establecimiento de salud más cercano. – Signos que debe observar y acudir al médico si los presenta:	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valorar el estado general del niño o niña. ● Tomar signos vitales y reportar anormalidades. ● Asistir al niño o niña durante la realización de procedimientos especiales (ecografía escrotal, ecografía doppler). ● Cumplir indicaciones médicas. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pre operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisar que el expediente esté completo, asegurándose que tenga: 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a cuidadores sobre: – Asistir a su control post-operatorio. – Si el niño todavía usa pañales, en lugar de usar toallas de papel para limpiarlo, se deberá usar toallas de tela, mojadas en agua tibia, hasta por dos semanas después de la cirugía. – Evite que use

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
<p>edema, cambio de color en la ingle y en el escroto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autorización de cirugía firmada por persona responsable del niño. - Nota de enfermería que asegure el envío de orden a sala de operaciones un día antes de la cirugía. • Preparar región operatoria. • Controlar y reportar signos vitales antes del traslado a sala de operaciones. • Apoyar emocionalmente a los padres o familia. • Cumplir antibióticos treinta minutos antes de la cirugía, si están indicados. • Aliviar este temor de padres o familia explicándoles en que consiste la cirugía. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Post operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasladar a niño de sala de operaciones a la unidad y revisar: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación. - Estado de conciencia. - Patrón respiratorio. - Temperatura y coloración de la piel. - Permeabilidad de líquidos endovenosos. - Hidratación. - Expediente completo. - Revisar indicaciones médicas. • Controlar y reportar signos vitales. • Realizar cambios de apósito si es necesario. • Estimular y orientar a la familia sobre la participación en los cuidados. • Proporcionar alimentación según prescripción médica. • Fomentar la lactancia materna. • Observar y reportar el apareamiento de signos de infección, calor, rubor, secreciones de herida operatoria y fiebre. • Administrar medicamentos según prescripción médica. • No bañar al niño o usar la regadera por dos días después de la operación. Se puede dar baños de esponja. • En caso de que le dejen un pequeño drenaje, éste debe ser retirado por enfermería al día siguiente de la intervención. 	<p>andaderas o se suba sobre juguetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el niño va a la escuela o colegio recomendar que no haga gimnasia por tres semanas luego de la operación. - Los puntos se caerán solos a partir de los veinte días de la intervención que no intente retirarlos, que espere que se caigan de manera espontánea.

Fase de prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Fase de rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> ● Reportar al médico: <ul style="list-style-type: none"> – Si la herida le supura o algún punto no deja de sangrar a pesar de haber presionado sobre él durante diez minutos. – Si presenta fiebre igual o mayor de 38°C. – Si observa aumento muy importante del tamaño del testículo en las primeras 24 horas, acompañado de dolor excesivo o empeoramiento del estado general. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	

V. Disposiciones finales

Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal de los establecimientos de las RIIS, dar cumplimiento a la presente Guía de atención de enfermería, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

Revisión y actualización

Las presentes guía de atención, serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en las intervenciones y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento en las instituciones del SNS, o cuando se determine necesario por parte de Titular del Ramo.

De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por las presentes guías de atención, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

Anexos: forman parte del presente documento, los siguientes anexos:

Anexo 1; Escalas de evaluación del dolor, según edad.

Anexo 2 Protocolo de preparación de colon.

Anexo 3 Esquema de dieta en anomalía ano rectal alta.

Anexo 4 Esquema de dieta en cierre de colostomía

Anexo 5 Procedimiento de enema.

Anexo 6 Hidratación del paciente quemado en fase aguda Parkland.

Glosario

Arteriosclerótico: Es un síndrome caracterizado por el depósito de inflamación de sustancias lipídicas produciendo estrechamiento de la luz arterial.

Arritmia: Trastorno en la sístole del corazón al encontrarse para bombear sangre el corazón realiza movimientos arrítmicos

Azotemia: Es una condición clínica caracterizada por niveles anormalmente altos de conjuntos nitrogenados en la sangre tales como urea y creatinina.

Colesterol: Es un esteroide (lípidos) se encuentra en los tejidos corporales y en el plasma sanguíneo.

Disnea: Trastorno o dificultad que afecta la respiración.

Fasciculaciones: Son movimientos musculares de una pequeña área de músculos.

Ingurgitación: Es una retención sanguínea a nivel del sistema nervioso y se caracteriza por la incapacidad de suficiente sangre para el organismo.

Isquémico: Falta de aporte de oxígeno

Lupus: Enfermedad que ataca la piel y otros órganos tejidos a través de tubérculos la cual produce úlceras y otros daños.

Miocardiopatía: Es una enfermedad del corazón que es causada por un fallo en el desarrollo del miocardio.

Órgano blanco: Se conoce como a aquél que se presenta el mayor daño dependiendo del tóxico que puede haber uno o más órganos blandos glándulas suprarrenales ej.: ovarios mamas TSH, riñón cerebro y útero.

Rabdomiolisis: Es un trastorno caracterizado por la obstrucción posterior necrosis del músculo esquelético.

Síndrome del nodo enfermo: Constituye un grupo del ritmo cardíaco anormales o taquicardia causado por un nodo sinusal

Tenesmo: Es un síndrome descrito como la sensación de defecar este síntoma puede aparecer en gastroenteritis retócele o colitis ulcerosa y cáncer del recto.

Troponina: Proteína muscular que juega un papel importante en la contracción muscular.

Uropatía: Alteración del trastorno ureico causado de una obstrucción del flujo de orina.

VI. Vigencia

Las presentes Guías de atención entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de este documento, por parte de la Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador a cinco días del mes de octubre de dos mil dieciocho.


Dra. Elvia Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud



EP

ANEXO 1

Escala de evaluación del dolor según edad

0-5 AÑOS	COMPORTAMIENTO	FLACC
5-13 Años	AUTO EVALUACIÓN	EVA O ESCALA DESCRIPTIVA
< 13 Años	AUTO EVALUACIÓN	ESCALA VISUAL ANÁLOGA EVA

ESCALA FLACC

CATEGORÍA		0	1	2
FACE (F)	EXPRESIÓN FACIAL	NORMAL	MUECAS	AFLIGIDA
LEGS(L)	PIERNAS	RELAJADAS	MÓVILES	FLEXIÓN
ACTIVITY(A)	ACTIVIDAD	NORMAL	MOVIMIENTOS PERMANENTES	QUIETO
CRY(C)	LLANTO	SIN LLANTO	GEMIDOS	LLANTO
CONSOLABILITY(C)	CONSOLABILIDAD	NO REQUIERE	DISTRAIBLE	NO CONSOLABLE

PUNTUACIÓN ESCALA FLACC

0	MUY FELIZ	COMO UTILIZAR LA ESCALA FLACC *SE UTILIZA EN NIÑOS < DE 5 AÑOS *BASADA EN LA OBSERVACIÓN DEL NIÑO *LA CONDUCTA SE OBSERVA A TRAVÉS DE LA EXPRESIÓN, ACTITUD, POSTURA, VERBALIZACIÓN, GEMIDOS Y LLANTOS * PUNTAJE MÁXIMO: 10 *ES IMPORTANTE CONSIDERAR QUE ALGUNOS CAMBIOS DE CONDUCTA PUEDEN SER REFLEJO DE LA ENFERMEDAD O SER CONSECUENCIA DE ESTÍMULOS AMBIENTALES DISTINTOS.
1-2	DUELE SOLO UN POCO	
3-4	DUELE UN POCO MAS	
5-6	DUELE AUN MAS	
7-8	DUELE BASTANTE	
9-10	DUELE TANTO COMO PUEAD IMAGINAR	

ANEXO 2

Protocolos de preparación de colon

MEGACOLON AGANGLIONAR PREPARACIÓN PARA CIRUGÍA DUHAMEL

Día 1

- a) Dieta corriente por estoma distal y ano con 250 cc de solución salina normal 2 veces al día. *
- b) Aminosidina o metronidazole por vía oral según indicación médica.
- c) Tacto rectal para verificar calibre adecuado del recto.

Día 2.

- a) Dieta corriente
- b) Aplicación de enemas evácuenles por estoma distal y ano con 250CC de Solución Salina Normal 2 veces diarias.
- c) Profilaxis con aminosidina o metronidazole por vía oral según indicación médica.

Día 3.

- a) Dieta corriente.
- b) Nada por boca desde la media noche.
- c) Líquidos intravenosos de mantenimiento adecuado para la edad.
- d) Aplicación de enemas evácuenles por estoma distal y ano con 250 cc de Solución Salina Normal 2 veces diarias.
- e) Aminosidina o metronidazole por vía oral según indicación médica.
- f) Profilaxis antibiótica pre-operatoria intravenosa con ampicilina y gentamicina.
- g) Electrolitos séricos de control.

* En caso de hacer operación de Duhamel-Martín o de necesitar colon derecho se indicará dieta líquida, el enema se aplicará también en estoma proximal y se darán 15 cc de pico sulfato de sodio u otro laxante salino 2 veces diarias desde el día 1.

ANEXO 3

Esquema de dieta en anomalía ano-rectal alta (Cirugía de Peña)

Día 1.

- a) Dieta corriente.
- b) Aplicación de enemas evacuantes por estoma distal con 250 cc de Solución Salina Normal 2 veces diarias*
- c) Aminosidina o metronidazole por vía oral según indicación médica.

Día 2.

- a) Dieta corriente.
- b) Aplicación de enemas evacuantes por estoma distal con 250 cc de Solución Salina Normal 2 veces diarias*
- c) Aminosidina o metronidazole por vía oral según indicación médica.

Día 3.

- a) Dieta corriente.
- b) Nada por boca desde la media noche.
- c) Líquidos intravenosos de mantenimiento adecuados para la edad.
- d) Aplicación de enemas evacuantes por estoma distal con 250 cc de Solución Salina normal 2 veces diarias. *
- e) Aminosidina o metronidazole por vía oral según indicación médica.
- f) Profilaxis antibiótica pre-operatoria intravenosa con Ampicilina y Gentamicina.
- g) Electrolitos séricos de control.

ANEXO 4

Esquema de dieta en cierre de colostomía

Día 1.

- a) Dieta de líquidos claros.
- b) Aplicación de enemas evacuantes por estoma proximal y distal con 250 cc de solución salina normal 2 veces diarias.
- c) Aminosidina o metronidazole por vía oral según indicación médica.
- d) Tacto rectal para verificar calibre adecuado del recto.

Día 2.

- a) Dieta de líquidos claros
- b) Aplicación de enemas evacuantes por estoma proximal y distal con 250 cc de Solución Salina Normal 2 veces diarias.
- c) Aminosidina o metronidazole por vía oral según indicación médica.

Día 3.

- a) Dieta de líquidos claros.
- b) Nada por boca desde la media noche.
- c) Líquidos intravenosos de mantenimiento adecuados para la edad.
- d) Aplicación de enemas evacuantes por estoma proximal y distal con 250 cc de Solución Salina Normal 2 veces diarias.
- e) Verificar que tenga indicado: aminosidina o metronidazole vía oral como profilaxis.
- f) Profilaxis antibiótica pre-operatoria intravenosa con ampicilina y gentamicina.
- g) Electrolitos séricos de control.

* Si el paciente tiene Fístula recto-uretral, los enemas se harán solamente con 125 cc de volumen para no dañar la vejiga urinaria. Si tiene fístula recto-vestibular o fístula recto-perineal se harán irrigaciones a las fístulas con 250 cc de solución salina normal.

ANEXO 5

Procedimiento de enema

Solución líquida que se introduce a través del esfínter anal (vía rectal) en la porción Terminal del intestino, o por estomas proximal o distal del colon en caso de colostomía.

Tipos de enemas

- ✓ **Enemas de limpieza:** soluciones evacuantes para aliviar el estreñimiento o eliminar un impacto fecal, para limpiar el recto y colon antes de un examen, o como medida de seguridad para prevenir infecciones en pacientes que se someten a cirugías o en mujeres antes del parto.
- ✓ **Enemas de retención:** soluciones farmacológicas para ejercer una acción local o sistémica tipos: Astringentes o hemostático, emolientes, oleosos, sedativos, nutritivos, estimulantes, anestésicos.
- ✓ **Enemas de diagnóstico:** enemas con sustancias radiopacas.

Objetivo

Facilitar la evacuación de las heces mediante la administración de una solución a través del recto, estimulando el peristaltismo o a través de estomas de colostomía.

Enema (solución de limpieza)

- La composición de un enema es variable.
- Tipos: de solución salina, de solución jabonosa, de solución oleosa, de solución mixta.
- Al prepararlos hay que tener en cuenta dos factores:
- La temperatura de la solución evacuante: entre los 40 grados centígrados.
- El volumen, que varía según la edad del paciente:
- Niños 150-500 mililitros
- Adultos 700-1000 mililitros.
- Realizar procedimiento según comité de normas y procedimientos.

ANEXO 6

Hidratación del paciente quemado en su fase aguda Parkland

SCTQ: SUPERFICIE CORPORAL TOTAL QUEMADA

El cálculo de la hidratación no debe sobrepasar del 50%, aunque la SCTQ sea mayor. (Enfermería debe saber calcularlo para verificar indicación)

FORMULA: De 2-4 ml DE HARTMAN x kg x SCTQ. **(NO MÁS DE 50)** El volumen total de se divide entre 2 y la primera mitad del volumen se debe infundir en las primeras 8 horas post quemadura y la segunda mitad en las siguientes 16 horas restantes para cumplir un total de 24 horas de hidratación, para reponer las pérdidas por la injuria. Además de administrar los líquidos intravenosos de mantenimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beare. Myers Enfermería medico quirúrgica, edición 3, año 1999.
2. BrinCARDI, F. Charles y colaboradores. Schwartz, Principios de Cirugía. Cuestionario de clasificación internacional de síntomas prostáticos I – PSS. 2007; 39: 1530
3. Burke JF, Bondoc CC, Quinby WC. Primary burn excision and immediate grafting: a method of shortening illness. J. Trauma 1974; 14:389-95.
4. Carbonel Tatay, Fernando. Hernia inguinocrural. Valencia; Ethicon; 2001; Asociación Española de Cirujanos.
5. Compendio de Pediatría, OSKI, 2da Edición, 2007
6. David G. Rabkin DG and Hardy MA. Daring to Take Action: Charles McBurney and the Evolution of the Treatment of Appendicitis. Curr Surg, 2000; 57: 56-7.
7. Diccionario de medicina, edición océano, año 1994
8. Doherty, Gerard y colaboradores. Manual de Cirugía de Washington, 2da. Edición. Departamento de Cirugía de Universidad de Washington, San Louis Missouri, 2001. 40: 602 – 611
9. E. Donat Aliaga, B. Polo Miquel y C. Ribes-Koninckx. Atresia de vías biliares.
10. Galicia, Junta de. Hernia inguino Crural. Guía de práctica clínica; GPC2007/01; julio 2007
11. García Torres V. Quemaduras. Tratamiento de Urgencias. Editorial Duphar Farmacéutica, S.A. 1993.
12. García Torres V. Gómez Bajo GJ., Quemaduras. Moya Mir Ed., Actuación en urgencias de atención primaria. Mosby/Doyma. Madrid 1995; 543-56.
13. García Torres V., Gómez Bajo GJ., Quemaduras. Moya Mir M., Ed. Actuación en urgencias de atención primaria Mosby/Doyma. 1995. Madrid.
14. González – Cavero J. Arévalo JM., Lorente JA. Tratamiento prehospitalario del paciente quemado crítico. Emergencias 1999; 11:295-301.
15. Manual de terapéutica pediátrica, HNNBB, 2003, pág. 283- 284
16. Martínez Vea A, Torras Rabasa A. Alteraciones del metabolismo hidrosalino. Medicina Interna. Farreras-Rozman. Ed. Barcelona: Harcourt; 2000. p. 2073-2086.
17. Nelson, Tratado de Pediatría, 18ava Edición, 2009
18. Paulson Erik K, Kalady Matthew F. and Pappas Theodore N. Suspected Appendicitis. N Engl J Med 2003; 348(3): 236 – 242.
19. Pietsch JB., Netscher DT.,Nagaraj HS, Groff DB. Early excision of major burns in children: effect on morbidity and mortality. J Pediatr Surg 1985; 20 (4) :75 4 -7.
20. Porcar Ramells C, Fernández-Real Lemos JM, Camafort Babkoski M,Ricart Engel W. Adipsia e hipernatremia como primera manifestación de un astrocitoma hipotalámico. Descripción de un caso y revisión de la literatura. An Med Interna. 2000; 17(7):361-5.
21. Protocolos Españoles de pediatría, Dermatología <<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/infeccionescutaneas.pdf>> consultada en diciembre de 2017
22. ROSS JO: Septic Arthritis infect Dis Clin N Am: 2005:19: 799-817
23. Rubinstein, Adolfo. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da edición, Argentina. Editorial Médica; Panamericana; 2006. P.1579 – 80

24. Shelton Tommy, McKinlay Rodrick and Schwartz Richard W. Acute Appendicitis: Current Diagnosis and Treatment. *Curr Surg* 2003; 60:502-505
25. Thompson P. Herdon DN, Abston S., Rutan T., Effect of early excision on patients with major thermal injury. *J Trauma* 1987; 27(2):205-7
26. Tierney LM JR, Mcphee SJ. Papadakis MA. Diagnóstico clínico y tratamiento. Ed. Manual moderno. 31 ed. México 1996: 1412-1416.
27. Tratado de pediatría, MCRUZ, nueva edición, año 2007, 1113
28. Tratado de pediatría, edición 17, año 2005, Pág. 1236-1237
29. Tratado de pediatría, M. CRUZ, nueva edición océano vol. 1,2007. Pág.1220-1223.
30. Tratado de pediatría, NELSON, edición 17, pág. 1317-1318.
31. Viroj Wiwanitkit, honey vs. silver sulphadiazine, *Indian J Plastic Surgery*. 2010 Jan-Jun; 43(1): 119
doi: 10.4103/0970-0358.63947.
32. Wijesinghe M., Weatherall M., Perrin K., Beasley R. Honey in the treatment of burns: a systematic review and meta-analysis of its efficacy. *NZ Med. J.* 2009; 122:47- 60 [PubMed]
33. Winfrey ME, Cochran M., Hegarty MT., A new technology in burn therapy: INTEGRA artificial skin. *Dimens Crit Care Nurs* 1999; 18:14-20