

Ministerio de Salud

Guías de atención de enfermería en pediatría



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 pediatría

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. 2018

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Viceministerio de Políticas de Salud

Unidad Financiera Institucional

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 pediatría*. San Salvador, El Salvador, C.A.

Equipo técnico

Participante	Dependencia/Establecimiento
Lcda. Josefina Concepción Castaneda	Jefa Unidad Nacional de Enfermería, MINSAL
Lcda. Gloria del Carmen Arias Lcda. Clara Luz Hernández de Olmedo.	Enfermera Supervisora, Unidad Nacional de Enfermería, MINSAL.
Lcda. Vilma Ruth Hernández Valencia.	Enfermera Jefa Depto. de Enfermería, Hospital Nacional de Chalchuapa.
Lcda. Marta Alicia Arteaga Polanco.	Enfermera Supervisora, Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico ISSS.
Lcda. Ana Isabel Rauda de Abarca	Enfermera Subjefe División de Enfermería, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Lcda. Dinora Barrera de Recinos	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Lcda. Rosa María Ayala de Reyes	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional de Maternidad.
Lcda. Vilma Ester Ulloa de Games	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional Rosales
Lcda. Patricia del Rosario Sanchez de Alfaro	Enfermera, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada, Barrio San Miguelito, San Salvador
Lcda. Patricia Elizabeth Vargas Machado	Enfermera Jefe de Unidad, Hospital Nacional Rosales
Lcda. María Magdalena Baches de Fuentes	Enfermera Supervisora, Región Central.
Lcda. Aracely Elizabeth Moran	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional Santa Ana
Lcda. Sandra Elizabeth Ayala	Enfermera Jefe de servicio, Hospital Nacional San Miguel
Lcda. Inés Ester Hernández	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Lcda. Cecilia Meléndez.	Enfermera Jefe de unidad, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Lcda. Sandra Vásquez de Quintanilla.	Enfermera Jefe de unidad, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Lcda. Ana María López de Castillo	Enfermera, Hospital Nacional Zacamil

Personal de enfermería que valido

Participante	Dependencia/Establecimiento
Lcda. Trinidad Argueta de Fuentes	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Lcda. Elba Francisca Menjívar de Vargas	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Lcda. Vilma Elizabeth Rodríguez	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Lcda. Aracely Díaz.	Enfermera, Hospital Nacional de Zacamil
Lcda. Sara Monterrosa Villeda	Enfermera, Hospital Nacional de Santa Ana
Lcda. Emérita Orellana de Pérez	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
Lcda. Claudia felicitá Carpio de Maldonado	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
Lcda. Concepción de Rosales	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
Lcda. Sonia Morales	Enfermera, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Índice

No	Nombre	Pág.
	Introducción	7
I.	Base legal	8
II.	Objetivos	8
III.	Ámbito de aplicación	8
IV.	Desarrollo del contenido	9
	1. Anafilaxia	9
	2. Mordedura por ofidio	10
	3. Mordedura por arácnidos	11
	4. Cetoacidosis diabética	13
	5. Anemia	15
	6. Bronquiolitis	17
	7. Crup	18
	8. Infección del tracto urinario	20
	9. Fiebre	22
	10. Otitis media	24
	11. Faringo amigdalitis aguda	25
	12. Sinusitis	26
	13. Rinitis alérgica	27
	14. Parasitismo intestinal	28
	15. Desnutrición	31
	16. Obesidad	32
	17. Varicela	34
	18. Diarrea y Deshidratación	36
	19. Hepatitis viral	39
	20. Salmonelosis y Fiebre tifoidea	41
	21. Neumonía	43
	22. Púrpura trombocitopénica Idiopática	44
	23. Impétigo	47
	24. Convulsiones febriles	48
	25. Epilepsia	50
	26. Asma y crisis asmática	53
	27. Escabiosis	56
	28. Paro cardiorrespiratorio	57
	29. Estado de choque	59
	30. Intoxicaciones	62
	31. Enfermedad por reflujo gastro esofágico	64
	32. Infecciones de tejidos blandos	66
	33. Crisis convulsiva y estatus epiléptico	68
	34. Meningitis bacteriana	70
	35. Manejo del dolor en pediatría	73
V.	Disposiciones finales	78
VI.	Vigencia	79

Introducción

La Unidad Nacional de Enfermería, ente rectora del cuidado de enfermería a nivel nacional, comprometida con el proceso de profundización de la Reforma de Salud y garantizar el derecho humano a la salud a través de una atención de calidad, emite las presentes guías de manejo del cuidado de enfermería en pediatría, como una herramienta que guiará el accionar del personal de enfermería del segundo y tercer nivel de atención.

Estas guías han sido elaboradas de forma consultiva, donde se han definido 35 patologías de mayor incidencia en el país, de las cuales se pretende estandarizar y cualificar los cuidados que el personal de enfermería proporciona a los pacientes como proceso de mejora continua de la calidad.

Finalmente se presenta la 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 de la República

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, 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:

Emitir las directrices y elementos necesarios e indispensables que contribuyan a estandarizar la calidad del cuidado de enfermería que se proporciona al paciente en la etapa de la niñez y adolescencia en los hospitales del segundo y tercer nivel de atención.

Específicos:

1. Proporcionar una guía de trabajo que permita sistematizar la trayectoria del cuidado de enfermería en el cuidado del niño y niña.
2. Facilitar la gerencia del cuidado de enfermería para que proporcione una atención de calidad y calidez a nivel hospitalario en el segundo y tercer nivel de atención
3. Especificar las intervenciones de enfermería proporcionadas al paciente 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 a niños y niñas, en los diferentes establecimientos de las RIIS.

IV. Desarrollo del contenido técnico

1. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con anafilaxia.

1.1 Definición

La anafilaxia es una reacción alérgica grave en todo el cuerpo a un químico que se ha convertido en alérgico. Un alérgico es una sustancia que puede ocasionar una reacción alérgica. Los tejidos de diferentes partes del cuerpo liberan histamina y otras sustancias. Esto produce constricción de las vías respiratorias y lleva a que se presenten otros síntomas.

1.2 Etiología

La anafilaxia puede ocurrir como respuesta a cualquier alérgico. Las causas comunes son:

- Alergias farmacológicas
- Alergias a alimentos
- Picaduras/mordeduras de insectos

1.3 Manifestaciones clínicas

Los síntomas se desarrollan rápidamente, generalmente en cuestión de segundos o minutos, y pueden comprender cualquiera de los siguientes:

Dificultad respiratoria, ansiedad, dificultad para deglutir, molestia u opresión en el pecho, palpitaciones enrojecimiento, urticaria, picazón, hinchazón de cara, ojos y lengua, tos, mareo o vértigo, congestión nasal, náuseas y vómitos, mala articulación del lenguaje y pérdida del conocimiento en casos severos.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Consultar de inmediato ante la presencia de signos de alarma posterior a la exposición con alérgicos: <ul style="list-style-type: none"> - Urticaria - Enrojecimiento de la piel - Dificultad respiratoria - Ansiedad - Dificultad para deglutir - Molestia u opresión en el pecho - Palpitaciones - Hinchazón de cara, ojos y lengua - Tos - Mareo o vértigo - Congestión nasal - Náuseas y vómitos. • Informar siempre si es alérgico a algún fármaco u otra sustancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general de paciente. • Realizar estimulación táctil. • Cumplir oxígeno por mascarilla o bigotera. • Si además carece de pulso, iniciar reanimación cardiorrespiratorio. • Colocar respaldo a 45 °. • Administrar medicamentos según prescripción médica (adrenalina, corticoides, antihistamínicos, antídoto de la droga que provoco anafilaxia. • Canalizar acceso venoso periférico. • Asistir al niño niña en la intubación endotraqueal. • Evitar contacto con el alérgico identificado. • Reportar al médico(a) siempre que consulte sobre su sensibilidad al alérgico. • Asistir al paciente en la realización de traqueotomía de urgencia. (Si el edema laríngeo ha ocluido las vías respiratorias que impida la intubación endotraqueal). • Registrar las intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador debe recordar y reportar siempre el alérgico al que el niño o niña es sensible. • Nunca exponer nuevamente al niño o niña al alérgico.

2. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con mordedura por ofidio

2.1 Definición

Es la mordedura por serpientes en cualquier región del cuerpo y es la intoxicación más frecuente por veneno de animales terrestres en el humano.

2.2 Etiología

Mordedura por cualquier tipo de culebra o serpiente. El Salvador cuenta con dos representantes: viperidae (culebra cascabel, cantil o castellana, tamagás, tamagás negro y timbo) y elapidae (víbora de coral y serpiente marina).

2.3 Manifestaciones clínicas

La sintomatología depende de la cantidad, potencia y naturaleza del veneno, que a su vez depende de la especie de serpiente

Tipificación	Familia viperidae	Familia elapidae
		Cascabel, cantil, tamagás
Locales	Dolor severo, edema, sangrado local, equimosis, bulas, necrosis.	Dolor leve, parestesias locales.
Sistémicas	Nauseas, vómitos, hipotensión, sudoración, fiebre, oliguria, sangrado sistémico	Salivación
Neuromusculares	No tienen, excepto cuando se complican con síndrome compartimental.	Disartria, diplopía, oftalmoplejía, ptosis palpebral, parálisis respiratoria, fasciculaciones, disnea, dificultad de deglución

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> Orientar a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> No dejar solos a sus hijos en áreas agrícolas. Uso de calzado de cuero. Uso de botas y pantalones gruesos. Usar linternas si viaja de noche. Mantener un espacio prudencial libre de maleza al alrededor de la vivienda. Verificar el área al momento de orinar o defecar en campo abierto. Precaución al levantar y remover troncos caídos y piedras con las manos. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar estado general del paciente. Tomar y reportar signos vitales. Controlar y reportar balance hídrico y diuresis. Tomar exámenes según indicación médica. Presionar suavemente con los dedos el sitio de mordedura para facilitar la salida del veneno. Mantener al paciente en reposo absoluto. Realizar prueba de suero antiofídico. Vigilar sitio de prueba de suero en busca de (eritema, calor y prurito). Mantener miembro afectado en elevación. Administrar suero antiofídico en bomba de infusión a pasar en cuatro horas o según criterio medico. Observar en el paciente cualquier reacción secundaria al cumplimiento del suero. No puncionar miembro afectado. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> Mantener miembro afectado en elevación durante la presencia de edema. Cumplir tratamiento médico. No auto medicarse. Asistir a controles médicos indicados. Consultar de inmediato ante la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edema. ✓ Sangramiento. ✓ Fiebre. ✓ Fetidez y secreción en sitio de mordedura.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar perros de compañía y palos cuando se sale al campo. - Evitar cazar o tomar serpientes con las manos aunque estén muertas. - Evitar segundas mordeduras al intentar cazar al animal que causo la mordedura. - No molestar al animal y alejarse del lugar. - Si se puede capturar la serpiente agresora tomar en cuenta lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si está viva colocarla en frasco de metal de rosca sujeta con alambre. ✓ Nunca en bolsa o frascos plásticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener hidratación adecuada. • Colocar sonda transuretral según indicación médica. • Observar en paciente cualquier reacción secundaria al cumplimiento del suero. • Mantener hidratación adecuada. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado general del paciente. • Vigilar estado neurológico. • Tomar y reportar signos vitales. • Controlar balance hídrico más diuresis por turno o de acuerdo al estado de paciente. • Mantener paciente en reposo absoluto. • Realizar cuidados de acceso venosos. • Vigilar y reportar sitio de mordedura en busca de coloración, rubor, calor y sangramiento. • Cumplir indicaciones médicas. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. • Recibir terapia de manejo de fobia postraumática según referencia.

3. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con mordedura por arácnidos

3.1 Definición

Es la mordedura por algunos tipos de arácnidos en cualquier parte del cuerpo.

3.2 Etiología más común

1. Phoneutria, sinónimos: armadeira, araña errante brasileña, araña del banano.
2. Atrax robustu, sinónimos: araña de Sídney con tela de embudo.
3. Latrodectus mactans, sinónimos: viuda negra, araña capulina.
4. Loxoscele, sinónimos: araña violinista, araña reclusa, araña parda
5. Tegenaria agrestis, sinónimos: tejenaria campestre o araña vagabunda.

3.3 Manifestaciones clínicas según tipo de arácnido

Armadeira, araña errante brasileña o araña del banano: la inoculación de veneno produce dolor inmediato y muy intenso que se irradia a partir del sitio de la mordedura. Puede haber edema, eritema, calambres dolorosos, temblores, convulsiones tónicas, parálisis espástica, sialorrea, sudoración, priapismo, taquicardia, arritmias, disnea y disturbios visuales.

Araña de Sidney con tela de embudo: hay dolor por varios días o semanas en el sitio de la mordedura, debido a la acidez del veneno, pero no se ha reportado necrosis. Aparecen síntomas gastrointestinales (náusea, vómito, dolor abdominal), parestesias periorales, fasciculación de la lengua, diaforesis, salivación, lagrimeo, piloerección, disnea, alteración del estado de alerta.

Viuda negra, araña capulina: aparece dolor y prurito entre 15 minutos y 1 hora en el sitio de la mordedura. Conforme avanzan las horas se agregan cefalea, vómito, parestesias generalizadas, mialgias, artralgias, diaforesis, sialorrea, dolor torácico y/o abdominal intenso, nistagmo, espasmos musculares, arritmias, hipertensión, crisis convulsivas, edema pulmonar, colapso vascular y choque.

Araña violinista, araña reclusa, araña parda: su veneno es dermatóxico (acción necrótica) y dermo viscerotóxico (acción necrótica y hemolítica). La mordedura es indolora, pero las manifestaciones inician entre 24 y 48 horas después.

Tegenaria campestre o araña vagabunda: frecuentemente la mordedura es indolora, apareciendo una dermatosis eritemato papulosa en el sitio de inoculación. Entre 24 – 48 horas después aparece una vesícula, úlcera y con el tiempo puede aparecer una escara dermonecrotica. Efectos sistémicos: cefalea, xerostomía, náusea, astenia, alucinaciones, artralgias.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - No dejar solos a sus hijos e hijas en áreas agrícolas. - Uso de calzado de cuero. - Uso de botas y pantalones gruesos. - Usar linternas si viaja de noche. - Mantener un espacio prudencial libre de maleza al alrededor de la vivienda. - Verificar el área al momento de orinar o defecar en campo abierto. - Precaución al levantar y remover troncos caídos y piedras con las manos. - Utilizar perros de compañía y palos cuando se sale al campo. - arácnidos con las manos aunque estén muertos. - Si se puede capturar la araña agresora tomar en cuenta lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar cazar o tomar Si está viva colocarla en frasco de metal de rosca. ✓ Nunca en bolsa o frascos plásticos. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar estado general de paciente. ● Tomar y reportar signos vitales. ● Tomar exámenes según indicación médica. ● Mantener a paciente en reposo. ● Observar miembro afectado y reportar cualquier anormalidad. ● Identificar al arácnido si traen muestra en frasco. ● No puncionar miembro afectado. ● Observar y reportar en paciente cualquier reacción secundaria. ● Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar estado general de paciente. ● Vigilar estado neurológico. ● Tomar y reportar signos vitales. ● Controlar balance hídrico más diuresis por turno o de acuerdo al estado de paciente. ● Mantener paciente en reposo. ● Realizar cuidados de acceso venosos. ● Vigilar y reportar sitio de mordedura/picadura en busca de coloración, rubor, calor y sangramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener miembro afectado en elevación durante la presencia de edema. - Cumplir tratamiento médico. - No auto medicarse. - Asistir a controles médicos indicados. - Consultar de inmediato ante la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edema. ✓ Sangramiento. ✓ Fiebre. ✓ Fetidez y secreción en sitio de mordedura. ● Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. ● Recibir terapia de manejo de fobia postraumática según referencia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir antibiótico, analgésico o anti-inflamatorios de acuerdo a indicación médica. • Tramitar interconsulta con médico(a) hematólogo si está indicada. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Asistir al paciente en interconsultas de hematología, dermatología, neurología entre otras que amerite. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	
--	---	--

4. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con cetoacidosis diabética

4.1 Definición

La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación de la diabetes mellitus que pone en riesgo la vida, se caracteriza por un déficit severo de insulina. Puede ocurrir en todos los tipos de diabetes aguda, es más frecuente en pacientes con diabetes tipo 1, en cualquiera de sus variedades o como resultado de la falta de cumplimiento del tratamiento.

4.2 Etiología

Es el resultado de una deficiencia absoluta o relativa de insulina circulante con los efectos combinados del aumento de hormonas contra reguladoras: catecolaminas, glucagón, cortisol y hormona del crecimiento.

4.3 Manifestaciones clínicas

Deshidratación, respiración rápida y profunda, (respiración de Kussmaul); náuseas, vómitos y dolor abdominal que simula un abdomen agudo; obnubilación progresiva y pérdida de la conciencia, aumento del conteo de leucocitos, elevación no específica de la amilasa sérica, fiebre en presencia de infección; además hiperglicemia (>200 mg/dL [11 mmol/L]) cetonemia (>5mmol/l), cetonuria.

Acidosis metabólica (pH sérico <7.3, bicarbonato <5 mEq/L [15 mmol/L]).

Estado hiperosmolar hiperglicémico (EHH), también conocido por coma hiperosmolar no cetónico, es más frecuente en jóvenes con DM T2, raro en DM T1. Los criterios de EHH son: glicemia mayor de 33.3 mol/L (600 mg/dL); pH arterial mayor de 7.30; bicarbonato sérico mayor de 15 mmol/L, cetonuria leve, cetonemia ausente o leve; osmolalidad sérica mayor de 320 mOsm/kg; estupor o coma; edema cerebral grave

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador y a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Signos y síntomas preliminares de la cetoacidosis. (confusión mental, palidez, sudoración, mucosas resacas, somnolencia y aumento de los niveles de glucosa en sangre). - Cumplir con la dieta de diabético. - Cumplir esquema de insulina según indicación médica. - Evitar el sobre esfuerzo. - Mantener niveles normales de azúcar en sangre.70-110mmhg. - Tomar hemoglucotest antes de cumplir insulina. - Educar a cuidador y a paciente sobre el auto cuidado de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neuropatía diabética. ✓ Cuido de los pies. ✓ Realizar ejercicios físicos indicados por el médico(a). ✓ Asistir a los controles médicos evitando sobreesfuerzo. ✓ Uso y medición de la glucosa. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y reportar signos vitales. • Canalizar un acceso venoso periférico. • Tomar electrolitos y glicemia en sangre. • Tomar examen general de orina en busca de Ce en orina. • Tomar hemoglucotest cada 30 minutos o según indicación médica. • Administrar oxígeno según indicación médica. • Asistir a paciente durante la realización de procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> - Cateterismo vesical. - Cateterismo de vena central si es necesario. • Colocación de sonda nasogástrica. • Mantener vías aéreas permeables. • Vigilar estado de conciencia según escala de Glasgow. • Asistir a paciente en intubación endotraqueal. • Cuidados de oxigenoterapia según indicación médica. • Vigilar estado de conciencia. • Vigilar que se le tome gases arteriales para valorar existencia de cetonuria. • Hidratar al paciente con líquidos endovenosos indicados. • Cumplir dosis de insulina regular y posteriormente iniciar con infusión de insulina. • Proporcionar apoyo emocional a la familia. • Mantener en posición neutra al paciente durante la fase aguda. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar estado de conciencia. • Mantener monitoreo de signos vitales. • Reportar y registrar signos vitales cada dos horas o de acuerdo a estado del paciente. • Tomar hemoglucotest cada hora o según indicación médica. • Realizar cuidados de la piel. • Vigilar presencia de nauseas y vomito. • Mantener vías aéreas permeables. • Mantener paciente con oxígeno por bigotera y si hay complicación, con tubo endotraqueal mas ventilación mecánica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a los padres y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con los medicamentos indicados (insulina o comprimidos para la diabetes). - Cumplir con la ingesta de dieta para diabético. - Realizar ejercicios moderadamente. - Cumplir el plan de alimentación indicado. - Cumplir esquema de insulina regular a paciente a la hora exacta. - Retroalimentar la educación al cuidador y al paciente sobre la diabetes mellitus y el auto cuidado.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener paciente hidratado. • Mantener accesos venosos permeables. • Realizar cuidados de catéter central. • Mantener y actualizar cada 6 horas, infusión de Insulina regular según lo indicado. • Vigilar que sea evaluado por endocrinólogo. • Mantener sonda nasogástrica si paciente tiene alteración de conciencia. • Registrar y llevar balance hídrico. • Mantener vendajes en miembros inferiores. • Realizar cambio de posición cada dos horas previa autorización. • Colocar dispositivos mecánicos en prominencias óseas. • Reponer los líquidos perdidos a través de la micción y el vomito. • Al mejorar estado del paciente, realizar traslape de infusión de insulina regular por esquema de Insulina según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	

5. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con anemia ferropénica

5.1 Definición

La anemia ferropénica se define como el descenso de la concentración de la hemoglobina en sangre, secundario a una disminución de la concentración de hierro en el organismo ya sea por un aporte insuficiente, un aumento del consumo o a un exceso de las pérdidas. Generalmente los glóbulos rojos son de menor tamaño (volumen corpuscular medio (VCM) inferior a 80 fL).

5.2 Etiología

- Déficit en el aporte nutricional de hierro.
- Inadecuada absorción de hierro en tracto intestinal.
- Pérdidas excesivas de sangre por diversas vías.

5.3 Clasificación

Grado leve:

Los pacientes no presentan manifestaciones clínicas evidentes y el diagnóstico se hace en base a los hallazgos de laboratorio.

Grado moderado o grave:

Palidez, que debe buscarse en conjuntivas palpebrales, mucosas orales, lechos ungueales y palma de las manos, anorexia, decaimiento y astenia, soplos funcionales y taquicardia, cardiomegalia de grado variable, dificultad para ganar peso, cabello fino y quebradizo, coiloniquia (uñas en forma de cuchara), platoniquia(atrofia ungueal, uñas planas) atrofia de las papilas de la lengua, geofagia (pica), meteorismo ocasionado por alteraciones en la función del intestino delgado, susceptibilidad a las infecciones.

5.4 Manifestaciones clínicas

En un inicio los pacientes con anemia no presentan manifestaciones, la sospecha clínica debe fundamentarse en una historia detallada; las manifestaciones clínicas están descritas según el grado de la anemia como se mencionaron anteriormente.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información a padres y usuarios(as) sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de una dieta balanceada rica en hierro. - Ingerir cítricos simultáneamente. - Asistencia a control médico. - Proporcionar alimentación adecuada, según la edad del niño o niña. - Cumplir suplemento de hierro según indicación médica. - Asistir a controles de crecimiento y desarrollo infantil. 	<p>Emergencia / consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales. • Valorar y reportar el estado general hemodinámico de paciente. • Canalizar acceso venoso periférico. • Extraer muestras para exámenes de laboratorio. • Mantener al usuario(a) en reposo y con respaldo. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales por turno. • Mantener en reposo en cama y respaldo de 30° a 45 °. • Asistir en las actividades que requieran esfuerzo físico. • Administrar los preparados de hierro oral, intravenoso e intramuscular. • Cumplir por vía oral el ácido ascórbico 30 minutos antes de la toma de hierro. • Cumplir por vía intramuscular profunda y en “z” el hierro I.M • No debe realizar masaje después de la inyección. • Por vía endovenosa tener los cuidados siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la vía endovenosa permeable. - Mantener el goteo constante. - Vigilar signos y síntomas de reacciones adversas. • Brindar apoyo emocional al niño, niña y padres. • Vigilar el cumplimiento de transfusiones sanguíneas y posibles reacciones. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a padres y usuarios(as) sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Administración correcta de hierro oral. (los preparados líquidos de hierro por vía oral tiñen temporalmente los dientes). - Ofrecer entre comidas. - Posterior a la toma cepillarse los dientes. - No administrar con leche o antiácidos. - La ingesta de suplemento de hierro producen heces de color verdoso (son dosis adecuadas de hierro), heces de color negro verdoso (indica pobre ingesta de hierro). - Las complicaciones de vómitos y diarrea son habituales en este tratamiento. - Asistir a control de niño o niña sano. - Administrar dieta indicada.

6. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con bronquiolitis

6.1 Definición

Es una enfermedad inflamatoria del tracto respiratorio inferior, que da como resultado la obstrucción de la vía aérea pequeña, que se presenta con tos, fiebre, taquipnea, hiperinflación y sibilancias, precedida por una infección respiratoria superior o fase de coriza de dos a tres días de duración.

6.2 Etiología

- Virus sincitial respiratorio 80-90%.
- Para influenza.
- Adenovirus.
- Influenza a y b.
- Metapneumovirus.
- Rinovirus.
- Enterovirus.
- *Mycoplasma pneumoniae*

6.3 Manifestaciones clínicas

- Fiebre, rinorrea, tos no productiva y sibilante, crepitancias inspiratorias finas, sibilancias espiratorias.
- Pobre alimentación: debido a la disnea y es causa frecuente de ingreso.
- Aumento del trabajo respiratorio y retracciones.
- Estertores finos a la inspiración, en ambos campos pulmonares son frecuentes pero no universales.
- Apnea: se puede presentar, especialmente en los niños y niños menores de un mes de edad, prematuros o de bajo peso al nacer.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a padres o cuidadores sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva por seis meses y prolongarla hasta los dos años. - Evitar exposición con humo de tabaco o leña. - Lavado de manos constantemente para prevenir infecciones. - Cumplir con esquema de vacunación. - Evitar corrientes de aire. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y reportar estado general del niño o niña. • Controlar y reportar signos vitales. • Mantener nada por boca si hay dificultad respiratoria. • Mantener con respaldo a 45°. • Vigilar y reportar características de la respiración. • Aspirar secreciones según necesidad. • Tomar oximetría de pulso. • Bajar la temperatura por medios físicos si es mayor de 38.5°C • Canalizar un acceso venoso y cumplir líquidos según indicación médica. • Tomar exámenes de laboratorio según indicación médica. • Permeabilizar vías aéreas. • Administrar oxígeno humidificado (si es necesario). • Proporcionar apoyo emocional a la familia y al usuario(a) de acuerdo a la edad. • Dar orientación adecuada y oportuna a la 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Continuar con el tratamiento y controles médicos. - Verificar signos de alarma: disnea, fiebre y tos. - Acudir a establecimiento de salud más cercano. - Evitar corrientes de aire. - Orientar y demostrar despeje de vía aérea usando perilla de succión. - Proporcionar abundantes líquidos orales.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p>familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agilizar el proceso de ingreso si fuera necesario. • Mantener paciente cómodo(a) con ropa fresca. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado emocional. • Tomar signos vitales y reportar alteraciones. • Tomar oximetría de pulso. • Tomar temperatura cada 4 horas si es mayor de 38°C. • Identificar signos de deterioro respiratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Disnea. - Aleteo nasal. - Tirajes intercostales. - Cianosis. • Mantener mucosa nasal y oral limpia. • Mantener vías aéreas permeables. • Administrar oxígeno humidificado (si es necesario) saturación O₂ < 92% con dificultad respiratoria. • Administrar líquidos endovenosos de mantenimiento según indicación médica. • Aspirar secreciones si es necesario. • Mantener nada por boca si hay dificultad respiratoria. • Llevar control de balance hídrico por turno. • Tomar exámenes de control según indicación médica. • Cumplir antibióticos y antipiréticos según indicación médica. • Evaluar la tolerancia de la alimentación. • Proporcionar apoyo emocional. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	

7. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con CRUP

7.1 Definición

Se denomina crup al síndrome que comprende diversos estados inflamatorios de la laringe y la tráquea que se caracteriza por tos seca perruna, estridor inspiratorio y grados variables de dificultad respiratoria debido a obstrucción, edema y espasmo.

7.2 Etiología

La mayoría de casos son de origen viral, del 75 al 95% son causados por:

- a) Virus de parainfluenza tipo 1 (más frecuente).
- b) Virus de la parainfluenza tipo 2 (menos severo).
- c) Virus de la parainfluenza tipo 3 (más frecuente en niños pequeños).

- d) Virus de Influenza A y B, Adenovirus.
- e) Virus sincitial respiratorio.
- f) Mycoplasma pneumoniae, Estreptococo viridans y Estafilococo dorado, estos dos últimos responsables de casos graves.

7.3 Manifestaciones clínicas

Prodromo gripal, tos perruna característica, estridor inspiratorio, dificultad respiratoria, tirajes supra esternales e intercostales, taquipnea e hipoxia.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a los padres o cuidadores sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Proteger al niño o niña de agentes que le pueden provocar la enfermedad. - Al iniciar los síntomas asistir a la UCSF más cercana, para la atención médica. - Aplicar medidas de aislamiento por contacto para evitar el contagio con secreciones respiratorias, lavado de manos, evitar los lugares públicos con aglomeraciones. - Mantener al niño o niña en un ambiente tranquilo y cómodo. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener a paciente en un ambiente tranquilo. • Controlar signos vitales: temperatura, pulso, oximetría de pulso y monitoreo cardiorrespiratorio cada 4 horas. • Observar signos de cianosis. • Mantener vías aéreas permeables. • Mantener con respaldo a 45° y rodete bajo hombros. • Cumplir oxígeno en caso de hipoxemia, según necesidad e indicación médica. • Cumplir nebulizaciones según indicación médica. • Cumplir antibióticos de acuerdo indicación médica. • Bajar temperatura por medios físicos si temperatura es mayor de 38.5°C. • Identificar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia - Frialdad distal - Palidez - Deterioro neurológico. • Asistir al paciente durante la intubación endotraqueal. • Cumplir analgésicos y antipiréticos cada 4 horas si fuese necesario. • Registrar las intervenciones de enfermería según en forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general de paciente. • Tomar signos vitales monitorizados. • Mantener vías aéreas permeables. • Controlar balance hídrico según necesidad y criterio médico. • Mantener con respaldo a 45° y rodete bajo hombros. • Cumplir oxígeno en caso de hipoxemia, según necesidad e indicación médica. • Cumplir nebulizaciones según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a padres sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Consultar a la UCSF más cercana al presentar signos y síntomas de alarma. - Cumplir con sus controles oportunamente. - Evitar corrientes de aire al momento del baño. - No exponer al humo, polvo y otros químicos que lo puedan afectar. - Orientar a que cumpla con su esquema de vacunación en forma oportuna. - Cumplir con su tratamiento médico hasta completarlo.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir antibióticos de acuerdo indicación médica. • Cumplir esteroides según indicación médica. • Si existiera intolerancia a la vía oral utilizar la vía endovenosa o intramuscular. • Brindar apoyo emocional. • Registrar las intervenciones de enfermería según en forma oportuna 	

8. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con infecciones del tracto urinario

8.1 Definición

Infección urinaria (IU): Es la presencia de bacterias en cualquier punto del tracto urinario, desde la uretra hasta el parénquima renal, acompañada o no de signos y síntomas generales de infección o de la función de las vías urinarias.

8.2 Etiología

Principalmente bacterianas, raramente hongos, virus o parásitos.

a) Gram negativos: *Escherichia coli* (80%), *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citobacter* y *Pseudomona*: es frecuente en niños con anomalías congénitas del tracto urinario portadores de sondas o que están recibiendo antibióticos de amplio espectro a dosis elevadas.

b) Gram positivos: *Staphilococcus saprophiticus*, *enterococos*, *estafilococos aureos* raras veces.

c) Otros: *Clamidia tracomatis* (niños o adolescentes con algún contacto sexual); *ureaplasma Urealyticum*, *Neisseria gonorrea* en niños que tienen secreción uretral o balanitis purulenta.

8.3 Manifestaciones clínicas

Dependen del grupo de edad y de la localización de la infección. El dolor supra púbico, disuria, poliaquiuria, enuresis nocturna, fiebre leve a moderada y coágulos en la orina son signos específicos de infección baja (cistitis); la infección alta (pielonefritis) se presenta usualmente con fiebre alta, dolor en ángulo costo vertebral y signos toxico infecciosos, pero puede también ser asintomático.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	Emergencia	
<ul style="list-style-type: none"> • Educación a los padres y cuidadores sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones que conllevan las infecciones del tracto urinario a repetición y fomentar el autocuidado. - Evitar el uso de ropa interior ajustada. - Consumo de agua frecuentemente. - Prevenir y tratar 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar, registrar y reportar signos vitales. • Canalizar acceso venoso si es necesario. • Realizar aseo genital previo a la toma del examen general de orina y cultivo; verificar resultados y reportar. • Realizar examen físico en busca de alteraciones anatómicas y funcionales. • Hidratar al niño o niña según indicación médica si no tolera la vía oral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a los padres o cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Signos y síntomas de las infecciones del tracto urinario. - Complicaciones por IVU a repetición. - Importancia asistir a controles subsecuentes. - Estimular al niño o niña a la toma de líquidos orales abundantes.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>oportunamente el estreñimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar anomalías anatómicas y consultar oportunamente al establecimiento de salud más cercano. - Fomentar el aprendizaje del control de esfínteres. - Importancia de realizar retracción del prepucio durante la higiene genital. - Importancia de procedimiento de circuncisión si está indicado. - Importancia de la higiene vulvar para prevenir y tratar adherencia de labios menores (sinequias vulvares). - Ingerir abundante agua. - Limpieza adecuada genito-anal (en dirección antero posterior). - Importancia de consultar al médico(a) si presenta síntomas de Infección de vías urinarias como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre. ✓ Oliguria. ✓ Dolor y ardor al orinar o supra púbico. ✓ Cambios en el aspecto de la orina. ✓ Enuresis, nicturia. ✓ Náuseas. ✓ Vómitos. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar líquidos orales abundantes si tolera vía oral. • Bajar temperatura con medios físicos (fricción con paños húmedos en agua tibia). • Administrar antipiréticos y analgésicos según indicación médica. • Administrar antibióticos previa indicación médica. • Verificar y reportar efectos secundarios del medicamento. • Cambio de pañal cada vez que sea necesario. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar examen físico en busca de alteraciones anatómicas y funcionales. • Control de signos vitales, registrar y reportar. • Verificar y mantener acceso venoso permeable. • Bajar temperatura por medios físicos (fricción con paños húmedos en agua tibia). • Administrar antipiréticos y analgésicos según indicación médica. • Cumplir medicamentos indicados aplicando los cinco correctos. • Satisfacer necesidades fisiológicas. • Verificar resultado de examen general de orina más cultivo previo a inicio de cumplimiento de antibiótico. • Cuantificar ingresos y egresos de líquidos. • Verificar a las 72 horas, resultado de cultivo de orina y reportarlo. • Recolectar muestra de orina para control con técnica aséptica máxima, una hora que permanezca la bolsa y enviarla inmediatamente a laboratorio. • Asistir al niño o niña en la toma de exámenes de gabinete indicados. • Proporcionar líquidos orales abundantes especialmente agua. • Observar y reportar características de la orina. <ul style="list-style-type: none"> - Color - Olor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados higiénicos para prevenir las IVU a repetición. - No automedicar a niño o niña. - No abusar del uso de antibióticos de venta libre. - Consultar al establecimiento de salud más cercano sobre la aparición de signos y síntomas de I.V.U. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Consistencia - Presencia de sedimento. • Al dar alta a niño o niña, entregar a los padres recetas, referencia, boletas de exámenes y hoja de retorno para el establecimiento de salud más cercano. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	

9. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con fiebre

9.1 Definición

Aumento de la temperatura axilar por arriba de 37.5°C, arriba de 38°C a nivel rectal o timpánica de 38.2°C,

9.2 Clasificación

Fiebre sin signos de localización: enfermedad febril aguda de menos de siete días de duración, en la cual la etiología no es evidente después de una historia y examen físico minucioso.

Fiebre con signos de localización: aumento de la temperatura, acompañado de malestar y cefalea y que es causado por un foco infeccioso evidente.

Fiebre de origen: los criterios clásicos para el diagnóstico de fiebre de origen desconocido (FOD) son: temperatura mayor o igual de 38,3 °C en varias ocasiones, más de tres semanas de duración y ausencia de diagnóstico después de una semana de estudios en el hospital.

9.3 Etiología de la fiebre en general

- Infecciosas.
- Colagenopatías.
- Neoplasias.
- Trastornos endocrino metabólicos o neurológicas.
- Deshidratación.
- Fiebre ficticia.
- Causas indeterminadas

9.4 Manifestaciones clínicas

- Taquicardia (aumento en diez latidos por minuto por cada grado centígrado arriba del promedio para la edad)
- Taquipnea (aumento 2.5 respiraciones por cada grado centígrado arriba del promedio para la edad).
- Cefalea, malestar, calosfríos, mialgias y delirio.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la familia sobre: - Cuando presenta fiebre, bajar temperatura por medios físicos con agua tibia. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y reportar estado general del niño o niña. • Controlar y reportar signos vitales especialmente la temperatura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la familia sobre: - Importancia de vigilar al niño o niña cuando esta con fiebre y el cumplimiento de los

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Importancia y técnica adecuada de aplicación de medios físicos. - No abrigar al niño o niña cuando presente fiebre mayor de 38.5 °C - Promover la inscripción del control de crecimiento y desarrollo en es establecimiento de salud. - Consultar al médico(a) lo más pronto posible. - Identificar signos febriles como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rubor. ✓ Calor. ✓ Escalofríos. ✓ Cianosis. ✓ Frialdad. - Identificar signos y síntomas de infección como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre. ✓ Calosfrío. ✓ Cefalea. ✓ Sudoración. ✓ Náuseas. ✓ Vómitos. ✓ Malestar general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajar la temperatura por medios físicos si es mayor de 38.5°C. • Canalizar un acceso venoso y cumplir líquidos según indicación médica. • Tomar exámenes de laboratorio según indicación médica. • Proporcionar apoyo emocional al cuidador, familia y niño o niña de acuerdo a la edad. • Agilizar el proceso de ingreso si fuera necesario. • Mantener paciente cómodo con ropa fresca. • Proporcionar líquidos orales abundantes. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener al niño o niña cómodo(a) y limpio(a) con ropa fresca. • Tomar signos vitales vigilando curva febril y reportarlos. • Mantener al niño o niña con medios físicos si la temperatura es arriba de 38.5°C. • Administrar acetaminofén vía oral según indicación médica. • Llevar el control de balance hídrico. • Mantener hidratación del niño o niña, con líquidos endovenosos, según indicación médica. • Ofrecer líquidos según este indicado, (tomas frecuentes y en pequeñas cantidades). • Vigilar y reportar signos de deshidratación. • Facilitar la permanencia de la familia durante la hospitalización. • Asistir al niño o niña en la satisfacción de sus necesidades fisiológicas. • Vigilar y reportar estado neurológico. • Mantener la unidad ventilada adecuadamente. • Cuantificar y reportar temperatura cada hora. • Mantener paciente cómodo. • Evitar corrientes de aire. • Asistir a paciente durante la realización de procedimientos. • Evaluar y reportar la presencia de signos como: <ul style="list-style-type: none"> - Exantemas. - Calosfríos. 	<p>medios físicos para bajar la temperatura.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuar con los controles médicos. - Completar el esquema de vacunación. - Fomentar hábitos de higiene. - No abrigar al niño o niña cuando presenta fiebre mayor de 38.5°C. - Consultar al médico(a) de inmediato cuando el niño o niña se enferme.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Cefaleas. - Artralgias. - Mialgias. - Erupciones inespecíficas. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	

10. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con otitis media

10.1 Definición

Proceso inflamatorio exudativo agudo de la mucosa del oído medio, que siempre se adquiere por propagación desde la vía aérea a través de la trompa de Eustaquio.

10.2 Etiología

Bacteriana	Viral
Estreptococo pneumoniae 26-50 %. Haemophilus influenzae 20-25 %. Moraxella catarrhalis 7 – 15 % Streptococcus pyogenes 2 % Staphylococcus aureus 1- 2 % S. epidermidis 1%. Enterobacterias. Pseudomona sp. Mycoplasma pneumoniae	Virus sincitial respiratorio. Rinovirus. Virus de la influenza A Adenovirus

10.3 Manifestaciones clínicas

En niños menores de tres años aparecen síntomas inespecíficos, irritabilidad, fiebre, rechazo de la alimentación, mucosidad nasal, secreción e hiperemia conjuntival, llanto nocturno, convulsión febril. De ellos el más frecuente es la mucosidad nasal, presente en un 90% de los niños con OMA. En niños mayores de tres años los síntomas son más específicos: otalgia, hipoacusia y vértigo.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a padres o cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar bañarse en aguas estancadas (piscinas). - Protección de oídos con gorro protector o tapones. - Observar signos de alarma como: otalgia, fiebre, salida de secreciones, mucosidad nasal, llanto nocturno, mareos, hipoacusia, malestar generalizado, náuseas, vómitos, cefalea, irritabilidad, 	<p style="text-align: center;">Emergencia o consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorear signos vitales cada cuatro horas (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria). • Asistir a paciente durante la exploración del oído. • Identificar signos de alarma. <ul style="list-style-type: none"> - Convulsiones - Salida de secreción ótica. - Sordera - Mareos - Vómito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar bañarse en aguas estancadas: - Importancia de completar el tratamiento indicado. - Asistir a sus controles programados por el médico. - Continuar ejercicios vestibulares hasta mejorar estado del

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>alteración del equilibrio, rechazo a la alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No introducir objetos que puedan dañar la membrana timpánica. - Consultar al médico(a) ante el apareamiento de signos de alarma. - Evitar extraer cuerpos extraños o insectos de los oídos (consultar al médico oportunamente). - Cumplir esquema de vacuna antineumocócica. - Cumplir con controles infantiles según la edad del niño o niña. - Lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida. - Control con odontólogo según necesidad. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia. • Bajar temperatura por medios físicos si mayor de 38.5°C. • Cumplir antipiréticos, analgésicos y antibióticos según indicación médica. • Vigilar estado de conciencia. • Vigilar y reportar salida de secreciones anormales del oído afectado. • Enseñanza de ejercicios vestibulares (muecas, masticar goma, entre otros). • Mantener en reposo relativo. • Vigilar que sea evaluado por otorrinolaringología en caso de presentarse alguna complicación. • Vigilar que se realice prueba de audiometría. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultar al establecimiento más cercano si hubiera signos y síntomas de alarma (sordera, salida de secreciones, fiebre, mareos, vómitos entre otros). - Mantener higiene en oídos. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna.

11. Guía de atención de enfermería en pacientes con faringo amigdalitis aguda

11.1 Definición

Inflamación del tejido amigdalino faríngeo o palatino por proceso infeccioso o alérgico.

11.2 Etiología

Viral y bacteriana; los estreptococos B-hemolíticos del grupo A son las bacterias que con mayor frecuencia producen faringitis, también puede ser de origen estafilocócica

11.3 Manifestaciones clínicas

Tumefacción de las amígdalas enrojecidas y edematosas y puede haber placas blanquecinas, dolor de garganta, dolor al deglutir, fiebre alta, leucocitosis, tos seca y secreciones en la pared posterior de la faringe.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a sus controles de crecimiento y desarrollo. - Higiene de cavidad oral. - Evitar corrientes de aire - Adecuada desinfección de los utensilios. - Evitar compartir utensilios con personas con procesos infecciosos respiratorios. 	<p>Emergencia /consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado general del paciente. • Tomar signos vitales y reportar anormalidades. • Bajar fiebre por medios físicos. • Administrar antipirético según indicación médica. • Valorar estado de hidratación. • Valorar patrón respiratorio. • Tomar exámenes de laboratorio por indicación médica. • Cumplir indicaciones médicas. • Valorar la tolerancia a la vía oral. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador sobre continuar con los cuidados de: <ul style="list-style-type: none"> - Higiene de cavidad oral. - Evitar corrientes de aire. - Adecuada desinfección de los utensilios que utiliza el niño o niña. - Evitar aglomeraciones de personas.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Evitar aglomeraciones de personas. - Mantener ambiente del hogar limpio. - Consultar oportunamente ante signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre ✓ Dolor de garganta ✓ Malestar general ✓ Dificultad para deglutir. 		<ul style="list-style-type: none"> - Mantener ambiente del hogar limpio. - Cumplir con el tratamiento médico. - Ingesta de líquidos orales abundantes. - Consultar oportunamente ante signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre. ✓ Dolor de garganta. ✓ Malestar general. ✓ Dificultad para deglutir. • Dificultad respiratoria

12. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con sinusitis

12.1 Definición

La sinusitis se define como la inflamación de la mucosa de uno o más de los senos paranasales y los síntomas resuelven completamente en menos de treinta días. En la mayoría de los casos se acompaña de inflamación de las fosas nasales, tratándose realmente de una rinosinusitis. Su causa puede ser alérgica, irritativa o infecciosa. El término sinusitis se utiliza habitualmente para las de tipo infeccioso.

12.2 Etiología

Patógenos asociados en sinusitis aguda bacteriana

Organismo	Proporción (%)
Streptococos pneumoniae	25 - 30%
Haemophilus influenzae	15 - 20%

Moraxella catarrhalis	15 - 20%
Estreptococos pyogenes	5%
Organismos no identificados.	30%

12.3 Manifestaciones clínicas

Signos y síntomas en niños y niñas menores de seis años: fiebre, infección respiratoria aguda con más de diez días de duración, obstrucción nasal, rinitis purulenta y tos.

Signos y síntomas en niños y niñas mayores de seis años: secreción nasal purulenta persistente, tos productiva que empeora por la noche, halitosis, obstrucción nasal, descarga mucopurulenta retro faríngea, dolor facial (maxilar o frontal).

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva. - Inscripción precoz a controles de crecimiento y desarrollo infantil. - Identificación de signos u síntomas de la enfermedad. - Esquema de vacunación completa. - Evitar exposición a humo o polvo. - Evitar corrientes de aire. - En caso de reflujo gastroesofágico, mantener con respaldo a 45°. - Mantener higiene mental adecuada. - Evitar traumatismos y cuerpos extraños en cavidad nasal. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general del niño o niña. • Tomar signos vitales. • Identificar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre. - Dificultad respiratoria. - Secreciones nasales. - Rechazo a la alimentación. • Mantener vías aéreas permeables y limpias. • Administrar analgésicos y antibióticos según indicación médica. • Realizar lavados nasales con solución salina normal. • Proteger a niño o niña de cambios climáticos. • Asistir a paciente durante la toma de Rayos X de mentón nasal. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educar al cuidador y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados durante los cambios climáticos. - Evitar las infecciones de vías aéreas (vacunación antigripal). - Prevenir la inhalación de polvos irritantes y exposición a alérgenos. - Esquema de vacunación completa. - Corregir factores pre disponibles como, hipertrofia de adenoides y desviaciones. - Evitar natación durante la recuperación.

13. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con rinitis alérgica

13.1 Definición

Es la inflamación de las mucosas de la nasofaringe, por exposición a algún alérgeno.

13.2 Etiología

Sensibilidad a: polen de las flores, polvo, pelo y caspa de los animales, humo, cambios de humedad y temperatura. El stress psicológico también puede desencadenar rinitis alérgica.

13.3 Manifestaciones clínicas

Estornudos, secreciones nasales claras y acuosas, cefalea frontal, tos, dolor de garganta, malestar general, prurito nasal, mucosa nasal pálida gris o rojo oscura.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a sus controles de crecimiento y desarrollo. - Cumplir con el plan de alimentación según la edad del niño o niña. - Evitar la ingesta de líquidos con colorantes artificiales. - Evitar corrientes de aire. - Evitar aglomeraciones de personas. - Mantener ambiente del hogar limpio. - Evitar contacto con animales. - Evitar tener juguetes de peluche. - Usar detergentes neutros para el lavado de la ropa de uso diaria y de cama. - Evitar uso de almohadas con plumas. - Evitar que el niño o niña visiten sótanos y lugares húmedos. - Evitar bañarse con agua fría o estancada. - El baño debe ser en horas cálidas. - Evitar el uso de lociones fuertes. - Consultar oportunamente ante signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estornudos frecuentes ✓ Obstrucción nasal ✓ Dificultad respiratoria ✓ Rinorrea ✓ Lagrimeo de los ojos ✓ Dolor en senos paranasales ✓ Dolor de cabeza. 	<p style="text-align: center;">Emergencia /consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado general del paciente. • Tomar signos vitales. • Cumplir antihistamínicos indicaciones. • Valorar patrón respiratorio. • Tomar exámenes de laboratorio por indicación médica. • Administrar nebulizaciones según indicación médica. • Administrar gotas de solución salina normal en cavidad nasal según indicación médica. • Orientar al cuidador sobre referencia con el alergólogo y su importancia de cumplir con las citas programadas. • Orientar sobre toma de rayos X de senos paranasales. • Capacitar al cuidador sobre técnica de aplicación de vacuna subcutánea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a la consulta con el alergólogo. - Cumplir con el tratamiento indicado. - Asistir puntualmente a traer sus vacunas. - Transportar las vacunas en recipiente térmico con hielo. - Mantener las vacunas en refrigeración. - Cumplir con la técnica de aplicación de vacuna subcutánea. - Mantener ambiente del hogar limpio. - Consultar oportunamente ante signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obstrucción nasal. ✓ Dificultad respiratoria. ✓ Rinorrea. ✓ Lagrimeo de los ojos. ✓ Dolor en senos paranasales. ✓ Dolor de cabeza. - Cumplir con las medidas preventivas.

14. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con parasitismo intestinal

14.1 Definición

Son infecciones intestinales que pueden producirse por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos o por la penetración de larvas por vía transcutánea desde el suelo.

14.2 Etiología y clasificación

Protozoos		Otros protozoos no patógenos
Giardiasis:	<i>Giardia lamblia</i>	<i>Entamoeba coli</i>
Amebiasis:	<i>Entamoeba histolytica / dispar</i>	<i>Entamoeba hartmanni</i>
Criptosporidiasis	<i>Cryptosporidium hominis</i>	<i>Iodamoeba bütschlii</i>
Blastocitosis	<i>Blastocystis Hominis</i>	<i>Endolimax nana</i>
Balantidiasis	<i>Balantidium Coli</i>	

Helmintos patógenos

Nemathelminths, nematodos o gusanos cilíndricos:	
Oxiuriasis	<i>Enterobius vermicularis</i>
Anquilostomiasis o uncinariasis:	<i>Ancylostoma duodenale</i> , <i>Necator americanus</i>
Estrongiloidiasis:	<i>Strongyloides stercoralis</i>
Tricocefalosis	<i>Trichuris trichiura</i>
Ascariosis:	<i>Ascaris lumbricoides</i>
Plathelminths o cestodos o gusanos planos:	
Himenolepiasis	<i>Hymenolepis nana</i>
Teniasis	<i>Taenia saginata</i> y <i>solium</i>
Cisticercosis	<i>Taenia solium</i>

14.3 Manifestaciones clínicas por tipo de parásitos

Giardiasis	a) Asintomático	b) Giardiasis aguda: diarrea pastosa, líquida o esteatorreica, fétidas, vómitos, náuseas, distensión abdominal con dolor y pérdida de peso.	c) Giardiasis crónica: sintomatología subaguda, signos de malabsorción, desnutrición y anemia.
Amebiasis.	a) Amebiasis asintomática: representa el 90% del total.	b) Amebiasis intestinal invasora aguda o colitis amebiana disintérica: Deposiciones con contenido mucoso, hemático, tenesmo, deposiciones abundantes al principio y casi inexistente posteriormente, dolor abdominal tipo cólico. Pacientes desnutridos o inmunodeprimidos: casos de colitis amebiana fulminante, perforación y formación de amebomas con cuadros de obstrucción intestinal asociados.	c) Amebiasis intestinal invasora crónica o colitis amebiana no disintérica: dolor abdominal tipo cólico con cambio del ritmo intestinal, intercalando periodos de estreñimiento con deposiciones diarreicas, tenesmo leve, sensación de plenitud postprandial, náuseas, distensión abdominal, meteorismo y borborismos.
Criptosporidiasis.	a) Asintomática.	b) Forma intestinal: cuadro autolimitado, frecuente en guarderías y piscinas durante epidemias. Puede ser más prolongado en pacientes con inmunodepresión. Deposiciones diarreicas acuosas con dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos, signos de deshidratación, pérdida de peso.	c) Forma extra intestinal: En inmunodeprimidos (SIDA) con afectación de sistema respiratorio, hepatitis, artritis reactivas y afectación ocular.

Balantidium coli	a) Asintomática.	b) Infección Aguda: Nauseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea mucosa, sanguinolenta o acuosa	Episodios intermitentes y crónicos de diarrea, propagación a ganglios mesentéricos, pleura o hígado (raro), úlceras de intestino e invasión bacteriana secundaria.
Blastocystis hominis	a) Asintomática.	Distensión abdominal, flatulencia, diarrea leve o moderada con leucocitos o sangre en heces, dolor abdominal y nauseas.	
Oxiuriasis	Frecuentemente asintomática. Prurito anal o sensación de cuerpo extraño, invasión genital (vulvovaginitis), despertares nocturnos, sobreinfección secundaria a excoiaciones por rascado, dolor abdominal (menos frecuente).		
Tricocefalosis (Trichuris-trichiura)	Asintomática. En pacientes inmunodeprimidos: dolor cólico y deposiciones diarreicas ocasionales, cuadros disenteriformes y prolapso rectal.		
Ascariidosis	Digestiva: dolor abdominal difuso, meteorismo, vómitos y diarrea. Respiratorio: desde sintomatología inespecífica hasta Síndrome de Löeffler (cuadro respiratorio agudo con fiebre de varios días, tos y expectoración abundante y signos de condensación pulmonar transitoria). Otras: anorexia, malnutrición, obstrucción intestinal, absceso hepático.		
Taenia saginata	Síntomas de tipo irritativa mecánica e inespecífica: meteorismo, nauseas, dolor abdominal, etc. Puede ocurrir salida de proglótides a nivel anal con molestia y prurito perineal, así como la observación del deslizamiento de las mismas dejando un líquido lechoso muy pruriginoso y muy rico en huevos.		
Cisticercosis (Taenia solium)	Neurocisticercosis: epilepsia de aparición tardía, cefalea y signos de HIC, síndrome psicótico, meningitis aséptica, síndrome de los pares craneales, síndrome medular. Nódulos subcutáneos y musculares blandos y no dolorosos. Afectación oftálmica: generalmente unilateral. Si la larva muere, puede producir importante reacción inflamatoria y provocar importante reacción uveal, desprendimiento de retina y ceguera.		
Absceso hepático amebiano	Malestar general, fiebre, escalofrío, dolor en hipocondrio derecho que puede irradiarse a hombro, epigastrio y espalda, hepatomegalia, nausea, vómito, diarrea, cólico.		

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la población sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Manipulación, uso de letrina y disposición final de los papeles. - Práctica correcta de higiene personal, sobre todo lavado de manos, las veces necesarias. - Uso de agua segura (ebullición o cloración). - Preparación, manipulación, buena conservación y protección de los alimentos. - Evitar consumir alimentos crudos con excepción de frutas y verduras que pueden lavarse, pelarse y manejarse en forma higiénica. - Divulgación de medidas de prevención y evitar consumo de alimentos de dudosa procedencia. - Uso del calzado. • Coordinar con inspector de saneamiento o promotor(a) de salud, para promocionar acciones de saneamiento básico. • Coordinar acciones de desparasitación con instituciones escolares. • Efectuarse análisis periódico de exámenes de heces. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa o emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recolectar muestra de heces y envío de ésta al laboratorio. • Tomar exámenes indicados. • Administrar y orientar cumplimiento de tratamiento médico. • Notificar el caso e realizar intervenciones preventivas. (individuales, familiares y comunitarias). • Referencia al 2º nivel de atención en caso de dolor abdominal agudo. • Visita domiciliar por episodios a repetición. • Coordinar con inspector de saneamiento o promotor(a) de salud para el control de medidas de saneamiento básico. • Referencia si es necesario en cuidados específicos a pacientes de cirugía en caso de obstrucciones intestinales. • Dar seguimiento a referencia, para continuar atención en el primer nivel. • Identificar signos de obstrucción intestinal. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a niño/niña, cuidador y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de continuar practicando los buenos hábitos de higiene y consumo de agua segura. - Uso de calzado. - Cumplir controles y tratamiento médico. - Efectuarse análisis en heces después de finalizado el tratamiento. - Hacer uso correcto y permanente de letrina. - Mantener higiene ambiental adecuada. - Importancia del consumo de dieta nutritiva, para su recuperación. • Seguimiento en instituciones escolares sobre acciones de desparasitación.

15. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con desnutrición

15.1 Definición

La desnutrición es la falta del aporte adecuado de alimentos nutritivos o la carencia de los mismos, que se requieren para el buen funcionamiento del organismo. Estado consecutivo a un desequilibrio negativo entre el aporte alimentario y las necesidades calóricas, vitamínicas o minerales del organismo.

15.2 Etiología

Malnutrición, alteraciones fisiológicas en la digestión, absorción y utilización de nutrientes, alteraciones metabólicas secundarias a otras patologías, condición socioeconómica baja.

15.3 Clasificación

Marasmo: es un tipo de desnutrición por deficiencia energética, acompañada de resultado de un déficit calórico total. Un niño con marasmo tiene una apariencia de delgadez extrema, su peso corporal puede reducirse hasta menos del 80% de su peso normal para su altura.

Kwashiorkor: se caracteriza por un insuficiente aporte de proteínas, afecta a los niños entre los 6 meses y los 3 años cuando los niños dejan la lactancia natural. Presentan: fatiga, anemia y delgadez. Su vientre y sus pies están hinchados, aparecen trastornos digestivos, de la piel y su color de pelo se aclara.

15.4 manifestaciones clínicas

Retardo en el crecimiento, bajo peso, piel seca, edema, fascies abotagadas, infecciones a repetición. En casos severos: deshidratación, alteraciones electrolíticas, acidosis metabólica, hipoglicemia, hipotermia, anemia severa.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación a la embarazada sobre:: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción prenatal precoz. - Alimentación y nutrición tomando en cuenta su disponibilidad. - Importancia de la lactancia materna. - Promover la inscripción precoz de recién nacido(a) en controles de crecimiento y desarrollo. - Alimentación del niño o niña, según guía de educación nutricional. - Asistencia a controles subsecuentes. - Lactancia materna. • Visitas domiciliarias tomando en cuenta el riesgo nutricional. • Vacunación según edad y esquema nacional de vacunación. • Monitoreo y control del peso. • Administración de micronutrientes a toda mujer en edad fértil que se presente a los establecimientos de salud. • Información, educación y comunicación del riesgo de embarazos en adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar peso y talla. • Determinar el estado nutricional del niño o niña al nacer. • Promover lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los primeros 6 meses. • Brindar educación nutricional con énfasis en alimentación del niño o niña según edad, inscripción precoz de recién nacido(a) en controles de crecimiento y desarrollo. • Determinar el desarrollo psicomotor del niño o niña. • Vigilancia del estado nutricional. • Administración de micronutrientes. • Referencia al nutricionista o médico(a), para su evaluación correspondiente, según necesidad. • Coordinar con promotor o colaboradora de nutrición para vigilar su estado nutricional. • Realizar visita familiar de acuerdo a riesgo nutricional. • Referir al 2º nivel de atención los casos de desnutrición avanzada. • Verificar esquema de inmunizaciones. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación a la madre y al grupo familiar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del control médico. - Importancia de la alimentación nutricional. - Referencia a fisioterapia y estimulación del desarrollo psicomotor del niño o niña. - Importancia de inmunizaciones. • Visita domiciliar para seguimiento. • Monitoreo mensual del peso. • Demostración de preparación de alimentos a base de soya.

16. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con obesidad

16.1 Definición

Es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible, la cual se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo. La OMS define como obesidad cuando el IMC (índice de masa corporal, cociente entre la estatura y el peso de un individuo al cuadrado) es igual o superior a 30kg/m².

16.2 Etiología

La mayoría de los casos de obesidad son de origen multifactorial. Se reconocen factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales. Sin embargo, la obesidad exógena o por sobrealimentación constituye la principal causa. Entre los factores ambientales destacan tanto el

aumento de la ingesta de alimento como la reducción de la actividad física. Los trastornos psicológicos provocados por el mundo moderno, así como el sedentarismo y estilo de vida. (Juegos de video).

16.3 Clasificación

Según American Heart Association			
	GRADO	IMC	RIESGO
Clase 0	normal	20 - 24.9	Muy bajo
Clase I	obesidad leve	25 - 29.9	Bajo
Clase II	obesidad moderada	30 - 34.9	Moderado
Clase III	obesidad severa	35 - 39.9	Alto
Clase IV	obesidad mórbida	>40	Muy alto

16.4 Manifestaciones clínicas

IMC > de 30, disminución de la capacidad respiratoria, dolor óseo y articular (arqueamiento de las piernas, destrucción de las caderas), hipertensión arterial, acumulo de grasa a nivel abdominal, digestión lenta, regurgitaciones, meteorismo, hipercolesterolemia, anomalías de la menstruación en adolescentes e incluso padecer patología ovárica como la presencia de quistes en niñas. Episodios de asma, dificultad para dormir bien, que se deriva de los ronquidos y despertares frecuentes. Esto a su vez da lugar a la presencia de somnolencia diurna, que puede reducir el rendimiento escolar, aislamiento, depresión y ansiedad derivados de las burlas de sus compañeros, o la dificultad para rendir en los deportes y juegos. Cuadros a nivel neurológico que llegan a simular tumores cerebrales por aumento de la presión intracraneal entre otros.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de dieta balanceada. - Lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida. - Dar un desayuno saludable antes de acudir a la escuela. - Dar refrigerios saludables. - Evitar alimentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grasos. ✓ Comida rápida y chatarra. ✓ Procesados ✓ Bebidas carbonatadas ✓ Refrescos azucarados. ✓ Dulces. ✓ Exceso de carbohidratos. • Cumplir con sus horarios de comida, tres comidas y dos refrigerios. • Reducir el tiempo de inactividad (televisión y computadora). • Controlar peso del niño o niña periódicamente. • Evitar someter al niño o niña a estrés. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado general del paciente y reportar al médico(a) para su intervención. • Tomar signos vitales y reportar anormalidades. • Control de peso y talla, y reportar anormalidades. • Tomar exámenes de laboratorio. • Orientar sobre interconsulta con nutriólogo, endocrinólogo y psicólogo. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir la dieta estrictamente. - Participación de la familia en el tratamiento dietético. - Aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos. - Reducir la ingesta de azúcares. - Tomar suficiente agua. - Cumplir con un régimen sistemático de ejercicios. - Asistir a sus controles con especialistas. - Realizar las pruebas sanguíneas indicadas. • Consultar oportunamente ante signos de alarma : <ul style="list-style-type: none"> - Mareos. - Sudoración. - Frialidad.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Practicar ejercicio físico o algún deporte sistemáticamente. • Consultar oportunamente con nutriólogo • Proporcionar apoyo emocional al niño o niña. • Uso de ropa cómoda. • Dormir con respaldo. 		<ul style="list-style-type: none"> - Confusión mental. - Dolor de cabeza. - Cansancio. • Practicar disciplina, perseverancia, esfuerzo y tiempo para llevar a cabo los cambios permanentes en el estilo de vida.

17. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con varicela

17.1 Definición

Es una enfermedad exantemática febril aguda de la infancia, pero puede manifestarse a cualquier edad, su gravedad también se relaciona con el aumento de la edad, a pesar de tener carácter auto limitado, provoca cuatro tipos de infecciones: primarias, secundarias, latentes, y recurrentes, además se asocia a complicaciones graves entre ellas las sobreinfecciones bacterianas.

17.2 Etiología o clasificación

El herpes virus humano neurotrópico, varicela-zoster.

17.3 Manifestaciones clínicas

El periodo de incubación de la enfermedad puede ser de catorce a dieciséis días y oscilar entre diez y veintiún días. Se caracteriza por presentar: fiebre, malestar general, anorexia, cefalea y en ocasiones dolor abdominal leve, veinticuatro - cuarenta y ocho horas antes de iniciar el exantema. La fiebre, suele ser moderada, pero en algunas ocasiones puede llegar a 41°C. Los síntomas generales persisten de dos a cuatro días después del comienzo del exantema. La lesión inicial, consiste en máculas eritematosas, muy pruriginosas, que se convierten en pápulas, después en vesículas llenas de líquido claro, cuyo enturbiamiento y umbilicación comienza a las veinticuatro a cuarenta y ocho horas, luego pasando a la fase de costras.

Su distribución habitual es predominantemente central, apareciendo primero en cuero cabelludo, cara, o tronco, luego extremidades.

Una de las características principales de la varicela es que se pueden encontrar lesiones de manera simultánea en varias fases

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Forma de transmisión de la enfermedad (por contacto directo, aire y gotas). - Necesidad de aislamiento y prevenir infecciones secundarias. - Evitar el contacto 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y reportar el estado general del niño o niña. • Aislar al niño o niña al conocer el posible diagnóstico de varicela. • Controlar los signos vitales cada 4 horas o según estado del paciente. • Canalizar acceso venoso y administrar líquidos si están indicados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a la escuela hasta que las costras estén secas. - Completar tratamiento médico. - No auto medicar.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>intencionado con personas enfermas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riesgos de contagio en el embarazo. - Vacuna para prevenir la enfermedad. - Importancia de asistir a controles infantiles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar antipiréticos y anti pruriginosos a la hora exacta si están indicados. • Colocar bata y mascarilla al niño o niña para trasladarlo. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y reportar el estado general del niño o niña. • Recibir al niño o niña en exclusiva de aislamiento. • Controlar signos vitales y reportar alteraciones. • Evaluar escala de Glasgow cada seis horas. • Administrar antipiréticos, anti histamínicos, antivirales y antibióticos indicados. • Bajar temperatura por medios físicos (paños tibios o baños con agua tibia). • Proporcionar dieta y líquidos orales, reportar y registrar tolerancia. • Evaluar estado de hidratación (estado de mucosas, piel, presencia de lágrimas, diuresis). • Valorar lesiones dérmicas y reportar signos de infección. • Valorar lesiones en ojos, oídos, nariz, garganta y genitales, reportar alteraciones. • Utilizar barreras de protección personal; bata, guantes, mascarilla. • Proporcionar apoyo emocional al niño o niña y familia. • Orientar sobre la importancia del aislamiento. • Proporcionar asistencia en los cuidados de higiene. • Bañar niño o niña, cada día con jabón suave y evitar frotar la piel. • Lavar cuero cabelludo con cuidado y revisar estado de lesiones. • Cuidar piel y mucosas oral y genital. • Mantener uñas cortas y limpias. • Cambiar ropa diariamente. • Aplicar medidas de asepsia y antisepsia en los procedimientos. • Vigilar y reportar el apareamiento de complicaciones neurológicas y respiratorias. • Vigilar que el personal y cuidadoras 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar signos de alarma: cefalea, dolor de cuello, fiebre, náuseas, vómitos, ataxia. - Importancia de asistir a su control médico. - Consultar al médico(a) ante la presencia de cualquier signo de alarma, (irritabilidad, letargo). - Continuar esquema de vacunación. - Ingesta de dieta adecuada a su edad. - Asistir a control infantil. - Cuidados de higiene. - Prevención de accidentes. - Limpieza adecuada de piel y mucosas.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	embarazadas, no tengan contacto con el niño o niña. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna.	

18. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con diarrea y deshidratación

18.1 Definición

De acuerdo a OPS/OMS se considera diarrea aguda a la presencia de deposiciones líquidas o acuosas, generalmente en número mayor de tres en veinticuatro horas, pudiendo acompañarse de fiebre o vómitos y su duración debe ser menor a catorce días.

18.2 Etiología

Dentro de las etiologías infecciosas de acuerdo a los datos aportados por OPS/ OMS entre el 85 y 90% de estas son de etiología viral.

Agentes etiológicos más frecuentes de diarrea infecciosa		
Bacteriana	Viral	Parasitaria
Escherichia coli Shigella Salmonellas Yersinia enterocolitica Campylobacter Vibrio cholerae Clostridium difficile	Rotavirus Adenovirus entérico (serotipo 40-41) Virus Norwalk Astrovirus Calicivirus Coronavirus Parvovirus Norovirus	Cryptosporidium sp Giardia intestinalis (lamblia) Entamoeba histolytica Blastocystis hominis Coccidios: Isospora belli, Sarcocystis hominis

18.3 Clasificación

Los parámetros asociados con el grado de deshidratación se describen en la siguiente tabla, tomando en cuenta la posibilidad de interconsulta al personal de Ecos especializado u Hospitales de segundo nivel.

18.4 Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico de las diarreas de origen viral suele estar precedido por el apareamiento de vómitos, una vez instalado el cuadro diarreico, este se caracteriza por evacuaciones líquidas abundantes, sin moco ni sangre, suele también encontrarse eritema en el área perianal. En el cuadro clínico de las diarreas de etiología bacteriana se encuentran en pocas ocasiones vómitos, las evacuaciones no suelen ser tan voluminosas como las provocadas por virus y suelen acompañarse de moco y/o sangre. Puede existir también dolor abdominal intermitente. La diarrea parasitaria se aborda en otro tema.

Manifestaciones clínicas progresivas de aumento en la severidad de la deshidratación				
Escenario	Puntos de revisión clínica	Deshidratación clínicamente no detectable (GEA sin deshidratación)	Deshidratación clínica (gea con deshidratación con 2 o más flechas rojas)	Choque clínico (GEA deshidratación severa: con uno o más flechas rojas)
Sintomas a distancia (interconsulta no presencial)	1. Apariencia	"Se ve bien"	"Se ve en mal"	"Estado deteriorado"
	2. Estado de conciencia	Alerta y responde espontáneamente	Alteración de la capacidad de respuesta (Irritable, responde a la voz por su nombre)	Disminución del nivel de conciencia, letárgica o inconsciencia hasta no respuesta
	3. Micción	Normal de la producción de orina (2 -4 cc/kg/hora)	Disminución del gasto urinario bajo el valor basal normal	No micción en las últimas 6 horas
	4. Piel	Color de la piel sin cambios	Color de la piel sin cambios	Piel pálida o moteada
	5. T° de extremidades	Normales o calientes	Normales o calientes	Frialdad distal
Sintomas en el consultorio (a las anteriores se agregan)	6. Párpado inferior.	Ojos no hundidos	Ojos hundidos	Ojos hundidos
	7. Mucosas y sed.	Membranas mucosas húmedas (excepto después de una bebida), no hay sed.	Membranas mucosas secas y bebe ávidamente o con sed	Membranas mucosas secas, no puede beber
	8. Frecuencia cardíaca.	Normal para la edad	Taquicardia	Taquicardia
	9. Frecuencia respiratoria	Patrón de respiración normal para la edad	Taquipnea	Taquipnea
	10. Pulsos	Pulsos periféricos normales	Pulsos periféricos normales	Pulsos periféricos Débiles
	11. Circulación	Llenado capilar normal (menor de 2 segundos)	Llenado capilar normal (menor de 2 segundos)	Prolongación del tiempo de llenado capilar (mayor de 2 segundos)
	12. Piel y signo del pliegue cutáneo	Turgencia de la piel normal y no signo del pliegue	Reducción de la turgencia de la piel y signo del pliegue positivo (se retrae lentamente menor de 2 segundos)	Reducción de la turgencia de la piel y signo del pliegue positivo (se retrae muy lentamente mayor de 2 segundos)
	13. Presión arterial	Normal para la edad	Normal para la edad	Hipotensión (Bajo el Percentil 5 del valor de PA para la edad) =choque Hipotensivo

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la población sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de agua potable, purificada o tratada. - Cumplir medidas de saneamiento básico. - Lavado de manos y recorte de uñas. - Disposición adecuada de excretas. - Uso correcto de letrinas. - Higiene personal y ambiental. - Disposición correcta de la basura. - Conservación, manipulación, preparación y consumo de alimentos en forma adecuada. - Práctica adecuada de lactancia materna y destete. - Importancia de Inmunizaciones y control infantil. - Evitar el consumo de alimentos de dudosa procedencia. - No automedicar al niño o niña. - Realizar visita domiciliar por episodios de diarrea a repetición. - Promover la ingesta de suero oral. - Evitar las etnoprácticas nocivas a la salud. - Educar a padres de la importancia de acudir a establecimientos de salud cuando el niño o niña, inicie con diarrea. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general del niño o niña. • Tomar signos vitales, registrar y reportar. • Pesar al niño o niña y registrar en expediente clínico. • Proporcionar oxigenoterapia si hay deterioro respiratorio. • Identificar signos y síntomas de deshidratación. • Cumplir directrices establecidas para casos de niños(as) con o sin deshidratación. • Proporcionar sales de rehidratación oral si tolera la vía oral. • Continuar con lactancia materna si el niño o niña es lactante. • Canalizar acceso venoso y tomar muestras sanguíneas para exámenes de laboratorio según indicación médica. • Cumplir líquidos endovenosos indicados. • Asistir a pacientes en procedimientos especiales, colocación de sondas, catéteres y tubos si es necesario. • Control de ingresos y egresos de líquidos corporales. • Verificar diuresis horaria. • Vigilar el estado de conciencia. • Mantener nada por boca si no tolera la vía oral. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general del niño o niña. • Monitoreo de signos vitales, registrarlos y reportarlos. • Control y registro de peso del niño o niña en kilogramos. • Proporcionar oxigenoterapia si hay deterioro respiratorio. • Identificar y reportar signos y síntomas de deshidratación. • Continuar con lactancia materna si lo tolera. • Proporcionar dieta libre de jugos de frutas, bebidas carbonatadas e hiperosmóticas. • Verificar permeabilidad de acceso venoso. • Administrar líquidos endovenosos indicados. • Tomar exámenes de laboratorio. • Asistir a pacientes en procedimientos especiales. • Control de ingresos y egresos corporales. • Verificar diuresis horaria y reportar alteraciones o anuria de seis horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir al control médico. - Mantener la rehidratación oral. - Educar a los padres o cuidadores sobre signos de deshidratación. - Importancia de cumplir tratamiento. - Mejorar y recuperar el estado nutricional con ingesta de dieta adecuada. - Educar sobre la preparación del suero oral casero. • Reponer los líquidos eliminados por las heces, a base de sopas, refrescos naturales, atoles y suero oral. • Entregar hoja de referencia, retorno e interconsulta. • Coordinar con promotor(a) de salud o inspector de saneamiento para el control de medidas de saneamiento básico. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. • Indicar a la madre sobre la importancia del control en cinco días. • Poco a poco incorporar comidas de fácil digestión, escasas y frecuentes hasta volver a la dieta habitual. • Si la diarrea es moderada, el agua y las sales perdidas se pueden reponer alternando a lo largo del día sorbos de las siguientes bebidas: un vaso de jugo de naranja o manzana con media cucharadita de miel y una pizca de sal y el otro vaso con agua hervida y un cuarto de cucharadita de bicarbonato sódico.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de conciencia, registrar y reportar alteraciones. • Mantener nada por boca si no tolera la vía oral. • Cuidados de la piel y mucosas. • Vigilar, registrar y reportar características de evacuaciones y vómitos. • Practicar los cinco momentos de la higiene de manos. • Proporcionar apoyo emocional a los padres. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene personal con énfasis en el lavado de manos. • Preparación y protección de alimentos. • Lactancia materna exclusiva y con mayor frecuencia en niños y niñas menores de seis meses.

19. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con hepatitis viral

19.1 Definición

Es la inflamación del hígado por un período menor de doce semanas, que puede aparecer como consecuencia de la exposición a un agente infeccioso siendo los virus los más frecuentes.

19.2 Etiología

Se reconocen los siguientes virus:

Virus A es RNA, es un enterovirus tipo 72 y pertenece al grupo picornavirus.

Virus B es DNA pertenece a la familia de los hepadnavirus.

Virus C es RNA de cadena única pertenece a la familia flaviridae

Virus D constituido por fragmentos RNA y un antígeno proteico delta.

Virus E también llamado epidémico (RNA) estructuralmente similar a los calicivirus

Virus G es RNA pertenece a la familia flaviviridae.

Todos siendo un grupo heterogéneo producen una enfermedad similar.

Hepatitis A: hacinamiento, falta de higiene personal, contacto doméstico con portadores del virus de hepatitis A, pacientes en centros de cuidados crónicos, guarderías, escuelas, instituciones militares, reclusorios y establecimientos de salud.

Hepatitis B: drogadicción, promiscuidad sexual, personal de salud, receptores de hemodiálisis, pacientes con trastorno del desarrollo, pacientes que requieren transfusiones sanguíneas, madre infectada con virus de hepatitis B.

Hepatitis C: niños con hemofilia, talasemia, con diálisis renal, supervivientes de cáncer, niños que han recibido trasplantes de órganos sólidos, niños institucionalizados, madre infectada con virus de hepatitis B o C.

Hepatitis D: presencia del virus de la hepatitis B o C.

Hepatitis E: pobre saneamiento ambiental, uso de agua contaminada, exposición de susceptibles a infectados.

Hepatitis G: uso de drogas ilícitas, hemodiálisis, homosexualidad y bisexualidad.

19.3 Manifestaciones clínicas

Ictericia, coluria, acolia o hipocolia, hepatomegalia, en ocasiones se acompaña de esplenomegalia y otras manifestaciones como fiebre, malestar general, dolor abdominal, náuseas, vómitos, además de alteración de pruebas de función hepática.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar cuidador(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Patología y forma de transmisión - Medidas higiénicas. - Lavado de manos las veces necesarias. - Cocinar bien los alimentos y mantenerlos protegidos. - Tomar agua potable o hervida. - Adecuada disposición de basuras y excretas. - Desinfección de los fómites. - Inmunización contra la Hepatitis • Charlas preventivas sobre la enfermedad en escuelas, guarderías, instituciones militares y parvularias. • Notificación de casos a epidemiología. • Investigación de contactos e intervenciones epidemiológicas según RIISS • Proveer de inmunización a los niños y niñas receptores de transfusiones frecuentes. • Evitar la automedicación. • Cumplir inmunoglobulina dentro de los primeros siete días de la exposición (en caso de la hepatitis A). • Orientar sobre imposibilidad de ser donador de sangre posterior al contacto con el virus de la hepatitis A o B. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubicar al paciente en camilla con barandales. • Tomar y registrar signos vitales, reportando cambios. • Cumplir medicamentos según indicación médica. • Tomar exámenes indicados y reportarlos. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales, reportando cambios. • Manejo adecuado de la ropa sucia y pañales desechables. • Vigilar y reportar presencia de náuseas y vómitos. • Bajar temperatura por medios físicos. • Vigilar y reportar estado de hidratación. • Administrar dieta según indicación médica. (restricción de grasa). • Administrar medicamentos orales o endovenosos según indicación. • Tomar y reportar exámenes. • Mantener respaldo a 45°. • Mantener al paciente en decúbito lateral (posición de descanso). • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> • Estado de conciencia. • Cambios de conducta. • Asistir necesidades fisiológicas. • Proporcionar un ambiente confortable y libre de riesgo. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a padres sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del tratamiento. - Asistencia a controles subsecuentes. - Cuidados higiénicos • Tomar suficientes líquidos orales y consumir miel de abejas. • Medidas de aislamiento y manejo de excretas. • Lavado frecuente de manos. • Consumir dieta hipocalórica, hipo proteica baja en grasas. • Bajar temperatura por medios físicos. • Mantener reposo.

20. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con salmonelosis y fiebre tifoidea

20.1 Definición

Fiebre tifoidea (fiebre entérica) es una enfermedad aguda febril generalizada, que compromete el sistema retículo endotelial, el tejido linfoide intestinal y que se presenta únicamente en el hombre el cual es el único reservorio conocido. Puede afectar cualquier órgano de la economía.

20.2 Etiología

Los principales agentes etiológicos corresponden a *Salmonella typhi*, *Salmonella paratyphi*, *Salmonella typhimurium* y *Salmonella enteritidis*. Las salmonellas son bacilos gramnegativos pertenecientes a la familia enterobacteriaceae, flagelados, no encapsulados, no esporulados, aerobios y anaerobios facultativos, distinguiéndose del resto de las entero bacterias por reacciones de aglutinación y bioquímicas. En su superficie poseen un antígeno somático O y un flagelar H (O componente lipopolisacárido de la pared celular y H proteínas) y los antígenos termolábiles de la cubierta (Vi).

20.3 Clasificación

Puede dar dos tipos de cuadros fundamentales: salmonelosis no tifoidea y fiebre tifoidea.

Salmonelosis no tifoidea

Es una infección de origen alimentario por *Salmonella sp*, es una de las causa más importantes de intoxicación alimentaria o de gastroenteritis en seres humanos.

Fiebre tifoidea (fiebre entérica)

Es una enfermedad aguda febril generalizada, que compromete el sistema retículo endotelial, el tejido linfoide intestinal y que se presenta únicamente en el hombre quien a la vez es el único reservorio conocido. Se propaga a través de alimentos y agua contaminada o por contacto directo de una persona infectada.

20.4 Manifestaciones clínicas

Periodo de transmisibilidad desde la primera semana hasta el final de la convalecencia, coincide con la persistencia de bacilos en las heces.

Aproximadamente el 10% de los pacientes eliminarán bacilos durante tres meses después del inicio de los síntomas y el 2 al 5% serán portadores crónicos (eliminan salmonella por un periodo mayor de un año).

La enfermedad es más frecuente en escolares y adultos jóvenes manifestándose con síntomas generales como fiebre prolongada de más de cinco días de evolución (95 a 100% de los casos) de predominio vespertino, ascendente, progresivo hasta alcanzar temperaturas entre 39 °C y 40 °C.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Práctica del lavado de manos. - Higiene personal. - Tomar agua potable hervida. - Cocinar bien los alimentos. - Lavar rigurosamente las frutas y verduras. - Adecuada disposición de excretas. • No consumir alimentos de la calle o de dudosa procedencia. • No automedicarse. • Consultar inmediatamente a UCSF. 	<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. • Identificar signos de deshidratación. • Canalizar acceso venoso periférico. • Extraer muestras de laboratorio clínico. • Vigilar el estado abdominal. • Proporcionar sales de rehidratación oral, (si tolera la vía oral). • Cumplir indicaciones médicas y soluciones parenterales endovenosas. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a los padres sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos del niño o niña y familia. - Cambió frecuente de pañal. - Ofrecer líquidos según indicación (tomas frecuentes y en pequeñas cantidades). - Vigilar signos de deshidratación y reportar. • Pesar al niño/ niña diariamente. • Tomar signos vitales y llevar balance hídrico. • Colocar medios físicos si presenta fiebre igual o mayor a 38.5 °. • Cumplir antipirético según indicación médica. • Realizar cuidados de piel: <ul style="list-style-type: none"> - Limpiar glúteos con agua y jabón no alcalino. - Aplicar pomadas protectoras de la piel. - Exponer al aire la piel afectada siempre que sea posible. • Permitir las visitas de la familia y su participación en la atención siempre que sea posible. • Verificar el número de evacuaciones y su consistencia. • Proporcionar una dieta blanda sin irritante. • Cumplir antibióticos según indicación médica. • Administrar analgésicos según indicación. • Vigilar y reportar el estado abdominal. • Depositar la ropa y pañales desechables en bolsa roja. • Identificar signos de alarma. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar cuidador y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de higiene, con énfasis al lavado de manos. - Manipulación de alimentos correctamente. - Asistir a controles médicos. - Continuar con el tratamiento médico proporcionado.

21. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con neumonía

21.1 Definición

Se define clínicamente por la presencia de dificultad respiratoria, fiebre, y tos, debido a una infección del parénquima pulmonar; que incluye infección de los alveolos, bronquios y bronquiolos terminales.

21.2 Etiología

1 a 3 meses	3 meses a 5 años	Mayor de 5 años
Virus respiratorios	Virus respiratorios	Mycoplasma pneumoniae
Estreptococo B	S.pneumoniae	S. pneumoniae
Chlamidia trachomatis	Haemophilus influenza tipo b	Corynebacterium pneumoniae
Entero bacterias	H. influenzae no tipificable	Virus
Staphilococcus aureus	M.pneumoniae	H Influenza NT
Bordetella pertussis	C.pneumoniae	Coxiella burnetti
Listeria monocytogenes	Moraxella catharralis	M. tuberculosis
Haemophilus influenza tipo B	S.aureus	Legionella pneumoniae
	M.tuberculosis	

21.3 Clasificación de signos y síntomas de acuerdo a la etiología más probable

	Viral	Bacteriana	Mycoplasma
Edad más frecuente	< 3 años	Todas	>5 años
Inicio de la fiebre	Variable (<38.5°C)	Brusca, elevada (usualmente >38.5°C)	Insidioso, febrícula
Taquipnea	Común	Común	Rara
Otros síntomas	Rinorrea, exantema	OMA, dolor de abdomen,	Faringitis
Auscultación	Roncus, sibilancias	Subcrepitantes	Normal, sibilancias
Diferencial de Leucograma	Variable, linfocitosis	Leucocitosis, neutrofilia	Normal, variable
Patrón radiológico	Intersticial, difuso	Consolidación	Variable
Derrame	Raro	Frecuente	Raro

21.4 Manifestaciones clínicas

Inicialmente el cuadro se puede presentar con: fiebre, anorexia, vómitos, compromiso del estado general, tos y taquipnea, y de acuerdo a su evolución puede presentar aleteo nasal, tirajes intercostales, subcostales, supra esternales, retracción xifoidea, cianosis, saturación de oxígeno menor del 94%, como manifestaciones más graves. Al examen físico se pueden encontrar signos de consolidación pulmonar y a la palpación expansión costal disminuida.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria a cuidador, paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar el hacinamiento. - Evitar cambios bruscos de temperatura. - Evitar el contacto con humo y polvo. - Importancia de lactancia materna exclusiva según edad. - Cumplir con sus controles infantiles y esquema de vacunación. - Recibir atención médica oportuna. - Evitar la automedicación. - Evitar el contacto con personas con problemas catarrales. - Suspender la asistencia a clases mientras se mantenga con procesos gripales. 	<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y reportar estado general del niño o niña. • Controlar y reportar signos vitales. • Mantener nada por boca si hay dificultad respiratoria. • Mantener con respaldo a 45 °. • Vigilar y reportar características de la respiración. • Aspirar secreciones según necesidad. • Tomar oximetría de pulso. • Administrar oxígeno humidificado (si es necesario) saturación O₂ < 92% con dificultad respiratoria • Bajar la temperatura por medios físicos si es mayor de 38.5°C. • Canalizar un acceso venoso y cumplir líquidos según indicación médica. • Tomar exámenes de laboratorio según indicación médica. • Evaluar estado de conciencia, letargia, sopor e irritabilidad. • Proporcionar apoyo emocional a la familia y al niño o niña de acuerdo a la edad. • Dar orientación adecuada y oportuna a la familia. • Mantener paciente cómodo con ropa fresca. <p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y oximetría de pulso reportar alteraciones. • Tomar temperatura cada 4 horas si es mayor de 38°C. • Identificar signos de deterioro respiratorio (disnea, alateo nasal, tiraje intercostal y cianosis). • Mantener mucosa nasal y oral limpia. • Mantener vías aéreas permeables. • Administrar oxígeno humidificado (si es necesario) saturación O₂ < 92% con dificultad respiratoria. • Administrar líquidos endovenosos de mantenimiento según indicación médica. • Aspirar secreciones si es necesario. • Mantener nada por boca si hay dificultad respiratoria. • Llevar control de balance hídrico por turno. • Tomar exámenes de control según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a cuidador y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de completar tratamiento médico indicado. - Tolerancia de ejercicio y evitar esfuerzo excesivo. - Vigilar signos de alarma: cansancio, fiebre, tos excesiva, dolor en tórax. - Asistir a establecimiento de salud más cercano en caso de emergencia. - Evitar contacto con corrientes de aire. - Evitar el consumo de bebidas que contengan colorante y químicos.

22. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con purpura trombocitopénica idiopática PTI

22.1 Definición

La PTI es una trombocitopenia menor de $100 \times 10^3/\mu\text{L}$ mediada de forma inmune y caracterizada por manifestaciones clínicas de hemorragias en casos con niveles de plaquetas menores de $30 \times 10^3/\mu\text{L}$. Es primaria (idiopática) cuando no se identifica una etiología desencadenante; y si existe una etiología

identificada se clasifica como secundaria. Según la evolución se clasifica en: persistente (tres a doce meses) y crónica (mayor de 12 meses).

22.2 Etiología

La PTI secundaria a fármacos puede ser debida a carbamazepina, fenitoína, ácido valpróico, trimetoprim / sulfametoxazol, vancomicina y heparina. Otras causas son lupus eritematoso sistémico y síndrome anti fosfolípido.

22.3 Manifestaciones clínicas

El caso típico de PTI primaria sintomática se caracteriza por el apareamiento repentino de petequias, equimosis o sangrado mucocutáneo en un niño previamente sano, frecuentemente después de una infección viral, la historia no muestra signos sistémicos como fiebre, pérdida de peso o dolor óseo, a pesar del sangrado mucocutáneo los pacientes se ven bien. No hay presencia de linfadenopatías o hepatomegalia. Si uno o más de estos hallazgos se presentan, se debe considerar fuertemente otro diagnóstico.

Un riesgo aumentado de PTI se asocia con la vacuna triple viral (sarampión, paperas y rubéola), la cual cuenta quizás con un 50% de todos los casos de PTI durante el segundo año de vida. Esta forma de PTI tiende a ser transitoria y raramente con sangrado severo.

La severidad del sangrado en la PTI es proporcional al grado de trombocitopenia. Los niños con plaquetas mayores de $30 \times 10^3/\mu\text{L}$ usualmente tienen pocos o ningún síntoma, y no requieren tratamiento. Los sangrados severos que requieran transfusión son raros y usualmente tienen un conteo de plaquetas menor de $20 \times 10^3/\mu\text{L}$.

Relación entre el conteo de plaquetas y sangrado

Conteo de plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	Signos y síntomas
>100	Asintomáticos
50 a 100	Asintomáticos en la mayoría de circunstancias
30 a 50	Raramente sintomáticos incluso con trauma significativo
10 a 30	Asintomáticos con actividades normales, riesgo excesivo de hemorragia con trauma significativo.
< 10	Equimosis y petequias espontaneas.
< 5	Hemorragia espontanea en el sistema nervioso central
Otras variables: función de plaquetas, defectos anatómicos, coagulopatía asociada	

Fuente: Thrombocytopenia in Infants and Children. DOI: 10.1542/pir.32-4-135 *Pediatr. Rev.* 2011; 32; 135-151 Deborah M. Consolini

Manifestaciones clínicas de los desórdenes plaquetarios: petequias, equimosis, sangramiento gingival, epistaxis, menorragia, sangramiento gastrointestinal, hematuria, hemorragia del sistema nervioso central.

La PTI en niños es usualmente de vida corta, y casi 2/3 de los pacientes se recuperan completa y sostenidamente en seis meses, con o sin tratamiento.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al usuario y familia sobre: - Al estar establecido el diagnóstico: ✓ Evitar practicar deportes de contacto o bruscos. ✓ Uso de protectores de cuna y cama. ✓ Evitar uso de hamacas. ✓ Evitar subir a árboles. ✓ Evitar subir a caballo. ✓ Evitar laceraciones de la piel. ✓ usar calzado cómodo. ✓ Recortar uñas del niño o niña y del cuidador. ✓ Ingerir dieta blanda. ✓ Evitar la ingesta de analgésicos, antiinflamatorios no esteroides. ✓ No automedicarse. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener reposo absoluto. • Controlar y reportar signos vitales. • Utilizar protectores en los carros. • Evaluar y reportar el estado general del niño o niña. • Canalizar acceso venoso con catéter de bajo calibre. • Tomar exámenes y prueba cruzada. • Administrar líquidos endovenosos indicados. • Cuantificar y registrar balance hídrico estricto. • Valor y reportar : <ul style="list-style-type: none"> - Sangramientos. - Hipotensión. - Estado neurológico. • Cumplir indicaciones médicas. • Administrar oxígeno según necesidad e indicación médica. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y reportar estado general del paciente. • Controlar y reportar signos vitales. • Proporcionar cuidados de protección de camas y cunas. • Mantener barandales arriba. • Mantener paciente en reposo absoluto. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Sangramiento. - Hipotensión. - Palidez. - Sudoración. - Taquicardia. - Estado neurológico. • Administrar hemoderivados indicados. • Identificar reacciones alérgicas y reportar de inmediato. • Administrar esquema de esteroides según indicación médica. • Administrar inmunoglobulinas por indicación médica. • Realizar cuidados de cavidad oral. • Mantener piel limpia y lubricada. • Tomar exámenes de control y verificar resultados. • Asistir al paciente en procedimientos de aspirado de médula ósea y hacer presión por cinco minutos en sitio de punción. • Dejar vendaje compresivo. • Verificar y reportar formación de hematomas y sangramiento en sitio de punciones. • Administrar esquema de esteroides según indicación médica. • Evitar múltiples venopunciones. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar al médico(a) ante la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Petequias. - Equimosis. - Hematomas. - Epistaxis. - Gingivorragia. - Melenas. - Hematuria. - Deterioro neurológico. • Mantener reposo relativo. • No auto medicar. • Explicar efectos secundarios del uso de esteroides (hiperactividad, aumento del apetito y de peso). • Tomar los esteroides después de cada comida (para prevenir una gastritis). • Cumplir con el tratamiento médico. • Asistir a sus controles con el especialista.

23. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con impétigo

23.1 Definición

Lesión de la piel originada por alteraciones de la barrera cutánea, a causa de cortes, picaduras de insectos, entre otros, en los casos de impétigo no buloso y en el buloso las lesiones ocurren en piel sana.

23.2 Etiología

Impétigo no buloso: es causado por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus beta hemolítico del grupo A*.

Impétigo buloso: causado por *Staphylococcus aureus*.

Más del 70% corresponde al no buloso, las lesiones se deben a picaduras de insectos, abrasiones, laceraciones, varicela, escabiosis, pediculosis y quemaduras.

23.3 Manifestaciones clínicas

Impétigo no buloso

Se caracteriza por una lesión inicial a causa de la pérdida de solución de continuidad de la piel como puerta de entrada al microorganismo, la infección se extiende a otras partes del cuerpo a través de los dedos, la ropa y las toallas; caracterizadas por pequeñas pápulas eritematosas que rápidamente evolucionan a una vesícula de pared delgada y base eritematosa, se rompen rápidamente y forman un exudado que se seca formando costras amarillentas melicéricas (lesión característica), menor de dos centímetros de diámetro.

Las lesiones aparecen en cualquier localización, pero son más frecuentes en cara y extremidades. Se acompaña de adenitis regional y prurito ocasionalmente, no hay fiebre, ni dolor. Cuando la causa es el *Streptococcus beta hemolítico del grupo A*, en la nasofaringe se observan escoriaciones impetiginizadas.

Impétigo buloso

Se presenta en piel previamente sana, como ampollas flácidas transparentes menores de tres centímetros de diámetro, además aparecen ampollas superficiales de paredes lisas con contenido inicialmente transparente y posteriormente turbio. La ampolla se rompe con facilidad dejando una superficie erosiva eritematosa con apariencia exudativa que se cubre de una costra fina (lesión característica). Las lesiones aparecen agrupadas en número de tres a seis limitadas a una zona. Aunque pueden aparecer en cualquier área de la superficie corporal, lo más frecuente es que aparezcan a nivel periorificial en cara y ano así como en las extremidades. La variedad buloso es una manifestación local del síndrome de piel escaldada por *Staphylococcus aureus*.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a los padres sobre:<ul style="list-style-type: none">- Utilizar repelentes para prevenir picadas de insectos si es posible.	<p style="text-align: center;">Emergencia consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluar y reportar estado general del niño o niña.• Controlar y reportar signos vitales.	<ul style="list-style-type: none">• Orientar a la familia sobre:<ul style="list-style-type: none">- Importancia de los controles médicos.- Continuar con los

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Evitar el uso de ropa que irrite la piel. - Usar ropa de algodón. - Asistir a controles médicos y a controles de atención infantil. - Evitar la automedicación. - Importancia de la higiene de manos. - No utilizar talcos y lociones que irriten la piel del niño o niña. - Consultar de inmediato al apareamiento de lesiones en la piel del niño o niña. - Mantener uñas cortas y limpias. - Uso de mosquiteros. - Uso de mayas en ventanas y puertas. - Evitar cortaduras y laceraciones en piel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Canalizar un acceso venoso y tomar exámenes de laboratorio según indicación médica. • Dar orientación adecuada y oportuna a la familia. • Facilitar los trámites de ingreso si fuera necesario. • Dar apoyo emocional a la familia. • Realizar anotaciones de enfermería de forma oportuna según norma. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener al niño o niña cómoda y limpia. • Tomar signos vitales con énfasis en la temperatura y reportarlos. • Mantener acceso venoso y cumplir tratamiento endovenoso según indicación médica. • No utilizar los miembros afectados para accesos venosos. • Mantener la piel limpia y lubricada. • asistir cuidados higiénicos las veces necesarias. • Cumplir tratamiento tópico para evitar el prurito. • Evitar que el niño o niña se toque las pápulas y se lacere. • Mantener al niño o niña con ropa de algodón. • Satisfacerle las necesidades fisiológicas. • Dar apoyo emocional a la familia y al niño o niña. • Reportar cualquier signo de alarma del niño o niña. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<p>tratamientos en casa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Completar el esquema de vacunación. - Fomentar y practicar hábitos de higiene en el hogar. - No utilización de lociones que irriten la piel del niño o niña, así como jabones fuertes para el baño. - Evitar la automedicación. - Dar dieta balanceada, si es lactante continuar con lactancia materna. - Consultar al médico(a) de inmediato ante la presencia de signos de alarma.

24. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con convulsiones febriles

24.1 Definición

Las convulsiones son crisis o paroxismos manifestados como trastornos muscular, las cuales pueden ser: tónico, clónico, tónico - clónico o atónico.

Las convulsiones febriles son crisis convulsivas asociadas a fiebre, que ocurren en niños generalmente entre los tres meses y cinco años de edad, sin ningún déficit neurológico previo y en ausencia de infección del sistema nervioso central.

24.2 Etiología

En orden de frecuencia: Infecciones respiratorias superiores virales o bacterianas, gastroenteritis, infecciones del tracto respiratorio inferior y post inmunización por pertusis celular.

24.3 Clasificación

Las convulsiones febriles se clasifican en simples (80%), complejas (20%) y cuando una de ellas se repite se llaman recurrentes

Simples que se caracterizan por lo siguiente:

- Duración menor de quince minutos.
- Crisis generalizadas.
- No se repite en el mismo período febril.

Complejas cuando presentan al menos uno de lo siguiente:

- Duración mayor de quince minutos.
- Focalizadas.
- Se repiten en un mismo período febril.

Recurrentes son crisis que se repiten en diferente episodio febril.

Los factores de riesgo de recurrencia son: convulsión antes de los quince meses de edad, crisis que ocurren con leve elevación de la fiebre o muy cerca de su inicio y en antecedentes familiares de convulsiones febriles.

24.4 Manifestaciones clínicas

Las convulsiones febriles generalmente ocurren en las primeras veinticuatro horas del episodio febril y en el 25% de los casos son la primera manifestación de la enfermedad febril. La mayoría de los niños presenta en el momento de la convulsión temperaturas entre 38° C y 41°C.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la madre o familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de inscripción temprana al programa de control de infantil y controles subsiguientes. - Consultar al establecimiento más cercano oportunamente en caso de fiebre. - Control y manejo de la temperatura corporal en el niño o niña. - No abrigar al niño o niña. - Proporcionar líquidos orales abundante. - En caso de convulsiones previas evitar suspender el tratamiento indicado y continuar control con el especialista. 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y reportar el estado de salud del niño o niña. • Mantener vías aéreas permeables. • Aspirar secreciones nasofaríngeas si es necesario. • Colocar oxígeno suplementario si es necesario. • Canalizar acceso venoso periférico y cumplir medicamentos y soluciones de urgencia según la indicación médica. • Tomar exámenes de laboratorio y reportarlos oportunamente. • Bajar temperatura por medios físicos (fricción con agua tibia) posterior al uso del antipiréticos indicado. • Asistir al niño o niña durante la convulsión: <ul style="list-style-type: none"> - Proteger la lengua. - Proteger de lesiones no sujetar. - Proporcionar apoyo emocional a la familia. • Realizar anotaciones de enfermería de forma oportuna según norma. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener vías aéreas permeables y colocar en posición decúbito lateral. • Aspirar secreciones nasofaríngeas las veces necesarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a los padres o cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de continuar el tratamiento médico en casa. - Asistir al control médico. - Mantener observación constante del niño o niña. - Consultar oportunamente al establecimiento de salud más cercano ante la presencia de fiebre. - Bajar temperatura por medios físicos (fricción con agua tibia) posterior al cumplimiento de antipiréticos indicados. - No abrigar.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener oxigenoterapia. • Mantener niño o niña nada por boca. • Mantener signos vitales monitorizados y reportar alteraciones y cambios. • Tomar temperatura cada dos horas y reportar evolución. • Bajar temperatura por medios físicos posterior al cumplimiento de antipiréticos indicados. • Orientar a los padres o cuidadores de la importancia de no abrigar al niño o niña. • Evitar cambios bruscos de temperatura • Proporcionar cuidados de higiene y comodidad. • Reportar inmediatamente al médico si el niño o niña presenta convulsión y registrar en expediente clínico: duración, frecuencia, localización y si es con proceso febril. • Asistir al niño o niña durante la convulsión. • Realizar examen físico completo en búsquedas de alteraciones del estado de la salud. • Administrar antipiréticos y anticonvulsivantes en horarios establecidos según indicaciones médicas y verificar efectos secundarios. • Evitar traumatismos y lesiones orales. • Colocar dispositivos blandos en cavidad oral para prevenir lesiones. • Cumplir indicaciones médicas; aplicar los cinco correctos en todo momento. • Mantener cuna con barandales. • Evitar movilizar o estimular innecesariamente. • Cuantificar ingresos y egresos de líquidos corporales. • Evaluar inicio de la vía oral según evolución del niño o niña. • Permitir la participación de los padres o cuidador durante el proceso de recuperación del niño o niña. • Proporcionar apoyo emocional a la familia. • Proporcionar una adecuada información sobre los cuidados generales del niño o niña a la familia. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar líquidos orales abundantes. - Evitar dejar al niño o niña solos al presentar fiebre.

25. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con epilepsia

25.1 Definiciones

Primera crisis epiléptica o crisis epiléptica aislada o única: es la primera manifestación paroxística de naturaleza epiléptica, es decir, aquella cuya sintomatología clínica tiene como origen una alteración paroxística de la actividad neuronal.

Epilepsia: síndrome neurológico crónico que cursa con crisis epilépticas recurrentes. Estas últimas son manifestaciones clínicas que resultan de una descarga excesiva y anormal de un grupo de neuronas en el cerebro. Las convulsiones epilépticas a su vez se catalogan como focales o generalizadas.

Focales (previamente parciales): surgen en un locus específico en una parte de la corteza cerebral con características clínicas identificables ya sea subjetivas u observables. Puede o no haber pérdida del estado de conciencia.

Generalizadas: involucran áreas grandes del cerebro, usualmente ambos hemisferios y están asociadas a pérdida temprana del estado de conciencia.

Síndromes epilépticos: un conjunto de signos y síntomas que definen una condición epiléptica única, basados en criterios electro clínicos, descripción de la convulsión y manifestaciones electroencefalografías.

Estatus epiléptico: es una convulsión prolongada (o breves convulsiones recurrentes) con duración superior a treinta minutos, durante los cuales no se recupera el conocimiento. Debe entenderse como una complicación de las afecciones por descarga neuronal.

25.2 Etiología

Causas etiológicas de epilepsia

Infecciosa	Convulsión febril, meningitis, encefalitis, absceso cerebral, neurocisticercosis.
Neurológica/desarrollo	Lesión del nacimiento, encefalopatía hipóxico-isquémica, síndromes neurocutáneos, disfunción valvular, anomalías congénitas, enfermedades cerebrales degenerativas.
Metabólica	Hipoglicemia, hipoxia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipercarbia, errores innatos del metabolismo, deficiencia de piridoxina.
Traumática/vascular	Maltrato infantil, traumatismo craneano, hemorragia intracraneana, contusión cerebral, accidente cerebrovascular.
Toxicológica	Alcohol, anfetaminas, antihistamínicos, anticolinérgicos, cocaína, monóxido de carbono, isoniacida, plomo, litio, lindano, hipoglucemiantes, organofosforados, fenotiacinas, salicilatos, simpaticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, teofilina, anestésicos tópicos, idiopática, obstétrica (eclampsia), oncológica.

25.3 Manifestaciones clínicas

Factores precipitantes:

- Suspensión del medicamento anticonvulsivo
- Falta de apego al tratamiento
- Interacciones medicamentosas
- Fiebre, infecciones
- Toxinas
- Traumas
- Evento cerebro vascular
- Cambios hormonales
- Alteraciones electrolíticas
- Estrés emocional
- Enfermedades degenerativas-progresivas
- Falta de sueño
- Arritmias cardíacas
- Hidrocefalia

Manifestaciones clínicas según tipo de crisis

Tipo de convulsión	Síntomas premonitorios	Características de comportamiento	Duración	Síntomas postictales	Hallazgos ictales EEG
Crisis de ausencia	Ninguno	Mirada fija, automatismos	Menor de 10 segundos	ninguno	Ondas de espigas Generalizadas 3-Hz
Convulsión parcial compleja	Aura variable; si hay marcha sensorial, breve en un período de 10 – 30 segundos	Mirada fija automatismos, postura conservada	30–180 segundos	Común; amnesia, afasia, tendencia al sueño, incontinencia	Actividad focal rítmica
Convulsión tónico-clónico generalizada	Aura variable	Secuencia de postura tónica de miembros por diez segundos, luego movimientos clónicos.	0 – 3 minutos	Invariable; frecuentemente amnesia, sueño, incontinencia, mordedura de la lengua	Espigas repetitivas (fase tónica) ondas de espigas (fase clónica)

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la inscripción temprana a control infantil. - Mantener medidas preventivas en el hogar para evitar traumas. - Importancia de los chequeos médicos. - Consultar oportunamente cuando haya presencia de fiebre, cefaleas y traumatismo craneales. - Importancia de control Infantil. - Control con especialista (neurólogo). - Ingesta exacta de tratamientos (dosis y horarios) • Orientar a la población, especialmente a grupos vulnerables sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Drogas y sus efectos. - Cambios de conducta. - Evitar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deportes que conlleven riesgos como nadar y usar bicicleta sin supervisión. ✓ Desvelo 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubicar al paciente en camilla con barandales. • Colocar al paciente sobre su costado con la cabeza flexionada hacia adelante, para favorecer la salida de secreciones. • Tomar y registrar signos vitales, reportando cambios. • Mantener vías aéreas permeables. • Cumplir medicamentos según indicación médica. • Aspirar secreciones si es necesario. • Tomar exámenes indicados y reportarlos. • Si el paciente convulsiona: <ul style="list-style-type: none"> - Proteger con baja lengua forrada la cavidad oral. - Evitar que se golpee la cabeza. - Aspirar secreciones nasofaríngeas. - Cumplir medicamento anticonvulsivo indicado. - No sujetar al paciente para evitar lesión por las contracciones musculares. • Evitar estímulos que puedan desencadenar crisis convulsiva. • Revisar y extraer cuerpo extraño si lo hubiera. • Colocar medidas de seguridad y protección para evitar golpes y caídas manteniéndolo en posición de descanso. • Brindar apoyo emocional y psicológico al usuario(a) y familia. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales, reportando cambios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al usuario(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del tratamiento. - Asistencia a controles subsecuentes. - Medicamentos y sus efectos adversos - No bañare en ríos y piscinas. - No subir ni bajar gradas. - Evitar asistir a lugares que tengan abundantes luces móviles y de colores. - Asistencia a controles con odontólogo. • Formar y capacitar grupos de apoyo en la comunidad. • Consejería a la familia sobre apoyo al usuario(a) en el hogar.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suspensión de medicamentos anticonvulsivantes sin autorización médica. ✓ Luces fuertes, ruidos estridentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener vías aéreas permeables. • Mantener respaldo a 30 o 45°. • Mantener al niño o niña en decúbito lateral (posición de descanso). • Cumplir medicamentos según prescripción médica. • Proteger al niño o niña de accidentes: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener barandales de la cuna arriba. - Colocar protectores en cuna para evitar golpes. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia. - Cambios de conducta. • Asistir al niño o niña en sus necesidades fisiológicas. • Tomar exámenes indicados y reportarlos. • Proporcionar un ambiente confortable y libre de riesgos. • Brindar apoyo emocional y orientar a los padres sobre posibles secuelas: <ul style="list-style-type: none"> - Daño renal. - Daño neurológico. - Asistir a controles médicos. - Apoyo emocional para una pronta recuperación • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	

26. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con asma y crisis asmática

26.1 Definición

Se considera como una crisis asmática a un episodio agudo o subagudo de empeoramiento progresivo de la sintomatología asmática (dificultad respiratoria, tos, sibilancias y opresión en el pecho o alguna combinación de estos síntomas).

26.2 Etiología

Factores precipitantes

Aunque no se ha determinado la causa del asma infantil, los estudios actuales señalan a una combinación de exposiciones ambientales y vulnerabilidades biológicas y génicas como alérgenos, contaminantes, infecciones, stress, factores inmunitarios y pulmonares propios del huésped.

26.3 Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Tos seca, sibilancias espiratorias, limitación al flujo de aire, alteración de las pruebas de función pulmonar.

Gravedad de las crisis del asma.

Manifestaciones	Leve	Moderada	Grave	Falla respiratoria inminente.
Disnea	Caminando. Puede estar acostado.	Hablando. Lactante: llanto débil y corto, dificultad para alimentarse. Prefiere estar	En reposo. Lactante: dificultad para alimentarse. Sentado hacia adelante.	

		sentado.		
Habla en:	Oraciones.	Frases.	Palabras.	
Estado de conciencia:	Puede estar agitado.	Generalmente agitado.	Generalmente agitado.	Somnoliento o confuso.
Frecuencia respiratoria:(ver tabla frecuencia respiratoria)	Aumentada.	Aumentada.	Aumentada,	
Músculos accesorios y retracciones supraclaviculares:	Usualmente No	Usualmente.	Usualmente.	Movimiento toraco-abdominal paradójico.
Sibilancias.	Moderadas al final de la espiración.	Graves.	Usualmente graves.	Ausencia de sibilancias.
Frecuencia cardíaca por minuto.(ver tabla)	Menor de 100 por minuto.	100 a 120 por minuto.	Mayor de 120 por minuto.	Bradicardia.
Pulso paradójico	Ausente <10 mm Hg	Puede estar presente de 10 a 20 mm Hg.	Presente de 20 a 40 mm Hg.	Ausente, sugiere fatiga muscular.
PaO2 aire ambiente.	Normal (prueba usualmente no necesaria).	>60 mm Hg	<60 mm Hg posible cianosis.	
PaCO2	<45 mm Hg a nivel del mar	<45 mm Hg a nivel del mar	>45 mm Hg a nivel del mar. Posible falla respiratoria.	
Flujo espiratorio pico después del broncodilatador, en mayor de 5 años.	>80 %	60 a 80%	<60%	
%SaO2	>95% a nivel del mar.	91 a 95% a nivel del mar.	<90% a nivel del mar.	

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> Orientar a la familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar que el niño o niña se exponga a cambios bruscos de temperatura. - Evitar contacto con contaminantes ambientales aerosoles, químicos irritantes, humo de tabaco, leña y ventiladores. - Evitar ejercicios bruscos. - Prevenir infecciones respiratorias. - No deben existir animales en el hogar, gases, vapores, combustión, aerosoles, humos, humedad, plumas, pinturas y evitar el uso de repelentes. - Procurar un ambiente libre de polvo. 	<p style="text-align: center;">Emergencia Manejo de crisis leve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorear signos vitales (respiración, pulso, temperatura). • Mantener vías aéreas permeables. • Tomar exámenes de laboratorio. • Aplicar salbutamol 4 a 8 aplicaciones inhaladoras de aerosol con intervalo de un minuto entre cada aplicación, con espaciados de volumen cada 20 minutos por tres ciclos o en nebulización cada 20 minutos por tres ciclos. • Evaluar al niño cada 20 minutos para decidir la siguiente aplicación inhalatoria. • Proporcionar apoyo emocional a los padres y al niño o niña. • Proporcionar líquidos orales abundantes. • Satisfacer necesidades de alimentación. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - El proceso de la enfermedad. - Cumplimiento del tratamiento indicado. - Evitar el consumo de bebidas que contengan colorante y químicos. - Realizar ejercicios moderados. - Importancia de asistir a sus controles médicos. - Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Lavado frecuente de ropa de cama y cortinas. - No uso de peluches en el dormitorio. - No cocinar con leña dentro de la habitación. - El familiar debe saber si el paciente esta asintomático y tener algún grado de obstrucción bronquial que pueda empeorar de un momento a otro. 	<p style="text-align: center;">Manejo de crisis moderada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxígeno si saturación de oxígeno es < 91%. • Cumplir salbutamol según esquema anterior. • Monitorear saturación de oxígeno para mantener niveles entre 91 y 94%. • Cumplir bromuro de ipatropio inhalado a dosis de 0.5mg junto con la 2da. y 3era. dosis de salbutamol. • Cumplir esteroides según indicación médica. • Vigilar estado de hidratación. • Control de signos vitales. (respiración, pulso, temperatura) cada 4 horas. • Mantener con respaldo a 45°. más reposo relativo. • Vigilar y reportar frecuencia respiratoria, coloración de la piel y sudoración. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Manejo de crisis severa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado general de la niña o niño. • Mantener vías aéreas permeables. • Controlar signos vitales y reportarlos. • Vigilar y reportar estado de conciencia. • Controlar patrón respiratorio (tipo de respiración, frecuencia y esfuerzo respiratorio, signos de hipoxemia e hipercapnia). • Vigilar estado de hidratación. • Mantener respaldo a 45° o según tolerancia. • Monitorear saturación de oxígeno si es < de 95%. • Administrar oxígeno humidificado según criterio médico. • Administrar broncodilatadores y esteroides según indicación médica. • Administrar adrenalina subcutánea por indicación médica si una crisis severa no ha respondido adecuadamente a la administración de inhalador • Continuar esquema de nebulizaciones cada 4 horas. • Toma de gases arteriales. • Vigilar y reportar signos de alarma (paro cardiorrespiratorio). • Aspirar secreciones si es necesario. • Colocar catéter venoso periférico. • Asistir en procedimientos invasivos como: intubación orotraqueal, colocación de sonda transuretral, línea arterial, catéter central, sonda nasogástrica abierta. • Administrar dieta según estado del niño o niña. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	

27. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con escabiosis

27.1 Definición

Es la infestación de la capa superior de la epidermis donde la hembra adulta del ácaro *Sarcoptes scabiei* variantes hominis, crea túneles serpiginosos.

27.2 Etiología

La hembra del acaro *Sarcoptes scabiei*, variedad hominis.

27.3 Manifestaciones clínicas

El periodo de incubación sin exposición previa de cuatro a seis semanas, mientras que con exposición previa es de uno a cuatro días. La infestación inicial se sigue de un periodo de latencia de un mes.

El primer signo de la infestación son las pápulas eritematosas de uno a dos milímetros de diámetro que pueden encontrarse excoriadas, costrosas y descamadas. La lesión clásica, (patognomónica) son túneles alargados color gris o blanquecinos, tortuosos, de aspecto de hebra (en lactantes pueden no verse y se observan ampollas o pústulas). Se presenta prurito intenso a predominio nocturno. Pueden presentarse nódulos escabióticos como respuesta granulomatosa a los antígenos de ácaros muertos y las heces, los cuales aparecen en genitales, ingles y axilas. En niños menores de dos años: la erupción ocurre en cabeza, cuello, palmas y plantas. En niños mayores y adultos los sitios predilectos son pliegues interdigitales, caras flexoras de muñecas, superficies extensoras de codos, pliegues axilares anteriores, cintura, muslos, ombligo, genitales, areolas, abdomen, pliegue interglúteo y glúteos.

Sarna noruega: variante muy contagiosa de escabiosis humana que ocurre en personas inmunodeprimidas, con retraso mental y tratados con esteroides tópicos.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a los padres y usuarios(as) sobre:<ul style="list-style-type: none">- Promover la práctica de hábitos de higiene en el hogar, reforzando la higiene de manos.- Evitar el contacto con las mascotas infectadas.- Cambiar ropa de cama por lo menos dos veces por semana.- Cambio de ropa las veces necesarias.- Mantener las uñas limpias y cortas.- Evitar en lo posible el hacinamiento de personas.- Evitar el contacto con otra persona que padezca la enfermedad.	<p style="text-align: center;">Emergencia / consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluar y reportar estado general del niño o niña.• Controlar y reporta signos vitales.• Dar orientación adecuada y oportuna al niño o niña y su familia.• En caso de ser necesario la hospitalización, facilitar los trámites.• Dar apoyo emocional a la familia.• Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none">• Tomar signos vitales con énfasis en la temperatura y reportarlos.• Mantener acceso venoso y cumplir tratamiento endovenoso según indicación médica.	<ul style="list-style-type: none">• Orientar a la familia sobre:<ul style="list-style-type: none">- Importancia del tratamiento médico para el niño o niña y la familia que ha estado en contacto.- Continuar con los tratamientos en casa.- Aplicación de medicamentos tópicos según indicación médica.- Explicar que la picazón de la piel puede continuar de una a dos semanas.- Importancia de continuar con el control infantil y completar el esquema de vacunación.- Fomentar y practicar

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la casa con las ventanas abiertas para permitir la entrada de sol. - Evitar la automedicación. - Consultar al médico(a) ante cualquier anomalía. - Identificar síntomas en el resto de la familia. - Separar el lavado de la ropa de los niños, niñas y adultos. - Desinfectar la ropa de personas enfermas de escabiosis (hervirla o asolearla). 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir en los cuidados higiénicos. • Aplicar por la noche permetrina al 5% desde la cabeza hasta los pies y dejarlo por 8 a 12 horas, o según indicación médica. • Bañar al niño o niña por la mañana y repetir tratamiento en 8 días. • Vigilar que el niño o niña no se lleve las manos a la boca. • Cumplir antihistamínicos para aliviar el prurito según indicación médica. • Vigilar los efectos secundarios de los medicamentos. • Proporcionar la dieta indicada. • Separación de la ropa de cama del enfermo, con la de los otros miembros en bolsa roja plásticas, lavarla por separado. • Dar tratamiento a la persona que ha estado en contacto, si lo amerita. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<p>hábitos de higiene y lavado de manos las veces necesarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar la automedicación. - Lavado y asoleado de la ropa del enfermo, incluyendo ropa de cama, colchones y mosquiteros. - Entregar hoja de referencia, retorno e interconsulta para asistir al establecimiento correspondiente.

28. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con paro cardiorespiratorio

28.1 Definición

Paro cardiorrespiratorio (PCR): se define como el cese brusco e inesperado de la respiración y circulación espontáneas, de forma potencialmente reversible. Se produce cuando la sangre deja de circular debido a que la actividad mecánica cardíaca es ineficaz o está ausente.

Reanimación cardiopulmonar (RCP): es el conjunto de maniobras empleadas para revertir dicha situación, con el objetivo fundamental de recuperar las funciones cerebrales completas.

28.2 Etiología

Las causas inmediatas más frecuentes de paro cardiorrespiratorio (PC) en niños son la insuficiencia respiratoria y la hipotensión; las arritmias son una causa menos frecuente. Entre las causas cardíacas que predisponen al PC se encuentran: miocardiopatía hipertrófica, arteria coronaria anómala (aberrante), Síndrome QT largo, miocarditis, intoxicación por drogas (digoxina, efedrina, cocaína entre otros), contusión cardíaca, síndrome de muerte súbita del lactante es una de las principales causas de muerte en lactantes menores de seis meses.

28.3 Manifestaciones clínicas

El paciente previo al paro, presenta llenado capilar prolongado, pulsos centrales débiles, pulsos periféricos ausentes, hipotensión, extremidades frías, piel marmórea o cianótica, disminución o pérdida de la conciencia. Todo lo anterior desarrolla insuficiencia cardiopulmonar, la cual se define como la combinación de insuficiencia respiratoria y choque,

se caracteriza por una ventilación, oxigenación y perfusión tisular inadecuada. Clínicamente el paciente está cianótico, con jadeo o respiraciones irregulares y bradicardia.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la familia sobre prevenir accidentes como: <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismos de tórax. - Trauma craneoencefálicos. - Aspiración de cuerpo extraño como semillas, chibolas, botones, baterías o cualquier otro objeto que obstruya la vía aérea. - Evitar contacto o inhalaciones de humo o sustancias tóxicas. - Evitar lesiones con objetos cortos punzantes. - Evitar deshidratación. - Evitar aspiración de contenido de alimentos. • Educar a los padres o al personal encargado de los niños en la identificación de signos de alarma, prevención de accidentes en el hogar, evitar las etnoprácticas nocivas y la automedicación. • Consultar oportunamente al establecimiento de salud más cercano ante cualquier problema de salud. • Técnicas básicas y avanzadas de reanimación. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar que el equipo de paro, aspirador, cardioversión este completo y en buenas condiciones. • Mantener fuente de oxígeno. • Mantener preparados los medicamentos de urgencia como: <ul style="list-style-type: none"> - Adrenalina, - Amiodarona - Bicarbonato de sodio, - Atropina. • Colocar el paciente en una tabla rígida a la altura del tórax. • Colocar oxígeno al 100% según indicación médica. • Asistir al paciente al iniciar ventilación y masaje cardiaco lo antes posible. • Mantener vías aéreas permeables (posición de olfateo). • Canalizar acceso venoso periférico o asistir procedimiento. • Asistir a paciente en procedimientos de: <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de tubo oro/naso traqueal. - Sonda oro /naso gástrica. - Sonda vesical. - Toma de exámenes. • Colocar monitor de los signos vitales y saturación de oxígeno. • Mantener mucosas orales y nasales limpias e hidratadas. • Controlar balance hídrico cada dos horas o según indicación médica. • Cumplir soluciones intravenosas y medicamentos indicados por el médico. • Proporcionar cambios de posición cada dos horas más dispositivos mecánicos si no están contraindicados por el médico. • Llevar control de la duración del paro y medicamentos cumplidos. • Realizar cuidados de seguridad higiene y comodidad • Llevar control estricto de ingresos. • Realizar cuidados de tubo oro/naso traqueal. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener equipo de paro cardiorrespiratorio completo y en buenas condiciones. • Mantener fuentes de oxígeno llenos y funcionando adecuadamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la evaluación y seguimiento por neurólogo. • Facilitar la fisioterapia temprana. • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a sus controles médicos, cumplimiento de medicamentos en dosis y horarios establecidos. - Realizar estimulación temprana. - Realizar masajes en áreas de prominencias óseas. - Permitir el acercamiento con el grupo familiar. • Coordinar con psicóloga el seguimiento al grupo familiar. • Coordinar con enfermera de enlace el seguimiento del paciente en su comunidad por el establecimiento de la RIISS que le corresponde. • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener equipos de aspirar y cardioversión accesibles y en buenas condiciones. • Evaluar el estado general del paciente. • Tomar y reportar signos vitales. • Mantener con monitor de signos vitales y saturación de oxígeno. • Valorar el estado neurológico del paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Apertura ocular. - Respuestas verbal. - Respuesta motora. • Mantener vías aéreas permeables. • Mantener mucosas orales y nasales limpias e hidratadas. • Controlar balance hídrico cada dos horas o según indicación médica. • Cumplir soluciones intravenosas y medicamentos indicadas por el médico. • Proporcionar cambios de posición cada dos horas más dispositivos mecánicos si no están contraindicados por el médico. • Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia. • Colocar monitor de signos vitales y registrar datos en notas de enfermería • Registrar intervenciones de enfermería de forma oportuna. 	

29. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con estado de choque

29.1 Definición

El choque es una condición crítica que resulta del aporte inadecuado de oxígeno y nutrientes a los tejidos para su demanda metabólica, generalmente con perfusión inadecuada.

29.2 Clasificación

Se divide en cuatro tipos básicos: hipovolémico, distributivo, cardiogénico y obstructivo.

29.3 Etiología

Tipo de choque por causas	
Choque Séptico	Organismos infecciosos y sus bioproductos (endotoxinas).
Choque Anafiláctico	Reacción alérgica severa a: fármacos, vacunas, alimentos, toxinas, plantas, venenos.
Choque neurogénico	Daño en la cabeza o médula que corta la inervación simpática de los vasos sanguíneos y el corazón.
Obstructivo	Trauma de tórax, deterioro súbito pos intubación y ventilación con presión positiva intermitente, coartación aórtica, estenosis aórtica, embolismo pulmonar

Tipo de choque por mecanismos	
Hipovolémico	Diarrea, hemorragia (interna o externa), vómitos, ingesta inadecuada de líquidos, diuresis osmótica (cetoacidosis diabética), pérdidas al tercer espacio, quemaduras.
Distributivo:	Alteraciones del tono vascular periférico que dan lugar a vasodilatación y un incremento de la permeabilidad vascular con una distribución anormal del flujo sanguíneo en el tercer espacio o intersticio.
Cardiogénico	Cardiopatía congénita, miocardiopatía, cardiomiopatía, arritmias, sepsis, toxicidad por drogas o envenenamiento, trauma al miocardio,

29.4 Manifestaciones clínicas

Tipo de choque	Manifestaciones clínicas
Hipovolémico	Taquipnea sin aumento del esfuerzo respiratorio, taquicardia, TA normal o baja con acortamiento de la presión de pulso, pulsos periféricos débiles o ausentes, llenado capilar prolongado, piel fría, pálida, diaforética, alteración del estado de conciencia, oliguria.
Choque séptico	Fiebre o hipotermia, aumento o disminución del Leucograma, petequias o púrpura, acidosis metabólica o alcalosis respiratoria.
Choque anafiláctico	Aumento de la frecuencia cardíaca (FC), disminución de la tensión arterial (TA), angioedema, dificultad respiratoria con sibilancias o estridor, ansiedad, agitación, náuseas, vómitos, urticaria.
Choque neurogénico	Hipotensión con presión de pulso baja, FC normal o baja. Aumento de la frecuencia respiratoria.
Cardiogénico	Taquipnea, esfuerzo respiratorio aumentado. Aumento de la FC, TA normal o baja, pulsos periféricos débiles o ausentes, pulsos centrales normales que progresan a débiles, llenado capilar prolongado con extremidades frías, signos de ICC edema pulmonar, hepatomegalia, yugulares llenas, cianosis, piel fría, pálida, diaforética, alteración del estado de conciencia, oliguria.
Obstrutivo	Lesiones dependientes del ductus, deterioro en la perfusión; ICC, acortamiento en la diferencial de TA, cianosis pre y pos ductal; ausencia de los pulsos femorales; Insuficiencia respiratoria con signos de edema pulmonar, hipoxemia; embolismo pulmonar masivo, deterioro del estado de conciencia.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Consultar oportunamente cuando presente un problema de salud. • Asistir a controles infantiles de crecimiento y desarrollo. • Prevención de accidentes. • Identificar cambios de: alimentación, eliminación, sueño, recreación y conducta. • Observar y reportar signos clínicos de: <ul style="list-style-type: none"> - Hipotensión. - Cambios en el nivel de conciencia. - Hipertermia. - Piel pálida, fría y sudorosa, moteado (petequias, equimosis). - Taquipnea y aparición de disnea. • Identificar pacientes de 	<p style="text-align: center;">Choque hipovolémico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los signos vitales: TA, FC, Pulso, saturación de oxígeno. • Administrar oxígeno por mascarilla o bigotera. • Asistir la intubación mecánica si es necesario. • Canalizar una vía intravenosa de grueso calibre y después asistir en la canalización de una vía venosa central si es necesario. • Cumplir líquidos intravenosos indicados. • Monitoreo hemodinámica de tensión arterial, presión venosa central. • Asistir al niño o niña en la colocación de sonda vesical. • Vigilar diuresis y llenado capilar. • Tomar muestras de sangre para exámenes de laboratorio y banco de sangre: hemograma, electrolitos, tiempos de coagulación, prueba cruzada. • Mandar orden de rayos X. • Observar y reportar las zonas de sangrado y drenajes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a los padres sobre posibles secuelas: <ul style="list-style-type: none"> - Daño renal. - Daño neurológico. - Asistir a controles médicos. - Apoyo emocional para una pronta recuperación. • En caso de choque anafiláctico: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar contacto con el alérgeno identificado. - Reportar al médico siempre que consulte sobre su sensibilidad al alérgeno.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>riesgo por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia cardíaca congestiva. - Cardiopatía - Pacientes post quirúrgicos de cirugías cardíacas. • Valoración cardiopulmonar continúa por medio de EKG. • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - No auto medicarse. - Reportar al médico(a) si es sensible a algún alérgeno. - Consultar al médico(a) oportunamente si presenta prurito eritema o edema después de la ingesta de medicamentos, alimentos, picadura de insectos o aplicación de cremas o pomadas. • Evitar el contacto con el alérgeno identificado. • En los controles de niño y niña de crecimiento y desarrollo hacer promoción de: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar etnoprácticas nocivas. - Evitar deshidratación en las gastroenteritis agudas. - Evitar las gastroenteritis agudas. - Que adopte hábitos higiénicos y de alimentación. • Educar a madre de niño o niña con un problema cardíaco ya diagnosticado sobre signos y síntomas de complicaciones. • Asistir a controles con especialistas. • Asistir al establecimiento de salud más cercano ante cualquier emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer anotaciones de enfermería de: posibles pérdidas, aportes de líquidos, constantes vitales, nivel de conciencia. • Realizar cuidados de catéter central, sonda nasogástrica, sonda vesical, tubo endotraqueal si los tiene y piel y anexos. • Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia. • Registrar las intervenciones de enfermería de forma oportuna. <p style="text-align: center;">Choque séptico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales. • Administrar oxígeno mediante mascarilla o bigotera. • Asistir la intubación mecánica si es necesario. • Verificar que la saturación de O₂ no baje del 95%. • Verificar los gases arteriales. • Si es necesario, colocar sonda nasogástrica. • Mantener sonda nasogástrica abierta. • Controlar la temperatura cada dos horas. • Si la temperatura es elevada reducirla mediante la utilización de medios físicos, o un antipirético según prescripción médica. • Asistir la colocación de sonda vesical para llevar diuresis horaria. • Canalizar una vía intravenosa periférica, posteriormente asistir la canalización de una vía venosa central. • Llevar balance hídrico y diuresis cada dos horas, evitando sobre carga hídrica. • Tomar muestras de sangre para exámenes de laboratorio y banco de sangre: hemograma, electrolitos, tiempos de coagulación, pruebas renales, pruebas hepáticas, prueba cruzada. • Asistir al niño o niña en toma de exámenes de gabinete. • Tomar hemocultivo antes del inicio de la antibioterapia. • Cumplir la antibioterapia según indicación médica. • Cumplir medicamentos inotrópicos y vaso activos según indicación médica. • Mantener cómodo a paciente. • Realizar cambios de posición las veces necesarias. • Realizar cuidados de tubo oro traqueal y ventilación mecánica. • Mantener vías aéreas permeables. • Mantener con respaldo a 30° o 45°. • Realizar higiene de manos. <p style="text-align: center;">Choque cardiogénico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar los signos vitales, FC, FR saturación de O₂, y la diuresis cada dos horas. 	

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar monitoreo hemodinámica de la presión arterial invasiva y PVC. • Mantener a paciente cómodo. • Mantener reposo absoluto. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Administrar medicamentos analgésicos y sedantes, según prescripción médica. • Asistir al paciente en los procedimientos que sean necesarios. • Vigilar el ritmo y cantidad de flujo de líquidos intravenosos. • Control de balance hídrico. • Vigilar los efectos secundarios producidos por la dopamina, dobutamina y adrenalina: taquicardia, hipertensión arterial, hipotensión arterial. • Proporcionar cuidados de líneas y catéter invasivos. <p style="text-align: center;">Choque anafiláctico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado general del paciente. • Realizar o asistir al paciente en caso de presentar paro respiratorio. • Realizar estimulación táctil. • Colocar respaldo a 45°. • Cumplir oxígeno por mascarilla o bigotera. • Si además carece de pulso, iniciar reanimación cardiorrespiratorio. • Canalizar acceso venoso periférico. • Asistir intubación endotraqueal. • Evitar contacto con el alérgeno identificado. • Reportar al médico(a) siempre que consulte sobre su sensibilidad al alérgeno. • Administrar tratamiento según prescripción médica (corticoides, antihistamínicos, adrenalina, antídoto de la droga que causo la anafilaxia). • Asistir al paciente en la realización de traqueotomía de urgencia. (Si el edema laríngeo ha ocluido las vías respiratorias que impida la intubación endotraqueal). 	

30. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con intoxicaciones

30.1 Definición

Intoxicación es la afección clínica por penetración de sustancias químicas exógenas en el cuerpo o exposición a ellas; producida por Un veneno (tóxico) o una sustancia capaz de producir efectos adversos en un organismo viviente.

30.2 Etiología

Existen dos tipos de agentes etiológicos:

a) **Fármacos:** dentro de estos el acetaminofén, constituye por sí sola más del 20% del total de consulta por intoxicación en niños menores de cinco años. Psicofármacos, principalmente benzodiacepinas. Otros medicamentos como: antidepresivos tricíclicos, narcóticos, organofosforados, anilina y nitritos (metahemoglobinemia), plomo, fenotiacinas, metotrexate.

b) **Sustancia no farmacológica:** productos químicos domésticos, cáusticos, hidrocarburos, productos de limpieza no cáusticos (jabones de mano y suavizantes de ropa, entre otros), etilenglicol, y otros. Insecticidas y rodenticidas, también hongos y plantas no comestibles.

30.3 Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico depende de la sustancia causal, dosis y de la vía de exposición:

Manifestaciones clínicas por órganos y síndromes tóxicos

Toxíndrome	Órgano	Manifestaciones clínicas.
Atropínicos (Anticolinérgicos)	Signos vitales	Fiebre, taquicardia, hipertensión
	SNC	Psicosis, convulsiones, coma, delirio
	Ojos	Midriasis
	Piel	Seca, caliente y roja
	Otros	Retención urinaria
Opiáceos	Signos vitales	Bradycardia, bradipnea, hipotensión, hipotermia.
	SNC	Euforia, hiporreflexia
	Ojos	Miosis
Organofosforados	Signos vitales	Bradycardia o taquicardia, taquipnea
	SNC	Confusión, coma, convulsiones, fasciculaciones, debilidad muscular, parálisis
	Ojos	Miosis, visión borrosa, lagrimeo
	Piel	Diaforesis
	Olor	Ajo
	Otros	Sialorrea, broncorrea, bronco espasmo, edema, pulmonar, incontinencia de esfínteres, poliuria, diarrea, cólico abdominal
Barbitúricos	Signos vitales	Hipotermia, hipotensión, bradipnea
	SNC	Ataxia, confusión, coma
	Ojos	Miosis, nistagmos
	Piel	Vesículas, bulas
Salicilatos	Signos vitales	Fiebre, taquipnea, taquicardia
	SNC	Letargia, coma
	Otros	Vómitos, deshidratación, hipotensión, hemorragias, acidosis metabólicas
Fenotiacinas	Signos vitales	Taquicardia, hipotermia, hipotensión, taquipnea
	SNC	Letargia, coma, tremor, convulsiones. Síndrome extra piramidal: ataxia, tortícolis, trismos, crisis oculogíricas
	Ojos	Miosis
Teofilina	Signos vitales	Taquicardia, hipotensión, arritmia
	SNC	Cefalea, convulsiones
	Otros	Vómitos, hematemesis.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> Orientar al cuidador y familia del niño o niña sobre. Vigilancia de la calidad de alimentos. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar estado general y neurológico de paciente. Observar estado de hidratación. Tomar signos vitales de control según estado de 	<ul style="list-style-type: none"> Educación a padres o cuidadores del niño o niña sobre: Importancia del control subsecuente.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Promover la práctica de medidas de protección, conservación y manipulación de alimentos. - Evitar el consumo de alimentos enlatados sin fecha de vencimiento o vencidos. • Coordinar con inspector de saneamiento ambiental para la inspección y capacitación a manipuladores de alimentos. • Coordinar con el inspector de saneamiento los monitoreos de lugares de abastecimiento y dispensación de alimentos. • Mantener detergentes y productos de limpieza fuera del alcance de los niños. <p>Evitar la utilización de envases de bebidas para depositar sustancias tóxicas, los niños podrían ingerirlas.</p>	<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir indicaciones médicas. • Llevar balance hídrico. • Tomar a usuario(a) contenido gástrico para el seguimiento de la investigación. • Administración de sales de rehidratación oral según normativas establecidas. • Notificar oportunamente el caso a pediatría social. • Realizar estudio epidemiológico según instrumentación técnica jurídica. • Identificar el tipo de plaguicida. • Retirar ropa contaminada. • Lavar la piel con abundante agua y jabón (si la intoxicación es por contacto). • Mantener vías aéreas permeables. • Inducir al vómito excepto cuando se trate de hidrocarburos o sustancias alcalinas y ácidas. • En caso de contacto ocular, lavar con abundante agua o solución salina durante 15 minutos o más. • Si el paciente está inconsciente, acostarlo sobre el lado derecho sin provocar vómito. • Aspirar secreciones las veces que sea necesario. • Administración de oxígeno, si está indicado. • Control y registro de signos vitales. • Cateterizar vena con catéter de grueso calibre. • Administración de medicamento según indicación. • Vigilar estado de conciencia. • Asistencia o colocación de sonda vesical. • Observar y reportar control de esfínteres. • Mantener observación constante de estado de pupila. • Controlar balance hídrico. • Brindar medidas de seguridad y protección. • Proporcionar apoyo emocional y espiritual a la familia. • Registrar las intervenciones de enfermería en forma oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia del cumplimiento de la dieta alimentaria. - Aplicación de cuidados de protección, conservación y manipulación de alimentos. - No consumir alimentos de dudosa procedencia. • Seguimiento de caso a través de Ecos Familiares. • Educación al cuidador y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar intoxicaciones subsecuentes. - Manifestaciones tardías de acuerdo al tipo de intoxicación por plaguicida. - Asistencia puntual al control médico subsecuente. - Referencia al psicólogo(a) en caso necesario. - No utilizar los recipientes vacíos de los tóxicos para almacenar alimentos.

31. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad por reflujo gastro esofágico

31.1 Definición

Es el paso del contenido gástrico al esófago con o sin manifestaciones clínicas

31.2 Etiología

Defectos anatómicos, Infecciones, enfermedad ácido péptica, trastornos metabólicos, endocrinos o genéticos, trastornos neuromusculares y diversos como: alergia alimentaria e ICC.

31.3 Manifestaciones clínicas

Vómitos recurrentes, regurgitaciones excesivas, detención en peso y talla, irritabilidad, rumiación, anemia, procesos respiratorios a repetición.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la mujer embarazada sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (antes de las 12 semanas gestación). - Inscripción al programa de atención materna en cualquier período del embarazo. - Asistir a controles de embarazo. - Evitar ingerir bebidas alcohólicas. - No fumar. - Ingerir dieta balanceada. - Atención del parto intrahospitalario. - Inscripción recién nacido(a) en control Infantil. - Acudir a controles subsecuentes. • Consultar oportunamente si el niño o niña presenta: <ul style="list-style-type: none"> - Vómitos frecuentes - Regurgitaciones excesivas. - Peso y talla menor para su edad. - Irritabilidad. - Coloración pálida (anemia). - Procesos respiratorios a repetición. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportar anormalidades. • Observar el estado general del niño o niña: • Hidratación. • Patrón respiratorio. • Hiperémesis. • Administrar oxígeno si es necesario. • Canalizar acceso venoso y tomar exámenes de laboratorio indicados. • Administrar líquidos EV según indicación. • Cumplir indicaciones médicas. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportar anormalidades. • Observar el estado general del niño o niña. • Administrar oxígeno si es necesario. • Mantener acceso venoso permeable. • Cumplir indicaciones médicas. • Verificar reporte de exámenes. • Administrar infusiones de corrección electrolítica por indicación. • Registrar balance hídrico. • Asistirlo en toma de estudios radiológicos (tubo digestivo, endoscopia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la madre o al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva los primeros seis meses. - Cumplimiento de tratamiento médico. - Cuidados al proporcionar alimentación. - Posición recomendada para dormir - Ingesta de pequeñas cantidades de alimentos. - Importancia de la vigilancia continua del bebe posterior a la alimentación. • Consultar oportunamente si él bebe presenta: <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad respiratoria. - Vómitos abundantes. - Signos de deshidratación (llanto sin lágrimas, ojos hundidos, no ha orinado entre otros). - Dificultad para deglutir.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Asistir al bebe en la alimentación con biberón. • Vigilarlo constantemente, nunca dejarle solo para prevenir neumonía aspirativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la madre o cuidador del niño o niña sobre hacer eructar al bebé después de beber de 1 a 2 onzas de leche maternizada o después de alimentarlo en cada lado si lo está amamantando. • Proporcionar soporte nutricional adecuadamente: 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta licuada espesa tipo pure. - En posición decúbito ventral o decúbito lateral derecho. - Elevación de la cabecera a 30 grados o en el regazo. - Vigilarlo constantemente para prevenir la neumonía aspirativa. • Colocar el bebé para dormir boca arriba, de preferencia en portabebés. • Vigilar si presenta distensión abdominal y reportarlo. • Cumplir medicamentos antieméticos y antiácidos según indicación. • Si falla el tratamiento médico y el plan es cirugía aplicar protocolo pre quirúrgico y post quirúrgico. 	
--	--	--

32. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con infecciones de tejidos blandos

32.1 Definición

Es la invasión microbiana a la epidermis, dermis o tejidos subcutáneos y hasta la fascia profunda o al músculo. La cual se produce por el desequilibrio ente las defensas inmunológicas del huésped y la virulencia del microorganismo.

32.2 Etiología

Son habitualmente bacterianas y en múltiples ocasiones poli microbianas. Las bacterias que con mayor frecuencia participan son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.* (*Streptococcus pyogenes* y en menor proporción estreptococos de los grupos B, C y G), enterobacterias y microorganismos anaerobios (*Bacteroides* del grupo *fragilis* y *Clostridium spp.*)

32.3 Clasificación

Primarias:

Sin necrosis: impétigo, erisipela, celulitis y piomiositis.

Con necrosis: celulitis necrosaste, fascitis necrosaste mionecrosis

Secundarias a lesiones previas: mordeduras, infección de la herida quirúrgica, infecciones en el pie del diabético, infección de úlceras.

32.3 Manifestaciones clínicas

Manifestaciones locales (eritema, bullas, pústulas, áreas de necrosis, lesiones fluctuantes, crepitación, supuración, olor fétido, dolor o anestesia, entre otros.)

Manifestaciones generales (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica [SRIS], sepsis, alteraciones metabólicas y cognitivas). Se acompaña comúnmente de fiebre, aunque ésta puede estar ausente hasta en un 20% de los casos. En las celulitis puede haber fiebre y

adenopatía, sensación general de malestar, sudoración, escalofríos, náuseas, mareo debilidad, choque.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Practicar hábitos higiénicos. - Cumplir esquema de vacunación. - Evitar tener contacto con animales domésticos agresivos. - Baño diario. - Cambio de ropa. - Recorte de uñas. - Higiene de manos. - Evitar el rascado si hay prurito. - Lavar completamente la piel con agua y jabón después de una cortadura, abrasión u otra lesión cutánea. - Acudir al centro de salud más cercano al presentar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre. ✓ Dolor ✓ Induración ✓ Calor ✓ Rubor ✓ Sangramiento ✓ Inflamación. ✓ Cambios de coloración en la piel. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado general. • Tomar signos vitales • Bajar fiebre por medios físicos • Cumplir antipiréticos indicados. • Cumplir indicaciones médicas • Realizar curación de la lesión o zona afectada. • Tomar cultivos por indicación médica. • Aplicar medidas de aislamiento por contacto. • Practicar higiene de manos en los cinco momentos. • Realizar procedimientos con técnica aséptica. • Tomar exámenes de laboratorio. • Valorar y reportar signos de choque séptico: <ul style="list-style-type: none"> - Frialidad. - Sudoración. - Hipotensión. - Taquicardia. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales. • Valorar la hidratación. • Valorar estado general. • Tomar signos vitales. • Bajar fiebre por medios físicos. • Cumplir antipiréticos indicados. • Cumplir indicaciones médicas. • Realizar curación de la lesión o zona afectada. • Tomar cultivos por indicación médica. • Aplicar medidas de aislamiento por contacto. • Asistir en interconsulta con dermatólogo. • Cumplir con procedimiento del manejo de líneas intravenosas. • Vigilar oportunamente signos de flebitis y celulitis: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor. - Calor. - Rubor. - Inflamación. - Eritema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a su curación según indicación médica. - Cumplir con el tratamiento médico. - Practicar hábitos higiénicos. - Cubrir lesión o zona afectada con plástico antes de bañarse. - Mantener la herida o lesión cubierta. - Consultar oportunamente si presenta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre. ✓ Dolor. ✓ Induración. ✓ Calor. ✓ Rubor. ✓ Sangramiento. ✓ Inflamación. ✓ Cambios de coloración en la piel.

33. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con crisis convulsiva y estatus epiléptico

33.1 Definiciones

Primera crisis epiléptica o crisis convulsiva aislada o única: es la primera manifestación paroxística de naturaleza epiléptica, es decir, aquella cuya sintomatología clínica tiene como origen una alteración paroxística de la actividad neuronal; que resultan de una descarga excesiva y anormal de un grupo de neuronas en el cerebro y que pueden ser focales o generalizadas.

Estatus epiléptico: es una convulsión prolongada (o breves convulsiones recurrentes) con duración superior a treinta minutos, durante los cuales no se recupera el conocimiento. Debe entenderse como una complicación de las afecciones por descarga neuronal.

33.2 Etiología

Causas etiológicas de la convulsión

Infeciosa	Convulsión febril, meningitis, encefalitis, absceso cerebral, neurocisticercosis.
Neurológica/desarrollo	Lesión del nacimiento, encefalopatía hipóxico-isquémica, síndromes neurocutáneos, disfunción valvular, anomalías congénitas, enfermedades cerebrales degenerativas.
Metabólica	Hipoglicemia, hipoxia, hipomagnesemia, hipocalcemia, errores innatos del metabolismo, deficiencia de piridoxina
Traumática/vascular	Maltrato infantil, traumatismo craneano, hemorragia intracraneana, contusión cerebral, accidente cerebrovascular.
Toxicológica	Alcohol, anfetaminas, antihistamínicos, anticolinérgicos, cocaína, monóxido de carbono, isoniacida, plomo, litio, hipoglucemiantes, organofosforados, fenotiacinas, salicilatos, simpaticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, teofilina, anestésicos tópicos, idiopática, obstétrica (eclampsia), oncológica.

33.3 Manifestaciones clínicas según tipo de crisis

Tipo de convulsión	Síntomas premonitorios	Características de comportamiento	Duración	Síntomas postictales	Hallazgos ictales EEG
Crisis de ausencia	Ninguno	Mirada fija, automatismos	Menor de 10 segundos	ninguno	Ondas de espigas Generalizadas 3-Hz
Convulsión parcial compleja	Aura variable; si hay marcha sensorial, breve en un período de 10 – 30 segundos	Mirada fija automatismos, postura conservada	30–180 segundos	Común; amnesia, afasia, tendencia al sueño, incontinencia	Actividad focal rítmica
Convulsión tónico-clónico generalizado	Aura variable	Secuencia de postura tónica de miembros por diez segundos, luego movimientos clónicos.	1 – 3 minutos	Invariable; frecuentemente amnesia, sueño, incontinencia, mordedura de la lengua	Espigas repetitivas (fase tónica) ondas de espigas (fase clónica)

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación a familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Control prenatal precoz. - Parto Institucional. - Consumo de alimentos nutritivos. - Mantener medidas preventivas en el hogar y lugares de trabajo para evitar traumas. - Importancia de los chequeos médicos. - Consultar oportunamente cuando haya presencia de fiebre, cefaleas y traumatismo craneales. - Importancia de control Infantil. - Ingesta exacta de tratamientos (dosis y horarios). • Orientar a la población, especialmente a grupos vulnerables sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Drogas y sus efectos. - Evitar el uso y la ingesta de alcohol. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubicar a usuario(a) en camilla con barandales. • Aflojar ropa. • Acostar a usuario(a) sobre su costado con la cabeza flexionada hacia adelante, para favorecer la salida de secreciones. • Tomar y registrar signos vitales, reportando cambios. • Mantener vías aéreas permeables. • Cumplir medicamentos oportunamente según indicación médica. • Aspirar secreciones si es necesario. • Tomar exámenes indicados y reportarlos oportunamente. • Si el usuario(a) convulsiona: <ul style="list-style-type: none"> - Proteger con baja lengua forrado la cavidad oral. - Evitar que se golpee la cabeza. - Aspirar secreciones nasofaríngeas. - Cumplir medicamento anticonvulsivo indicado. - No sujetar al usuario(a), para evitar lesión por las contracciones musculares. • Evitar estímulos que puedan desencadenar crisis convulsiva. • Colocar medidas de seguridad y protección para evitar golpes y caídas manteniéndolo en posición de descanso. • Registrar intervenciones de enfermería en forma oportuna. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales, reportando cambios. • Mantener vías aéreas permeables. • Mantener respaldo a 45°. • Mantener al usuario(a) en decúbito lateral (posición de descanso). • Cumplir medicamentos según prescripción médica. • Proteger a usuario(a) de accidentes. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia. - Cambios de conducta. • Asistir necesidades fisiológicas. • Tomar exámenes indicados y reportarlos. • Proporcionar un ambiente confortable y libre de riesgos. • Brindar apoyo emocional y psicológico a usuario(a) y familia. • Proporcionar dieta y líquidos orales abundantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a usuario(a) y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del tratamiento. - Asistencia a controles subsecuentes. - Medicamentos y sus efectos adversos. - Cuidados personales de usuario(a): <ul style="list-style-type: none"> ✓ No desvelarse. ✓ No subirse a lugares altos. ✓ No bañarse en ríos y piscinas. ✓ No subir ni bajar gradas. - Asistencia a controles con odontólogo. - Práctica de ejercicios según su capacidad física. • Formar y capacitar grupos de apoyo en la comunidad. • Consejería a la familia sobre apoyo a usuario(a) en el hogar.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de estado de conciencia para iniciar dieta. • Orientar a los familiares sobre la importancia del apoyo a usuario(a). • Facilitar la visita de familiares (según normativa de la institución). • Registrar intervenciones de enfermería en forma oportuna. 	

34. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con meningitis bacteriana

34.1 Definición

Meningitis bacteriana aguda

Es la inflamación de las membranas que rodean el cerebro y médula espinal, incluyendo la duramadre, aracnoides y piamadre, secundaria a la presencia de bacterias en el líquido cefalorraquídeo.

34.2 Etiología

Agentes etiológicos más frecuentes de meningitis bacteriana.

Agente	Características	Gram
Streptococcus pneumoniae.	Afecta a todos los grupos de población, su transmisión es de persona a persona y la resistencia a la penicilina y a otros antibióticos está aumentando a escala mundial.	Coco Gram positivo (Reportado en pares)
Haemophilus influenzae.	Causa el 90% de los casos. Afecta principalmente a los menores de cinco años, y se transmite de persona a persona a través de gotas contaminadas con secreciones nasofaríngeas.	Cocobacilos Gram positivos
Neisseria meningitidis	Es un diplococo Gram negativo. Se transmite de persona a persona por inhalación de gotas infectadas. Aunque se describen en la literatura reportes de cepas con sensibilidad disminuida a la penicilina, no hay datos en nuestro medio.	Diplococos Gram negativos.

34.3 Manifestaciones clínicas

Es importante un alto índice de sospecha, puesto que la tríada clásica de cefalea, fiebre y rigidez de nuca está frecuentemente ausente.

Signos y síntomas de meningitis bacteriana según grupo de edad

Grupo de edad	Síntomas y signos
Niños de 1 - 3 meses.	Irritabilidad, disminución del apetito, fiebre, letargia, llanto de tono agudo, convulsiones, vómito, distensión abdominal e ictericia. Abombamiento de la fontanela y la separación de suturas pueden ser de aparición tardía. El hallazgo aislado de una fontanela abombada a esta edad es un signo poco sensible de meningitis. Hipotonía y petequias pueden ser frecuentes.
Niños de 4 meses a 2 años.	Fiebre persistente, irritabilidad y vómito con somnolencia, anorexia, confusión y letargia. La obnubilación, el coma y las convulsiones indican un proceso avanzado y de mal pronóstico. El abombamiento de la fontanela acompañado de signos locales de irritación meníngea como Kernig y Brudzinski son menos comunes al inicio del proceso.
Niños mayores de 2 años de edad:	Alteración de la conciencia, náuseas, vómito, cefalea, mialgias, fotofobia y astenia. Fiebre, cefalea, ataxia, rigidez de nuca y deterioro pronunciado de la conciencia.

Presentación clínica especialmente grave

Meningitis con riesgo inminente de muerte

Esta es producida especialmente por *S. pneumoniae* y *H. influenzae*, puede desarrollar rápidamente hipertensión intracraneal con riesgo de enclavamiento y muerte. Los signos sugestivos de esta evolución son la disminución rápida del estado de conciencia, midriasis bilateral con lenta reacción a la luz, oftalmoplejía y parálisis del VI par craneal, alteraciones en el patrón respiratorio, inestabilidad cardiovascular. Ante estos pacientes se debe realizar una estabilización rápida y eficaz garantizando: la sostenibilidad de la vía aérea (intubando si es necesario), la ventilación efectiva y la reanimación hídrica necesaria previo a la referencia para su manejo en una UCI.

Sepsis y meningitis meningococcica

Neisseria meningitidis puede producir sepsis con o sin meningitis y meningococcica fulminante. La sepsis meningococcica se inicia bruscamente aunque en ocasiones hay signos prodrómicos como cefalea, hipoactividad, dolores musculares y artralgias. Aparecen hemorragias cutáneas multiformes desde petequias hasta equimosis o necrosis de piel. Algunos niños presentan una evolución fulminante: aparece fiebre elevada, rápida afectación del estado general, hemorragias cutáneas, obnubilación, coma, choque y falla multiorgánica.

Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la mujer embarazada sobre: - Inscripción del niño o niña en control infantil al establecimiento de salud más cercano, en los primeros siete días de vida. - Asistir a los controles subsecuentes del niño o 	<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y reportar el estado general del niño o niña. • Controlar y reportar signos vitales cada 4 horas o según estado de salud. • Aplicar medidas estándares de bioseguridad. • Mantener vías aéreas permeables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a los padres y familia sobre: - Lavado de manos antes y después de manipular al niño o niña. - Cuidados de higiene. - Importancia de efectuar ejercicios de fisioterapia y estimulación temprana.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>niña, puntualmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacunación contra la meningitis, (vacuna pentavalente). - Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuar hasta los dos años de edad. - Consultar tempranamente ante la aparición de: fiebre, anorexia, rigidez de nuca, convulsiones y petequias. - Baño diario del recién nacido(a) y cuidados del cordón umbilical. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar rodete bajo los hombros. • Colocar respaldo a 30°. • Aspirar secreciones las veces necesarias. • Colocar oxígeno según prescripción médica. • Cumplir líquidos endovenosos y otras indicaciones prescritas. • Mantener un ambiente libre de estímulos físicos y auditivos. • Identificar signos de insuficiencia respiratoria. • Bajar temperatura con medios físicos, aplicando compresas húmedas con agua tibia en axilas e ingle frotando suavemente la piel. • Asistir al niño o niña en procedimientos especiales (punción lumbar, rayos x, ultrasonografía, TAC). • Vigilar y reportar signos de deterioro neurológico tales como: letargia, somnolencia, convulsiones, espasticidad, tamaño y reflejo de pupilas. • Asistir al niño o niña al presentar convulsión: <ul style="list-style-type: none"> - Proteger la lengua. - Evitar caídas y proteger contra golpes. - Cumplir medicamentos anticonvulsivantes indicados. - Controlar balance hídrico. - Informar a la familia sobre el estado de salud del niño o niña y mantener comunicación efectiva. - Vigilar y reportar cambios en la coloración de la piel. - Administrar medicamentos según prescripción médica. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y reportar el estado general del niño o niña. • Controlar y reportar signos vitales. • Aplicar medidas estándares de bioseguridad. • Mantener vías aéreas permeables. • Colocar rodete bajo los hombros. • Colocar respaldo a 30°. • Aspirar secreciones las veces necesarias. • Colocar oxígeno según prescripción médica. • Reportar signos de alarma: cefalea, convulsiones, somnolencias. • Cumplir líquidos endovenosos y otras indicaciones prescritas. • Mantener al niño o niña en un ambiente libre de estímulos físicos y auditivos. • Bajar temperatura con medios físicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistir a los controles de seguimiento en el hospital. - Consultar al médico(a) en caso de presentar signos de alarma como: fiebre, convulsiones, somnolencia. - Cumplir con tratamiento médico en casa. - Proporcionar alimentación indicada. • Coordinar por medio de enfermería de enlace de la RIISS, el seguimiento y tratamiento de contactos.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Control de temperatura para evaluar el descenso de la misma. • Asistir a paciente en procedimientos especiales (punción lumbar, rayos x, ultrasonografía, TAC). • Coordinar con el médico la restricción o inicio de la alimentación. • Vigilar y reportar signos de deterioro neurológico tales como: letargia, somnolencia, convulsiones, espasticidad, tamaño y reflejo de pupilas. • Asistir a paciente durante la convulsión. • Llevar balance hídrico estricto. • Vigilar y reportar cambios en la coloración de la piel. • Administrar medicamentos según prescripción médica. • Cambios de posición cada dos horas manteniendo posición anatómica. • Realizar baño en cama. • Coordinar y apoyar la rehabilitación temprana. • Informar a la familia sobre el estado de salud del niño o niña y cuidados intrahospitalarios, manteniendo comunicación efectiva. • Orientar a la familia sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos antes y después de manipular al niño o niña. - Utilizar medidas de aislamiento. • Asistir, vigilar y reportar la ingesta y tolerancia de dieta indicada. • Reportar el diagnóstico a comité de infecciones asociadas a la atención sanitaria. • Registrar intervenciones de enfermería en forma oportuna. 	

35. Guía de atención de cuidados de enfermería en pacientes con manejo del dolor en pediatría

35.1 Definición

El dolor es una experiencia sensorial y emocional subjetiva y desagradable, una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera. Es todo lo que el niño o niña que lo sufre considera como tal y existe siempre que sea expresado sentirlo por cualquier medio. Actúa como señal de aviso.

35.2 Etiología

Según la etiología del dolor

Dolor nociceptivo: es el producido por una estimulación de los nociceptores, es decir los receptores del dolor, provocando que el "mensaje potencialmente doloroso" sea transmitido a través de las vías

ascendentes hacia los centros supraespinales y sea percibido como una sensación dolorosa. Por ejemplo un pinchazo.

Dolor neuropático: es producido por una lesión directa sobre el sistema nervioso, de tal manera que el dolor se manifiesta ante estímulos mínimos o sin ellos y suele ser un dolor continuo.

Según la localización del dolor

Dolor somático: está producido por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas. Es un dolor agudo, bien localizado, por ejemplo un dolor de hueso o de una artritis o dolores musculares, en general dolores provenientes de zonas inervadas por nervios somáticos. Suelen responder bien al tratamiento con analgésicos según la escalera de la OMS.

Dolor visceral: está ocasionado por la activación de nociceptores por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras pélvicas, abdominales o torácicas. Se añade el espasmo de la musculatura lisa en vísceras huecas. Se trata de un dolor pobremente localizado, descrito a menudo como profundo y opresivo.

35.3 Clasificación

Dolor crónico: es el dolor que dura más de tres meses, como el dolor oncológico.

Dolor agudo: es el dolor que dura poco tiempo, generalmente menos de dos semanas, como un dolor de muelas, o de un golpe, el dolor postoperatorio, traumatismo, una herida o una contusión, una fractura, la presencia de daño en un tejido blando, una infección y/o una inflamación.

35.4 Características del dolor

Según las características del dolor se puede conocer su origen o etiología, y por lo tanto su diagnóstico, su tratamiento. Estas características son:

Localización: Es la parte del cuerpo donde se localiza el dolor. Ejemplos: dolor de cabeza (cefalea), dolor torácico, dolor abdominal, entre otros.

Tipo: Según las sensaciones que tiene el paciente. Ejemplos: punzante, opresivo, lacerante, cólico, entre otros.

Duración: el tiempo desde su aparición.

Frecuencia: es el número de veces que ha ocurrido el dolor de similares características.

Intensidad: es una de las características más difíciles de evaluar debido al aspecto subjetivo de la persona que lo experimenta. El dolor puede ser leve, moderado, severo.

Irradiación: es el trayecto que recorre el dolor desde su localización original hasta otro lugar.

Síntomas acompañantes: como náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, temblor, entre otros.

Signos acompañantes: sudoración, palidez, escalofríos, trastornos neurológicos, entre otros.

Factores agravantes: son las circunstancias que aumentan el dolor, por ejemplo tras la ingesta, determinados movimientos, entre otros.

Factores atenuantes: son las circunstancias que disminuyen el dolor, por ejemplo el descanso, posiciones corporales.

Medicamentos: que calman o que provocan el dolor.

35.5 Manifestaciones clínicas

Cuando es agudo se acompaña frecuentemente de manifestaciones vegetativas como náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia y aumento de la presión arterial. Con frecuencia, el dolor se refiere a localizaciones cutáneas que pueden estar distantes de la lesión, como por ejemplo el dolor de hombro derecho en lesiones biliares o hepáticas, hipersensibilidad a la presión, compresión directa, insomnio, fatiga, decaimiento.

35.6 Escalas de evaluación del dolor

La intensidad del dolor será evaluada según la edad del niño o niña de la siguiente manera:

Escalas 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 análogica (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	<p>Como utilizar la escala FLACC</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 pueda imaginar	

La escala descriptiva simple, la escala numérica y la escala visual análoga son instrumentos de medición del dolor considerados unidimensionales y universales. Por tanto, evalúan exclusivamente la intensidad del dolor y se entienden en cualquier idioma.

Escala descriptiva simple, presenta grados de intensidad del dolor (sin dolor, dolor leve, dolor moderado y dolor intenso). La puntuación es la siguiente:

0	Sin dolor
1	Dolor leve
2	Dolor moderado
3	Dolor intenso

Escala analógica visual- EVA

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

Escala numérica (EN)

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor Máximo dolor

Escala luminosa analógica (NAYMAN)

Utiliza los colores en una gradación de intensidad de luz que van desde la ausencia de dolor (blanco) al dolor máximo (violeta). Los colores en orden son:

Blanco – amarillo – naranja – rojo – violeta

Otras escalas utilizan varios parámetros de forma simultánea con el fin de hacer más comprensible la tarea solicitada (facial, numérica, descriptiva, luminosa). Todas estas opciones suponen una alternativa de valoración, lo importante, es utilizar siempre la misma escala con el mismo paciente.



Pain Intensity Scale



Intervenciones de enfermería

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> Orientar al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> Valorar parámetros fisiológicos (elevación de la frecuencia cardiaca, de la frecuencia respiratoria, vasoconstricción periférica, frialdad, aumento de la sudoración), según la edad del niño o niña. Realizar medición objetiva del dolor. Aplicar escalas de valoración del dolor, (FLACC y EVA). Realizar una reevaluación continua para comprobar si el tratamiento es efectivo. Proporcionar apoyo emocional al paciente y familia. Gestionar terapia ocupacional. Gestionar apoyo psicológico. Proporcionar comodidad. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> Control de signos vitales y reportar anomalías. Aplicar escalas del dolor en forma periódica puede ser cada dos, cuatro o seis horas de acuerdo a la condición clínica y gravedad del niño o niña. Cumplir analgésicos indicados por las diferentes vías. Colocar medios físicos fríos en zonas dolorosas si es necesario. Valorar el dolor antes, durante y después de un procedimiento potencialmente doloroso. Cumplir los rescates de analgésicos según protocolo y registrarlos en la hoja de manejo del dolor. Administrar infusión continua de analgésicos según indicación. Realizar cuidados de líneas intravenosas. Evitar mezclar morfina con líquidos bicarbonatados. En pacientes con difícil acceso venoso administrar morfina subcutánea según indicación médica. Verificar adecuado funcionamiento de bomba elastomérica si el paciente lo tiene. Utilizar dispositivos mecánicos. Proporcionar calidez humana. Evitar manipulaciones bruscas e innecesarias. Evitar estímulos sonoros y luminosos. Los cambios de posición siempre deben ser gentiles y suaves. Facilitar el contacto con los padres. Dar masajes, caricias, arrullarlo. Hablar suave y tranquilo. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> Reportar oportunamente cuando el niño o niña tienen dolor. Evitar estímulos dolorosos. Cumplir tratamiento médico en casa. En casos de pacientes con dolor crónico o paliativos, se debe capacitar al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> Higiene de manos. Cumplimiento de analgésicos subcutáneos. Cuidados de bomba elastomérica. Asistir a cambio de catéteres a la institución, según programación. Consultar oportunamente si presenta: <ul style="list-style-type: none"> Estreñimiento. Nauseas. Vómitos. Cefalea. Somnolencia. Dolor incontrolable. Debilidad. Sudoración. Vigilar signos de infección en sitios de dispositivos o de punción: <ul style="list-style-type: none"> Dolor Rubor Eritema Salida de secreciones.

Promoción y prevención	Segundo y tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Usar colchón de agua. • Asistirlo en cuidados higiénicos. • Proporcionar apoyo emocional a paciente y familia. • Valorar estado abdominal y tolerancia de la vía oral. • Reportar oportunamente si no ha evacuado. • Administrar laxantes indicados y verificar y reportar efectividad. • Indagar sobre sus preferencias alimenticia • Atender siempre el llamado del paciente con dolor y valorar escala las veces necesarias, (humanización). • Cambiar el parche de fentanyl cada 72 horas estrictamente si está indicado. • Cubrir parche de fentanyl con plástico al momento del baño. • En el traslape de morfina intravenosa a parche de fentanyl, esperar cuatro horas de colocado el parche para suspender infusión. • Registrar intervenciones de enfermería en forma oportuna. 	

V. Disposiciones Finales

Sanciones por Incumplimiento

Es responsabilidad de todo el personal involucrado en la atención de pacientes en el primer, segundo y tercer nivel, dar cumplimiento a las presentes Guías de atención, en caso de incumplimiento se aplicaran las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectivas.

De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en las presentes Guías de atención, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido a la Titular de esta cartera de Estado, fundamentando técnica y jurídicamente, la razón de lo no previsto.

VI. Vigencia

Las presentes guías de atención, entraran en vigencia a partir de la fecha de la oficialización, por parte de la Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador, a los veintidós días del mes de octubre del año dos mil dieciocho.


Dra. Elvia Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud



Ut

BIBLIOGRAFIA

Anemia ferropénica

1. Calvo EB, Gnazzo N. Prevalence of iron deficiency in children aged 9-24 mo from a large urban area of Argentina. *Am J Clin Nutr* 1990; 52:534-540.
2. ENNYS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Buenos Aires; 2006.
3. Guías de diagnóstico y tratamiento. Anemia por deficiencia de hierro Sociedad Boliviana de Pediatría.
4. Morasso MC, Molero J, Vinocur P, et al. Deficiencias de hierro y de vitamina A y prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad en Chaco, Argentina. *Arch Latinoam Nutr* 2003; 53:21-29.

Bronquiolitis

5. Best practice evidence based guideline, Wheeze and chest infection in infants under 1 year. 2005 Pediatric Society of New Zealand Health.
6. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE Diagnosis and Management of Bronchiolitis Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis.peds.2006-2223
7. Fernández-Rodríguez M, Martín-Muñoz P. Los aerosoles con suero salino hipertónico al 3% podrían disminuir la duración de la hospitalización en lactantes con bronquiolitis *Evid Pediatr*. 2007; 3: 102.
8. La administración de salbutamol o adrenalina racémica en nebulización no disminuye la duración del ingreso ni la dificultad respiratoria en la bronquiolitis. Aizpurua Galdeano P. *Evid Pediatr*. 2006; 2: 13
9. Ochoa Sangrador C, Castro Rodríguez JA. Los corticoides no son eficaces en la bronquiolitis aguda. *Evid Pediatr* 2007; 3:91.
10. Ochoa Sangrador, C.et al. Conferencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda (II): epidemiología de la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. *AnPediatr(Barc)*.2010.doi:10.1016/j.anpedi.2009.11.019
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Bronchiolitis in children A national clinical guideline November 2006.

Cardiorespiratorio

12. Ganong Fisiología médica. 2010 American Heart Association guidelines for cpr & emergency cardiovascular care fact sheet.
13. Manual Harriet Lane de pediatría ed. 18
14. Soporte vital avanzado pediátrico (AHA 2010)

Cetoacidosis diabetica

15. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009 Compendium Diabetic ketoacidosis in children and adolescents with diabetes. Wolfsdorf J, Craig ME, Daneman D, Dunger D, Edge J, Lee W, Rosenbloom A, Sperling M, and Hanas R. Diabetic ketoacidosis in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes* 2009; 10 (Suppl. 12): 118–133.
16. La pandémie de diabète: un fléu cardiovasculaire et une menace pour les systèmes de sante et l'économie mondiale *Epidemiologie, coûts et organisation des son. Médecine des maladies métaboliques*, March 2008. Pierre Levaré.
17. Management of Diabetic Ketoacidosis in Children and Adolescents *Pediatrics in Review*. 2008;29;431-436 David W. Cooke and Leslie Plotnick
18. *Pediatrics Drugs* 2008; 10 (4): 209-215 THERAPY IN PRACTICE c 2008 Adis Data Information BV. All rights reserved. Management of Diabetic Ketoacidosis in Children and Adolescents Nicole A. Sherry and Lynne L. Levitsky Pediatric Endocrine Unit, Massachusetts General Hospital for Children, Harvard University, Boston, Massachusetts, USA.

Convulsiones febriles

19. Clinical Practice Guideline www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-0939 AAP.
20. CKS. Safe Practical Clinical Answers. June 2008. Febrile Seizures.
21. *PEDIATRICS* Volumen 121, Number 6, June 2008

Crisis asmática

22. Global Initiative for Asthma (GINA). Workshop Report Management and Prevention. Update 2004.
23. Guías clínicas para la atención de las principales enfermedades pediátricas. 2006. M.S.P.A.S. El Salvador.C.A.
24. Plotnick LH, Ducharme FM. Anticolinérgicos y agonistas beta2 combinados inhalados para el tratamiento inicial del asma aguda en los niños (Revisión Cochrane traducida). En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
25. Textbook of pediatrics Nelson, Behrman, Kliegman Arvin 18Th Edition.

Choque

26. Pediatric Advanced Life Support Course Guide & Pediatric Advanced Life Support Provider Manual. American Heart Asociación. 2008

27. Pediatric Advanced Life Support 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

CRUP

28. Alberta Guidelines Clinical Practice. Guideline for the Diagnosis and Management of Croup. Toward Optimized Practice. Update 2008.
29. Bjornson CL, MD; Johnson DW, MD. Croup Treatment Update. Pediatric Emergency Care. Vol. 21, N°12, Dic. 2005.
30. Cotelo A. y cols. Infecciones Respiratorias Pediátricas. Guías de Tratamiento. Cap.10. 2005
31. Jason W. Custer, MD., Raquel E. Rau, MD, the Harriet Lane Handbook. 18 edition 2009.
32. Macri, Carlos N, Teper, Alejandro M. "Enfermedades Respiratorias Pediátricas", McGraw Hill /Interamericana Editores. 2003.
33. Seema Shah MD. et al. Pediatric Respiratory Infections. Emergency Medicine Clinics of North America. Vol. 25 (2007); 961-979.

Dermatitis atópica

34. Compendio de Pediatría, OSKI, 2da Edición.2007.
35. Dermatología Pediátrica (guía de consulta rápida), AAP, 1era Edición,2010
36. Pediatrics. I. Kliegman, Robert.II. Nelson, Waldo E. Textbook of pediatrics. 18 th edition. Copyright 2007
37. RED BOOK, Atlas de Enfermedades Infecciosas en Pediatría, AAP, 1era Edición, 2009.

Diarrea y manejo deshidratación

38. Clínica Guideline (April 2009 NSH-NICE) Diarrhoea and vomiting diagnosis, assessment and management in children younger than 5 years caused by gastroenteritis.
39. Infectología pediátrica práctica.Dr. Pleitez. Año 2008
40. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5años: un enfoque basado en la evidencia Guía práctica clínica Ibero-Latinoamericana P. Gutiérrez Castellana, I. Polanco Allueb y E. Salazar Lindoc. 2009.
41. Manual Harriet Lane de Pediatría 17ª Ed

Dolor

42. Diccionario de medicina, edición océano, volumen I año 1994

43. Lauki segunda, Manual para Latinoamérica, Uso de opioides en el tratamiento del dolor, edición octubre 2011, Caracas Venezuela.
44. M. Cruz, Tratado de pediatría, nueva edición, editorial Médica Panamericana océano, año 2007
45. Mancia J. Hill, Serie Mosby de Enfermería Clínica, Madrid España
46. Nelson, Tratado de Pediatría. 14° edición, México; McGraw-Hill Interamericana editores, 1998 volumen I.

Epilepsia

47. Beato, Mateos. Nuevas Perspectivas en el Tratamiento Farmacológico de la Epilepsia. Inf Ter Sist Nac Salud 1999; 23: 104-110.
48. Blumstein, Michelle; Friedman, Marla. Childhood Seizures. Emergency Clinics of North America, Vol 25, Issue 4, 2007.
49. De Nigri, Maurizio; Baglietto, María Guiseppina. Treatment of Status Epilepticus in Children. Pediatric Drugs, 2001.
50. Glauser, Tracy. Designing Practical Evidence-Based Treatment Plans for Children With Prolonged Seizures and Status Epilepticus. Journal of Child Neurology, Vol 22:5 May 2007.
51. National Collaborating Center for Primary Care. Clinical Guideline 20, The Epilepsies: diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. October 2004.
52. SIGN Guideline. Diagnosis and Management of Epilepsies in children and young people. November 2005.

Escabiosis

53. Dermatología Pediátrica (guía de consulta rápida), AAP, 1era Edición,2009
54. Pediatría, Nelson 18ava Edición.
55. Red book, Atlas de Enfermedades Infecciosas en Pediatría, AAP, 1era Edición,2010

Fiebre

56. Baraff LI, et al Practice guidelines for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Pediatric 1993; 92:1-12
57. Evaluation and Management of Infants and Young Children with Fever Michael Luszak, LTC, MC, USA, Darnall Army Community Hospital, Fort Hood, Texas. Am Fam Physician 2001;64:1219-26.
58. Evidence based clinical practice guideline for fever of uncertain source in infants 60 days of age or less. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical

- Center; 2003 Jun. 12 p. (The guideline was reviewed for currency in September 2006 using updated literature searches and was determined to be current)
59. Fever in Pediatric Primary Care: Occurrence, Management, and Outcomes; Jonathan A. Finkelstein, MD, MPH; Cindy L. Christiansen, PhD; and Richard Platt, MD, MS. PEDIATRICS Vol. 105 No. 1 January 2000.
 60. Fever without apparent source on clinical examination; Paul L. McCarthy, Current Opinion in Pediatrics 2004, 16:94–106.
 61. Fever Without Source in Childrend to 36 Months of Age; Paul Ishimine, MD; *Pediatr Clin N Am* 53 (2006) 167– 194.
 62. Feverish illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years. Clinical Guideline May 2007. NHS by NICE
 63. Fiebre sin foco (FSF), José Tomás Ramos Amador y Jesús Ruiz Contreras, *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría*, Academia Española de Pediatría, Octubre 2001.
 64. Fiebre sin foco en niños de 0-36 meses, Dr. Néstor Fabián Fernández, *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. N° 173 – Septiembre 2007, Publicación avalada por Res. N° 825/05-CD. Facultad de Medicina – UNNE, Argentina.
 65. *Infectología pediátrica práctica*, Dr. Ernesto Benjamín Pleitez Sandoval, Impresos múltiples, SA de CV, Septiembre 2008.
 66. *Infectología pediátrica práctica*, Dr. Ernesto Benjamín Pleitez Sandoval, Impresos múltiples, SA de CV, Septiembre 2008.
 67. Jaskiewics JA, et al. Febrile infants at low risk for serious bacterial infection – an appraisal of the Rochester criteria and implications for management. Febrile Infants Collaborative Study Group. *Pediatrics* 1994;94:390-6
 68. Management of Fever Without Source in Infants and Children, Larry J. Baraff, MD, Department of Pediatrics and Emergency Medicine, University of California, Los Angeles Emergency Medicine Center, Los Angeles, CA. July 11, 2000
 69. Management of the febrile child without a focus of infection, in the era of universal pneumococcal immunization. Jerome O. Klein, MD, *Pediatr Infect Dis J*, 2002;21:584–2 Vol. 21, No. 6
 70. Manejo de fiebre sin localización en niños de 0-36 meses, Amparo Ballón Hurtado, Carlos Bada Mancilla, *Pediatrica* 6(1) 2004.
 71. Moreno Pérez D, Chaffanel Peláez M. Antitérmicos, padres y pediatras. ¿Tenemos conclusiones para todos ellos? *Evid Pediatr*. 2006; 2:16. Hospital Materno-Infantil, Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.

Hepatitis viral aguda

72. Connor BA 2005 Hepatitis A vaccine in the last minute traveler. *Am J. Med* 118 Suppl 10A. pp. 58S_62S.
73. David C.A. Candy, E. Graham Davies, Euan Ross *Clinical pediatrics and child health*. Editorial Elsevier Health Sciences, 2001, pag 14.
74. Harrison *Principios de Medicina Interna* 16ª edición (2006) Capitulo 285. Hepatitis vírica aguda .*Anatomía patológica* Mac Graw Hill marzo 2009 Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y del Riñón. Medline Plus

75. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases febrero 2004. Lo que necesito saber sobre hepatitis A Marzo /09.
76. Revista Chilena Pediátrica v. 73 n 2, Santiago Marzo 2002.
77. Revista Chilena Pediatría. 73 (2); 173-175, 2002
78. Ryan KJ Ray CG editors 2004. Sherris Medical Microbiology 4^a. Edición. Mc Graw Hill. PP. 541_4.
79. Universidad de Michigan Health System; Women's Health Advisor 205. Hepatitis A.

Impétigo

80. Compendio de Pediatría, OSKI, 2da Edición, 2007
81. Nelson, Tratado de Pediatría, 18ava Edición, 2009
82. Protocolos Españoles de pediatría, Dermatología <<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/infeccionescutaneas.pdf>> consultada en junio 2011

Infecciones del tracto urinario

83. Andreole VA. Urinary tract infections. Infect Dis Clin Nort Am 1997; 11(3): 499-755
84. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. (2005).
85. Garcia Fuentes M, Gonzales Lameño D
86. Hansson S, Brandström P, Jodal U, et al. Low bacterial Counts with urinary tract infection. Pediatrics 1998; 132(1): 180-182
87. Hoberman A, Wald ERW. Urinary tract in young febrile children. Pediatr Infect Dis J 1997; 16(1)
88. Infecciones del tracto urinario. Tratado de Pediatría 8^a edición Madrid 2001 pág. 1545
89. Marks MI, Arrieta AC. Urinary Tract Infectious In: Feigin and Cherry, eds. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998: 483-503.
90. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Urinary tract Infection in Children Clinical Guide Line London August 2007
91. Pleités S. Ernesto 2008 Infectología pediátrica práctica pág. 87
92. Roberts KB Akintemi OB Epidemiología y Presentación clínica de las infecciones de las vías urinarias en niños menores de 2 años MTA Pediatría 2000, 21: 9-18.
93. Stamm W. Infecciones Urinarias. In: Greenberg A, ed. Tratado de Enfermedades Renales. Madrid: Harcourt Brace, 1999: 381-386
94. Stamm W. Infecciones Urinarias. In: Greenberg A, ed. Tratado de Enfermedades Renales. Madrid: Harcourt Brace, 1999: 381-386
95. Ucros, Santiago, Alcides Caicedo, Guías de pediatría practica basadas en evidencia. Editorial Panamericana. Colombia 2004. Andre olé VA. Urinary tract infections. Infect Disk Cline North Am 1997; 11(3): 499-755

Intoxicaciones

96. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, 2006; 46: 345-350.
97. Intoxicaciones en Pediatría. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Revista Pediátrica 2005.
98. Paris, Enrique y Juan Carlos Ríos. Intoxicaciones: Epidemiología, clínica y tratamiento. Ediciones Universidad Católica de Chile, 2001.
99. Revista chilena de pediatría versión impresa ISSN 0370-4106. Revista chilena de pediatría. Vol.70 No.4 Santiago Jul. 1999.
100. Urgencia de Pediatría. Hospital de Cruces. Bizkaia. 2008.
101. Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao. 2007.

Meningitis bacteriana

102. Report of the Task Force on Diagnosis and Management of Meningitis ,Jerome O. Klein, Ralph D. Feigin and George H. McCracken, Jr .Pediatrics 1986;78;959-982 .The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at: <http://www.pediatrics.org>
103. JAMA. 2007;297(1):52-60, Clinical Prediction Rule for Identifying Children With Cerebrospinal Fluid Pleocytosis at Very Low Risk of Bacterial Meningitis Lise E. Nigrovic; Nathan Kuppermann; Charles G. Macias; et al. (doi:10.1001/jama.297.1.52)
104. JAMA, October 25, 2006—Vol 296, No. 16. How Do I Perform a Lumbar Puncture and Analyze the Results to Diagnose Bacterial Meningitis?
105. National Institute for Health and Clinical Excellence, June 2010, Bacterial meningitis and meningococcal septicaemia, Management of bacterial meningitis and meningococcal septicaemia in children and young people younger than 16 years in primary and secondary care

Mordedura por ofidio

106. Guía de terapéutica antimicrobiana 2008, Guía Sanford, David N. Gilbert y colaboradores, Editorial médica A.W.W.E. S.A. Buenos Aires, Argentina.
107. Guía técnica para el manejo de pacientes mordidos por ofidios en el salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), 2008.
108. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba., Academia Española de Pediatría, año 2010.
109. Johns Hopkins: The Harriet Lane Handbook: A Manual for Pediatric House Officers, 17th ed., Copyright © 2005 Mosby, An Imprint of Elsevier
110. Parasitosis humanas, 4ª edición, David Botero/Marcos Restrepo, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín Colombia, 2005.
111. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría, Francisco Barcones Minguela,

Neumonía adquirida en la comunidad

112. Amaia Bilbao, Rosa Diez, Silvia Pascual, Esther Pulido and Mikel Alberto Capelas tegui, et al. CHEST Predictors of Short-term Prehospitalization Following Discharge of Patients Hospitalized With Community-Acquired Pneumonia, *Chest* 2009;136;1079-1085; Prepublished online April 24, 2009;
113. Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Community Acquired Pneumonia in children 60 days through 17 years of age a Original Publication Date: July 11, 2000 Revision Publication Date: December 22, 2005 New search July, 2006
114. González Saldaña, Torales T, Gómez Barreto, *Infectología clínica pediátrica*,. 7ª ed. México, 2004.
115. Guías Clínicas para la Atención de las Principales Enfermedades Pediátricas en el Segundo nivel de atención, 2007.
116. Servicio de Pediatría. Hospital Marina Alta, DENIA, ESPAÑA Protocolo para manejo de neumonía

Otitis media aguda

117. Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Otitis Media; Alberta Medical Association Canada 2008.
118. Manejo de la otitis media aguda en niños. Seguro social Costa Rica 2005.
119. Pedro Martín Muñoz; Juan Ruiz-Canela Cáceres Manejo de la otitis media aguda en la infancia, guía práctica clínica basada en la evidencia, 2001.
120. Pleités. *Infectología pediátrica práctica* 2006.

Parasitismo intestinal

121. Aguilar JR. Parasitismo Intestinal. Tratamiento médico de la amibiasis. En: *Amibiasis. Primera Reunión de Expertos*. México: Searle de México, S.A. de C.V., 1992:59-79. Anónimo. Drugs for parasitic infections. *The Medical Letter* 1998; 40:1-12. Guerrant RL, Schwartzman JD, Pearson RD. Intestinal nematode infections. General principles. En: Strickland GT, ed. *Hunter's Tropical Medicine*. Philadelphia: WB Saunders, 1991:684-9. Gilles HM. Soil-transmitted helminths (geohelminths). En: Cook GC. *Manson's Tropical Diseases*. London: Bailliere Tindall, 1996:1369-1412. Anonymous. Ant parasitic therapy. En: Nelson JD, ed. *Pocketbook of Pediatric Antimicrobial Therapy*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1990:56-62. Anónimo. Albendazole. En: *The United States Pharmacopeia Convention. Drug Information for the Health Care Professional*. Taunton: Rand McNally, 1996:30-33.
122. Antonio F Medina Clarosa, María José Mellado Peña, Milagros García Hortelano, Roi Piñeiro Pérez y Pablo Martín Fontelosa. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría (AEP): *Infectología Pediátrica. Parasitosis intestinales*. Servicio de Pediatría. Unidad de E. Infecciosas y Pediatría Tropical. Consejo al niño Viajero y Vacunación Internacional. Hospital Carlos III. Madrid. Protocolos actualizados al año 2008. www.aeped.es/protocolos/

123. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP (Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y Asociación Española de Pediatría) 2010.
124. Red Book, Sección 3. Resúmenes de Enfermedades Infecciosas. Edición 2006.

Purpura trombocitopénica idiopática

125. WILLIAMS HEMATOLOGY fifth edicion,1995
126. Thrombocytopenia During Childhood: What the Pediatrician Needs to Know. DOI: 10.1542/pir.26-11-401 *Pediatr. Rev.* 2005;26;401-409 George R. Buchanan
127. NELSON Textbook of pediatric 18ª Edicion,2007
128. ARCH.PEDIATR.URUG.2006; 77(1)39-42
129. ARCH.ARGET.PEDIATR.2003;101(3)/225
130. Thrombocytopenia in Infants and Children DOI: 10.1542/pir.32-4-135 *Pediatr. Rev.* 2011;32;135-151 Deborah M. Consolini

Salmonelosis y fiebre tifoidea

131. CDC website, Division of Bacterial and Mitotic Diseases, Disease Listing: Salmonelosis
132. Changing Epidemiology and Prevention of Salmonella Infections. W. Matthew Linam, MD, and Michael A. Gerber, MD. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26: 747–748
133. Copyright © 2009 the Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
134. Glynn MK et al. (1998). «Emergence of multidrug-resistant Salmonella enteric serotype typhimurium DT104 infections in the United Staes». *N Engl J Med* 338 (1). p. 1333. CDC website, Division of Bacterial and Mycotic Diseases, Disease Listing: Salmonelosis.
135. Instituto de Salud Pública de Chile. <http://www.ispch.cl/labamb/servlab/salmonella.html>. Farreras Valentí P. (2004). *Medicina interna*. Madrid: Elsevier. 8481748102. Lesser, Cammie F.; Miller, Samuel I. (2006). «Salmonelosis». *Harrison. Principios de medicina interna*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 9701051653. Cohen JI et al. (1987). «Extra-manifestation of Salmonella infections». *Medicine* 66 (1). p. 349. Glynn MK et al. (1998). «Emergence of multidrug-resistant Salmonella enteric serotype typhimurium DT104 infections in the United Staes». *N Engl J Med* 338 p. 1333.
136. MedlinePlus - Enciclopedia Médica: Enterocolitis por salmonella.
137. Moelback y col., 1999; Fey y col., 2000; Wolf y col., 2001; White y col., 2001.
138. Novel Data-Mining Approach Systematically Links Genes to Traits. *PLoS Biol*3: 166.

139. Prescott, L. M. (1998). Microbiología. McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.84486-02617.
140. Serological and genetic diversity amongst Salmonella strains isolated in a salami processing line. Braz. J. Microbiol. 2007, vol. 38, no. 1 pp. 178-182.
141. Sirinavin S, Garner P. Antibiotics for treating salmonella gut infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue .Art. No.: CD001167. DOI: 10.1002/14651858.CD001167.
142. Veterinarias de Chile, zoonosis, entero bacterias. RIBEIRO, Vinicius B., ANDRIGHETO, Cristiano, BERSOT, Luciano S. et al.

Sinusitis

143. Guía Clínica Manejo de la Sinusitis Aguda Bacteriana en niños, Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2006
144. Guía Clínica Practica; Manejo de la Sinusitis Aguda. Comité Mejoramiento de la Calidad, Academia Americana de Pediatría. Pediatrics Vol. 108. Septiembre 2001
145. Pascual Pérez; Rinosinusitis, Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico .2007.
146. Pleités. Infectología Pediátrica Práctica. 2006

Varicela

147. Dermatología Pediátrica (guía de consulta rápida), AAP, 1era Edición.2010
148. Pediatría, Nelson 18ava Edición.2009
149. RED BOOK, Atlas de Enfermedades Infecciosas en Pediatría, AAP, 1era Edición.2008
150. UpToDate®Print|Back Acyclovir: Drug information Copyright 1978-2011 Lexi-Comp, Inc. All rights reserved. ©2011