



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional
de Salud del Niño"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Nº 87 -2022-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 07 de Abril del 2022

Visto, el expediente con Registro DG-Nº3958-2022, que contiene el Memorando N° 535-2022-DE-INSN, con el cual hace llegar: "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Quiste de Ovario" y "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Trauma Renal".

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales c) y d) del Artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, con Memorando N° 087-EJSC-INSN-2022, la jefa de enfermera del servicio de Cirugía General remite al Departamento de Enfermería; "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Quiste de Ovario" y "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Trauma Renal", elaboradas por enfermeras del servicio de Cirugía General;

Que, con Memorando N° 535-2022-DE-INSN, la Jefa del Departamento de Enfermería remite a la Oficina de Gestión de la Calidad las Guías de Cuidado de Enfermería: "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Quiste de Ovario" y "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Trauma Renal".

Que, con Memorando N° 707-DA-INSN-2022 la Dirección Adjunta emite opinión favorable de las Guías de Cuidado de Enfermería: "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Quiste de Ovario" y "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Trauma Renal";

Que, con Memorando N° 294-2022-DG/INSN la Dirección General aprueba las Guías de Cuidado de Enfermería: "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Quiste de Ovario" y "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Trauma Renal"; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

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

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

SE RESUELVE:



Artículo Primero. - Aprobar las: "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Quiste de Ovario" y "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Trauma Renal", consta de 51 páginas, elaborado por el Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño.

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

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



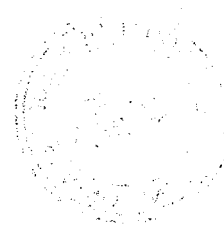
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

M.C. JAIME AMADEO TASAYCO MUÑOZ
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. 18872 = R.N.E. 034554



JATM/REK

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





**GUIAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE
PACIENTE PEDIATRICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA**

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO



LIA NILZA CASTILLO MENDIETA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

AUTORAS:

LIC. ENF. EDY LUZ LAZARTE RIVERA.

REVISIÓN DE GUÍAS

LIC. LUZ MARÍA CHÁVEZ ROMERO

ENFERMERAS DEL COMITÉ DE RIVISIÓN DE GUIA:

LIC. MARIA ELENA ZEGARRA MARIN

LIC. RUTH MALDONADO NOEL

OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD

AÑO 2021



INDICE

I. FINALIDAD-----	4
II. OBJETIVO-----	4
III. AMBITO DE APLICACIÓN -----	4
IV. NOMBRE DE LA GUIA A ESTANDARIZAR-----	4
"Guía de Cuidados de Enfermería en la atención del paciente pediátrico en el servicio de Cirugía"	
V. CONSIDERACIONES GENERALES-----	4
5.1 Definiciones operacionales-----	4
VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS -----	5
6.1 Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnósticos de quiste de ovario-----	6
6.2 Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnósticos de trauma renal-----	26
VII RECOMENDACIONES-----	51
VIII BIBLIOGRAFÍA-----	51



GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

I. FINALIDAD

La guía de cuidado de enfermería tiene como finalidad contribuir y estandarizar los conocimientos de los profesionales de enfermería en la atención con calidad y calidez a nuestros pacientes en el Servicio de Cirugía General del INSN.

II. OBJETIVO

Proporcionar una guía de trabajo que permita estandarizar el accionar de enfermería en la atención al paciente pediátrico en el Servicio de Cirugía General en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Atención en el Cuidado de Enfermería será de aplicación por los profesionales de enfermería en el Servicio de Cirugía General en el INSN.

IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

- ✓ Guía de Cuidado de Enfermería en la Atención de pacientes pediátricos con diagnósticos de Quiste de Ovario.
- ✓ Guía de Cuidado de Enfermería en la Atención de pacientes pediátricos con diagnósticos de Trauma Renal.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

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

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

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

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

Diagnóstico de enfermero: Es la segunda fase del Proceso de Enfermería. Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de



salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

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

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

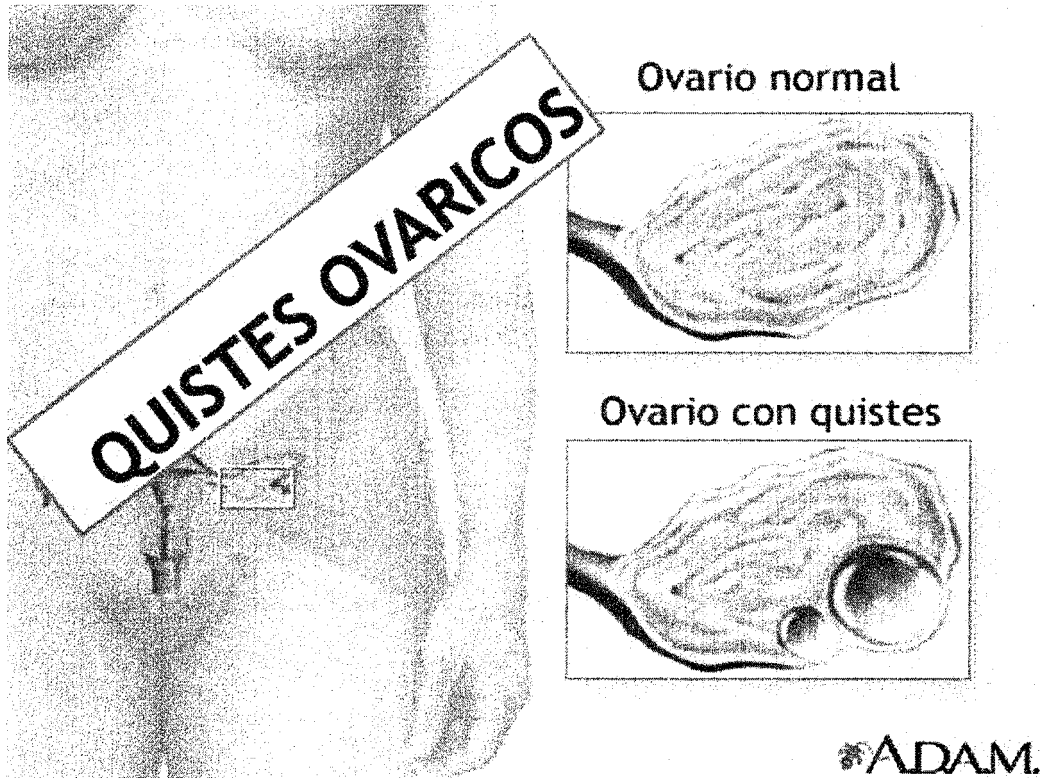
Intervenciones de enfermería: Es todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para obtener resultados sobre el paciente/cliente las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos; así como aquellas iniciadas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

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

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICOS DE QUISTE DE OVARIO



Lic. Enf. Edy Luz Lazarte Rivera.

Servicio: Cirugía General

Lima 2021

6.1.- Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnósticos de quiste de ovario

A. DEFINICIÓN

Los quistes de ovario son lesiones cilíndricas que se presenta en el ovario, que puede ser única o múltiple y puede ser uní o bilateral, son relativamente raros, aunque se detectan más casos y en gran mayoría son benignas

Estos pueden ser simples o complejas sin embargo hay datos que por medio de USG (ultrasonografía) nos pueden indicar riesgo de recurrencia o malignidad.¹

Los quistes ováricos son lesiones que se presentan más frecuentemente durante la edad pediátrica y forman parte de la etiología de la pubertad precoz periférica (PPP). Las lesiones ováricas, aunque raras, abarcan un amplio espectro de patologías desde los quistes funcionales hasta tumores malignos.²

i.- Fisiopatología:

- **Quistes ováricos en recién nacidas:** Se produce por la estimulación de un folículo ovárico por estrógenos maternos y gonadotropina coriónica. Después del nacimiento los niveles de gonadotropinas propios aumentan rápidamente debido a la disminución de los niveles de estrógeno y progesterona producto de la separación de la placenta, este hecho tiene mayor repercusión durante los primeros meses de vida luego los niveles disminuyen y la mayoría de los quistes se resuelve.
- **Los quistes ováricos en niñas prepuberales:** La mayor parte de los quistes ováricos simples es consecuencia de la involución deficiente de un folículo estimulado por gonadotropinas y la resolución espontánea es la más frecuente. Algunos quistes funcionales son activos desde el punto de vista hormonal y causan pseudopubertad precoz en que la niña presenta desarrollo mamario y/o episodio de hemorragia vaginal. La actividad hormonal autónoma del quiste puede ser un hallazgo aislado o se puede asociar al síndrome de McCune-Albright para lo cual se necesitará ampliar estudios.
- **Quistes ováricos en adolescentes:** Los quistes ováricos funcionales son parte normal del desarrollo folicular durante el ciclo menstrual. Se puede formar quistes patológicos, que habitualmente son de aspecto simple, porque un folículo no ovulo, ni involucionó o bien después de la ovulación, puede existir quistes funcionales que se originan del cuerpo lúteo, los cuales sangran con facilidad, por lo que su aspecto es complejo y pueden alcanzar tamaños de 6 a 8 cm.³



ii.- Etiología:

La etiología en los quistes ováricos varía según la edad y el desarrollo hormonal.

Hay diferentes tipos de quistes ováricos según su causa. Los más habituales son los quistes funcionales, que se forman a causa de la ovulación. Se dividen en: quistes foliculares (cuando el folículo no se abre para liberar el óvulo) y quistes del cuerpo del lúteo (si el folículo que retuvo el óvulo se sella después de liberarlo).⁴

iii.- Epidemiología:

Los tumores de ovario en niñas pueden ser benignos y malignos, aunque la frecuencia de malignidad disminuye con la edad. En series de tumores gonadales en edades tempranas, revisadas por diferentes autores, el menor porcentaje de las pacientes fueron diagnosticadas antes de los 4 años, el 28 % entre los 5 y los 9, y el mayor porcentaje entre los 10 y 14 años, pero en las niñas más pequeñas, el 80 % de los tumores fueron malignos.³

La histología está en relación con el tipo de tumor: en el mayor porcentaje es compatible con quistes simples, teratomas benignos y quistes foliculares, el porcentaje restante se corresponde con procesos expansivos de distintos grados de malignidad.³

En relación con su génesis, se invocan, entre otros, factores hormonales, y genéticos, detectándose cambios estructurales de diversos cromosomas, presencia de isocromosomas, así como asociaciones de estos tumores con diversos síndromes genéticos, lo cual apoya la teoría de presencia de factores genéticos en la génesis de estos tumores.³

iv.- Cuadro clínico

La mayoría de los quistes no provocan ningún síntoma y desaparecen solos. Sin embargo, un quiste ovárico grande puede provocar:

- Dolor pélvico: dolor sordo o intenso en la parte inferior del abdomen, del lado del quiste.
- Sensación de saciedad o pesadez en el abdomen.
- Distensión abdominal.
- Irregularidades menstruales.⁵

B.- POBLACIÓN OBJETIVO:

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



C. OBJETIVO:

Estandarización de la intervención de enfermería en niñas y adolescentes con afección ginecológica (Quiste de Ovario).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Establecer el actuar de enfermería con calidez, oportunidad y calidad en cada proceso asistencial ginecológico que realiza.

D. PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.

E. MATERIALES:

- Ambiente de hospitalización para pacientes ginecológicos equipado.
- Equipos operativos (Estetoscopio, manómetros de aspiración, flujómetros de oxígeno, tensiómetro para toma de PA, oxímetros de pulso, monitores, soportes, bomba de infusión, equipo de aspiración, equipo de curación, biombos) etc.

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

i.- VALORACIÓN:

1.- PATRÓN PERCEPCIÓN/CONTROL DE LA SALUD

Paciente permanece en observación, despierta, lúcida, ventilación espontánea en reposo gástrico, con presencia de catéter intravenoso (IV) periférico, con solución para hidratación permanente, con tratamiento farmacológico de antibióticos y analgésicos.

2.- PATRÓN NUTRICIÓN – METABÓLICO

Paciente en reposo gástrico 12 horas antes de intervención quirúrgica, y de 6 a 12 horas posteriores a la intervención quirúrgica, se iniciará la alimentación dependiendo del estado hemodinámico y evolución post anestesia, será progresivo, iniciando con la tolerancia oral de líquidos claros, de no haber náuseas ni vómitos se progresará a dieta blanda y completa.

3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

En el post operatorio mediano se valora la función excretora del paciente en la unidad de recuperación, para ser trasladada a sala de hospitalización debe de encontrarse despierta y haber miccionado espontáneamente.



4.- PATRÓN ACTIVIDAD /EJERCICIO

Paciente post operado de Quiste de Ovario, con limitaciones para movilizarse debido a la presencia de la herida quirúrgica, dolor a la movilización, presencia de vía endovenosa periférica y monitorización de signos vitales.

5.- PATRÓN SUEÑO Y DESCANSO

Se encuentra alterado debido al dolor, ambiente extraño, presencia de catéter invasivo periférico, tratamiento farmacológico en horario y ausencia del familiar.

6.- PATRÓN PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Paciente despierta, lucida orientada en tiempo, espacio persona, responde al interrogatorio a preguntas sencillas, refiere dolor a la movilización, presentando en la escala numérica 7 de 10.

7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO

Se muestra ansiosa, preocupada por la intervención quirúrgica realizada, y por la preocupación de sus padres ante su patología, y su recuperación.

8.- PATRÓN ROL/RELACIONES

Los pacientes post operados de Quiste de Ovario fluctúan en niñas y adolescentes hasta los 17 años, dependiente de sus padres, y de hogares funcionales/ disfuncionales.

9.- PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

En observación, paciente se muestra inquieta con respecto a su reproducción, dependiente del análisis y resultado de pieza enviado a anatomía patológica, y de la cirugía realizada.

10.- PATRÓN AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Familiares se encuentran preocupados por el estado de salud de su menor hija. Paciente muestra ansiedad y preocupación ante la cicatriz que le dejará la herida operatoria y el dolor que le provoca en las primeras horas de la cirugía.

11.-PATRÓN VALORES Y CREENCIAS.

La paciente usualmente toma la profesión de fe de la familia, muchas veces las niñas solo imitan a la familia porque aún no entienden bien las creencias, en caso de las adolescentes tienen una idea más clara de la profesión de fe que quieren seguir.



ii.- PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE QUISTE DE OVARIO^{6,7,8}

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	(NOC) RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	(NIC) INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN CLASE 4: COGNICIÓN (00126) Conocimientos deficientes relacionado con conocimiento insuficiente asociado a mala interpretación de la información.	(1867) Conocimiento: Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	186701 Tipo de procedimiento 186702 Finalidad del procedimiento 186705 Preparación previa al procedimiento. 186706 Preguntas frecuentes sobre el procedimiento. 186711 Importancia del seguimiento de las instrucciones para el procedimiento. 186712 Consentimiento informado.	(5618) Enseñanza: Procedimiento/tratamiento. • Enseñar a la paciente como cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento según corresponda. • Dar tiempo a la paciente para que formule sus preguntas y exponga sus inquietudes. • Incluir a la madre en el acompañamiento para exámenes especiales y/o procedimientos. • Monitorización y valoración de funciones vitales y registro en formato específico. • Mantener vía endovenosa permeable. • Valorar signos y síntomas de alarma. • Administrar el tratamiento farmacológico y analgésico según indicación. • Valorar el estado físico y emocional, permitiendo al paciente y familiar expresar sus dudas y preocupaciones. • Asistir a la paciente durante el examen ginecológico. • Agilizar y reportar los exámenes complementarios solicitados según correspondan.	1.- Ningún conocimiento. 2.- Conocimiento escaso. 3.- Conocimiento moderado. 4.- Conocimiento sustancial. 5.- Conocimiento extenso. PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



				(2930) Preparación quirúrgica • Determinar el nivel de ansiedad o miedo del paciente respecto al procedimiento quirúrgico • Explicar los procedimientos de manera que el paciente pueda entenderlos • Preparación física del paciente para intervención quirúrgica. • Mantener vía endovenosa permeable. • Monitorizar funciones vitales. • Verificar el peso del paciente y registro en H.C • Realiza la preparación física del paciente: • Valorar la higiene corporal, poner énfasis en zona operatoria, retiro de alhajas, y esmalte de uñas si lo amerita. Colocación de brazalete de identificación. • Ayuno según indicación médica • Preparación de historia clínica, verificar la documentación preoperatoria: • Consentimiento informado quirúrgico firmado por el ginecólogo y el familiar. • Verificar que Riesgo quirúrgico se encuentre completo. • Verificar si los exámenes auxiliares están completos (Hemograma completo, grupo sanguíneo, Rh, tiempo de coagulación y
--	--	--	--	--



				sangría, examen de orina, HIV, radiografías, ecografías etc. • Verificar la evaluación por anestesiología. • Realizar la lista de chequeo preoperatorio (Ítem-preoperatorio). • Verificar informes de exámenes radiológicos solicitados en historia clínica según corresponda. • Disponer de unidades de paquete globular y/o hemoderivados solicitados, según sea el caso.	
--	--	--	--	---	--



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	(NOC) RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	(NIC) INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 7: ROL/ RELACIONES. CLASE 2: RELACIONES FAMILIARES. (00060) Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambios en el estado de salud de un miembro de la familia asociado a la hospitalización.	(2203) Alteración del estilo de vida del cuidador principal	220315 Trastorno de la rutina. 220317 Trastorno de la dinámica familiar	(7040) Apoyo al cuidador principal. - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. - Reconocer la dependencia que tiene la paciente del cuidador según corresponda. - Animar y apoyar al cuidador principal con las decisiones y responsabilidades asumidas. (7130) Mantenimiento de los procesos familiares. - Informar sobre los mecanismos de apoyo social existentes para la familia. - Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con el rol de los cuidadores.	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguna. PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST OPERATORIO^{6,7,8}

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	(NOC) RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	(NIC) INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN CLASE 2: LESIÓN FÍSICA (00087) Riesgo de lesión perioperatoria relacionado con alteraciones sensitivo – perceptuales, por efecto colateral de la anestesia	(1902) Control de riesgo	190220 Identifica factores de riesgo	(2870) Cuidados postanestésica Fase post operatoria: En sala de recuperación: • Verificar el alta del médico anestesiólogo de recuperación. • Valorar el estado del paciente. • Valorar herida operatoria, apósitos. • Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura (ítem-post operatorio). • Recepcionar los formatos propios de la cirugía realizada: Reporte operatorio, y anestesia. Registro de enfermería de SOP y URPA. • Verificar los resultados de exámenes auxiliares post operatorios solicitados, muestras de tejido para anatomía patológica, si fuera el caso, control de hemoglobina. • Verificar indicaciones médicas y recetas. • Trasladar al paciente a sala de hospitalización de ginecología.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACIÓN DIANA Mantener..... Aumentar



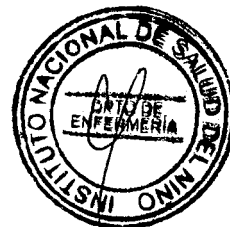
			En sala de Hospitalización (Ginecología): • Preparar la unidad de hospitalización. • Instalar al paciente en su respectiva unidad protegiéndola con barandales según corresponda. • Valoración céfalo caudal del paciente • Verificar cantidad de solución infundida en recuperación y otras soluciones como paquete globular, plasma, si se diera el caso. • Anotar los procedimientos invasivos realizados en sala de operaciones, como drenajes, colocación de sonda uretral. • Monitorizar las funciones vitales. • Colocar en posición semi fowler y/o posición indicada. • Control y observación de la herida operatoria • Realizar el balance hídrico estricto. • Completar la indicación terapéutica. • Educar al paciente y familiar sobre los cuidados post operatorios. • Realizar los registros de enfermería de hospitalización, actualizar Kardex, • Actualizar la hoja de funciones vitales y balance hídrico, colocar datos personales del paciente y de la cirugía ginecológica realizada y arreglar historia clínica según norma técnica.	
--	--	--	---	--



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	(NOC) RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	(NIC) INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 4: ACTIVIDAD REPOSO. CLASE2: ACTIVIDAD EJERCICIOS. (00088) Deterioro de la ambulancia relacionado con procedimiento quirúrgico asociado a rechazo para caminar.	(0200) Ambular	020003 Camina a paso lento. 020015 Anda por la habitación.	(0221) Terapia de ejercicios de ambulancia • Animar a la paciente a sentarse en la cama, o en una silla según tolerancia. • Ayudar a la paciente en la deambulancia inicial. • Orientar a la paciente sobre el propósito de la deambulancia y su importancia. • Enseñar a la paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. • Animar a que la paciente acepte estar levantada por su propia voluntad. • Orientar a los padres sobre la importancia de la deambulancia.	1.-Gravemente comprometido 2.- Sustancial comprometido 3.- Moderado comprometido 4.- Levemente comprometido 5.- No comprometido. PUNTUACIÓN DIANA Mantener..... Aumentar



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	(NOC) RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	(NIC) INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE 2: LESIÓN FÍSICA (00046) Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico asociado a herida operatoria	(1101) Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.	110101 Temperatura de la piel. 110111 Perfusión tisular 110113 Integridad de la piel	(3660) Cuidados de la herida: • Monitorear las características de la herida incluyendo tamaño, drenaje, color y olor. • Comparar y registrar en forma regular cualquier cambio presentado en la herida operatoria. (3440) Cuidados del sitio de incisión. • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. • Observar las características de cualquier drenaje. • Observar si hay signos y síntomas de infección de la incisión.	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguna. PUNTUACIÓN DIANA Mantener..... Aumentar



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	(NOC) RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	(NIC) INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12 CONFORT CLASE 1 CONFORT FÍSICO (00132) Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físico asociada a intervención quirúrgica	(2102) Nivel del dolor	210206 Expresión facial del dolor. 210208 Inquietud. 210201 Dolor referido	(1410) Manejo del dolor agudo - Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación. - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición viable y apropiada a la edad del paciente. - Observar si hay síntomas de incomodidad especialmente en aquellos que no pueden comunicarse. - Administrar analgésicos según indicación médica. - Brindar comodidad y confort.	1.-Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguna. PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE 1: INFECCION (00266) RIESGO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA Factor de riesgo procedimiento quirúrgico	(1924) Control del Riesgo Proceso Infeccioso	192426 Identificar factores de riesgo de Infección 192405 Identificar signos y síntomas de infección. 192413 Desarrollar estrategias efectivas de control de infecciones 192414 Utiliza precauciones universales.	6550) PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES • Aplicar precauciones estándar o universales - Lavado de manos clínico (5 momentos) - Uso correcto de EPP - Limpieza, desinfección y esterilización de los equipos y dispositivos médicos - Inyección segura - Manejo de la ropa • Aplicar las medidas de prevención según procedimiento invasivo / herida quirúrgica • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Observar y valorar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Enseñar al paciente y familia como evitar infecciones (cumplimiento de lavado de manos, cuidado de la herida y/o dispositivos invasivos del paciente: no manipular). • Notificar la sospecha de infecciones y/o resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



	(1102) Curación de la herida por primera intención.	10203) Secreción serosa de la herida. (110204) Secreción sanguinolenta de la herida (110208) Eritema cutáneo circundante	(3660) Cuidados de las heridas • Preparar el ambiente, al paciente y el coche de curaciones para la curación • Brindar el apoyo emocional y acompañamiento al paciente en el momento de la curación • Inspeccionar la herida observando el apósito que lo cubre. • Controlar las características de las heridas, incluyendo tamaño, drenaje, color, olor, • Asistir al médico durante la curación de las heridas y registrar cualquier cambio producido, como retiro de drenes, retiro de puntos. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Administrar antibioterapia indicado. 3440) Cuidados del sitio de incisión • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento o signos de dehiscencia. • Observar si hay signos o síntomas de infección de la incisión.	1.- Extenso. 2.- Sustancial. 3.- Moderado. 4.- Escaso. 5.- Ninguno. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a
--	--	---	---	--



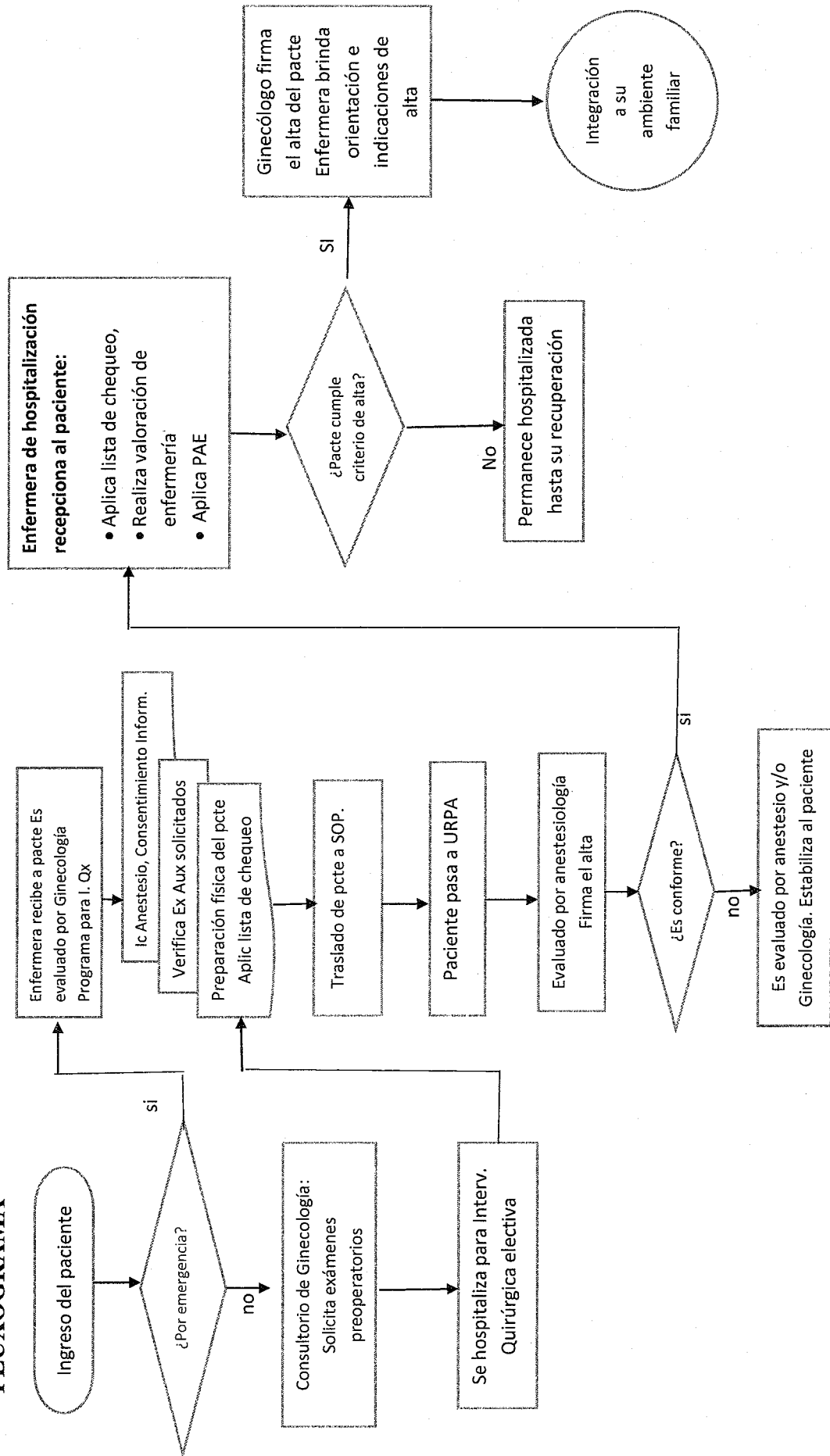
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	(NOC) RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	(NIC) INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD CLASE 2: GESTIÓN DE LA SALUD (00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud relacionado con expresiones de los padres de mejorar la gestión del régimen terapéutico prescrito asociado a la posibilidad de alta.	(1601) Conducta de cumplimiento	160102 Analiza régimen de tratamiento prescrito con el personal de salud 1600103 Realiza régimen terapéutico según lo prescrito	(7370) Planificación del alta. - Identificar la comprensión de los conocimientos necesarios por parte del cuidador principal para poner en práctica después del alta. - Fomentar el autocuidado del paciente. - Orientar a los familiares acerca de los cuidados que debe tener el paciente al alta. - Orientar y apoyar en los trámites administrativos que derivan de los trámites del alta.	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



G. ANEXOS



FLUXOGRAMA



H. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

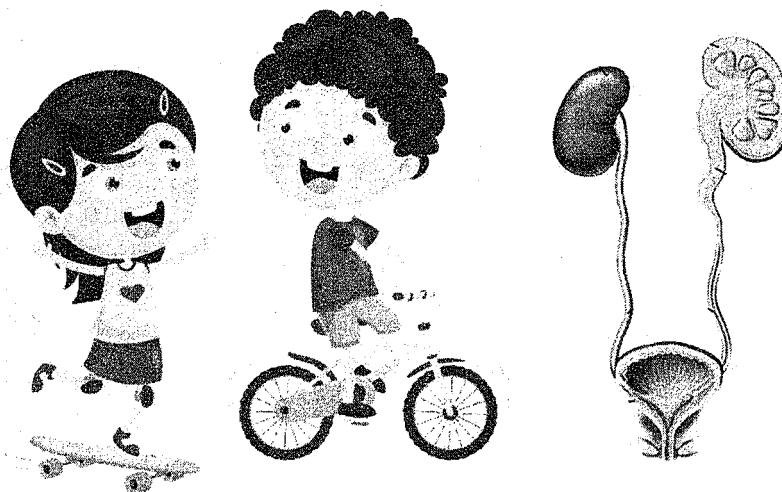
1. Fuentealba T.I. Quistes ováricos en recién nacidas, niñas y adolescentes: aspectos ultrasonográficos. 2006. Rev Chil Radiol 12(1):15-20.
2. A. Díaz Moro (1), S. Gautreaux Minaya (1), L. Regueras Santos (1), R. Quiroga González (1), G. Lorenzo (2), F. Manrique (1) Complejo Asistencial Universitario de León, León; (2) Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos.
3. López M, Méndez M, Méndez L, Quiste de ovario en niñas: enfoque actual del problema. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/151/1449> (CITADO 21/04/21).
4. García. I. Quiste Ovárico. Publicado: 13/06/2016 | Actualizado: 21/02/2020 Editado por: TOP DOCTORS®. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/preguntas-frecuentes-del-diu>
5. Del Castillo F. Martínez O. Del Castillo R. Guía de práctica clínica de síndrome de ovario poliquístico. Vol. 10. Año 2014. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-de-sndrome-de-ovario-poliquistico.pdf>.
6. T. Heather Herman, PhD, RN, Shigemi Kamitsuru FNI, PhD, RN, FNI Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier Barcelona España. 2018-2020.
7. Sue Moorhead & Elizabeth Swanson & Marion Johnson & Meridean L. Maas CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC), sexta edición Elsevier Barcelona España 2018.
8. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochtermen, Cheryl M. Wagner CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC) séptima edición Elsevier Barcelona España 2019





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

**GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON
DIAGNOSTICO DE TRAUMA RENAL**



Lic. Enf. Edy Luz Lazarte Rivera

Servicio: Cirugía General

Lima 2021



6.2. Guía de Cuidado de Enfermería en la Atención de Pacientes Pediátricos con diagnósticos de Trauma Renal

A. DEFINICIÓN¹.

El traumatismo se define como la lesión de un órgano o tejido por acciones mecánicas externas. La evaluación multidisciplinaria del traumatismo es clave para prevenir la mortalidad y reducir la morbilidad.

Un traumatismo renal es cualquier lesión violenta ejercida sobre el riñón, por lo general, como resultado de un golpe contuso o una herida penetrante.

Las lesiones renales se clasifican de acuerdo con la gravedad en 5 grados:²

- Grado 1: hematoma subcapsular y/o contusión renal.
- Grado 2: laceración ≤ 1 cm de profundidad sin extravasación urinaria.
- Grado 3: Laceración > 1 cm sin extravasación urinaria.
- Grado 4: laceración que involucra el sistema colector con extravasación urinaria; cualquier lesión vascular segmentaria renal; infarto renal; laceración de la pelvis renal y/o rotura pieloureteral.
- Grado 5: riñón roto o desvascularizado con sangrado activo; laceración o avulsión de los vasos renales principales.

i. Fisiopatología:³

Las lesiones renales se clasifican en función de su mecanismo:

Cerrada (contusas) o penetrantes. Las lesiones renales contusas se producen con mayor frecuencia en accidentes automotrices, caídas, agresiones o deportes de contacto. Los traumatismos renales cerrados representan el 85-90% de los traumatismos renales y pueden originar daños por desaceleración o por traumatismo directo sobre la estructura renal. La desaceleración rápida puede generar una lesión de los vasos renales y provocar trombosis de la arteria renal, rotura de la vena renal o avulsión del pedículo renal.

El traumatismo renal en la población pediátrica se debe principalmente al mecanismo contundente de la lesión, y los niños tienen más probabilidades de sufrir una lesión renal que los adultos después de un traumatismo abdominal cerrado. En los niños, los riñones están en la parte baja del abdomen, menos protegidos por las costillas inferiores, más móviles, tienen menos grasa perirrenal protectora y son proporcionalmente más grandes en el abdomen.



CLASIFICACION

Según el mecanismo de lesión los traumatismos pueden ser cerrados o penetrantes.

- **Traumatismos cerrados.** Son los más habituales, bien por golpe directo o por fuerzas bruscas de desaceleración como ocurre en las precipitaciones y accidentes con vehículos a motor.
- **Traumatismos penetrantes.** Son menos frecuentes que los cerrados, siendo la proporción entre ambos dependientes del nivel de criminalidad de la zona, ya que la causa más común la constituyen las heridas por arma de fuego y arma blanca. Son las lesiones penetrantes en abdomen y flanco las que con más probabilidad dañan el riñón, seguido de las heridas en región lumbar.

ii. Etiología: ⁴

El traumatismo renal puede ser el resultado de accidentes con vehículos motorizados, riñas, caídas accidentales, causas iatrogénicas y por deportes de contactos, entre otros

Mecanismos de producción de lesión renal pueden ser divididos en:

- **Directos:** donde la lesión se produce por acción directa del agente agresor sobre el riñón.
- **Indirecta:** la lesión se produce por mecanismos de desaceleración o aumento de la presión abdominal.

Los dos mecanismos de producción de la lesión renal se van a evidenciar en traumatismos cerrados y penetrantes, con predominio de unos sobre otros en función del tipo de traumatismo.

iii. Epidemiología: ⁵

El trauma renal es una enfermedad con una prevalencia importante a nivel mundial y en nuestro medio, presente en el 5% de los pacientes de trauma. Dadas las recomendaciones basadas en evidencia escasa, se prefiere el manejo conservador, incluso en pacientes con traumas de alto grado.

Los niños en edad escolar son los más afectados y la edad promedio es de 8 a 15 años.

En los niños pequeños lo más frecuentes son las caídas, en los preescolares y escolares los atropellos y caídas en bicicletas, y en los adolescentes los deportes peligrosos y los accidentes automovilísticos.

iv. Cuadro clínico ⁶

La presencia de los siguientes signos en la exploración física indica la posibilidad de afectación renal:

- Hematuria.
- Dolor en la fosa renal.



- Equimosis en la fosa renal.
- Abrusiones en la fosa renal.
- Fracturas costales.
- Distensión abdominal.
- Masa abdominal.
- Dolor a la palpación abdominal.

La hematuria es el signo distintivo de la lesión renal, pero no es suficientemente sensible ni específica para diferenciar entre lesiones leves y graves.

B. POBLACIÓN OBJETIVO:

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

C. OBJETIVO:

OBJETIVO GENERAL:

Estandarización los cuidados de enfermería en la atención de paciente pediátricos con el diagnóstico de Traumatismo Renal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer el actuar de enfermería con calidez, oportuna y de calidad en cada proceso asistencial urológico que realiza.

D. PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.

E. MATERIALES:

- Ambiente de hospitalización para pacientes urológicos equipado.
- Equipos operativos (Estetoscopio, manómetros de aspiración, de oxígeno, equipo de PA, oxímetros de pulso, monitores, soportes, bomba de infusión, equipo de aspiración,) etc.



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

i. VALORACIÓN:

1. PATRÓN PERCEPCIÓN/ CONTROL DE LA SALUD.

Paciente procedente de emergencia con diagnóstico de Trauma Renal se encuentra despierto, lúcido orientado en regular estado de higiene, presenta dolor lumbar, hematuria, palidez en la piel y mucosas, ventilación espontánea, con monitoreo no invasivo, con soluciones en infusión para hidratación, con balance hídrico y control de diuresis.

2. PATRÓN NUTRICIÓN/ METABÓLICO.

Paciente permanece en reposo gástrico con hidratación indicada, en observación durante 24 horas de acuerdo con estado hemodinámico se iniciará con tolerancia oral, hasta verificar ausencia de náuseas y/o vómitos, para progresar la dieta, se motivará la ingesta de abundantes líquidos.

3. PATRÓN ELIMINACIÓN.

Paciente permanece con control de diuresis estricto y observación de las características, volumen, la presencia de retención urinaria, hematuria, disuria, polaquiuria, disminución en las evacuaciones.

4. PATRÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

Paciente con limitaciones en su movimiento, reposo absoluto obligado en cama, debido al trauma renal, vía endovenosa con monitorización de funciones vitales, (PA).

5.- PATRÓN SUEÑO Y DESCANSO.

Alterado, condicionado al dolor en zona lumbar al movimiento, ambiente hospitalario desconocido, ausencia del familiar, horario de tratamiento y procedimientos de enfermería.

6. PATRÓN PERCEPCIÓN/COGNICIÓN.

Valorar el estado de conciencia, despierto, lucido, orientado, valorar el dolor en zona lumbar a la movilización, en la escala numérica de acuerdo con su edad.

7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN.

Paciente se muestra ansioso ante la ausencia de su familiar.
Familiar preocupado ante la enfermedad del niño, y ante los procedimientos de enfermería a realizar, y ante la poca información respecto a la evolución del paciente, ante la posible cirugía si la evolución en su salud es desfavorable.



8. PATRÓN ROL - RELACIONES.

Pacientes pediátricos preescolares, escolares, adolescentes, mayormente en el sexo masculino expuesto a sufrir caídas y golpes. Familia desorganizada, padres separados, madre trabaja mayor parte del día, dejando al paciente al cuidado de sus abuelos.

9. PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN.

No presenta alteraciones evidentes.

10. AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Paciente tiene temor a quedarse en el hospital por lo que se calma cuando permanece la madre junto a él. Paciente no puede levantarse de la cama, el reposo absoluto no lo tolera bien.

Madre ansiosa y con estrés por tener que afrontar su tiempo para permanecer en el hospital en las horas de visita y en el informe médico, y realizar su trabajo, pues tienen preocupaciones familiares y económicas.

11. PATRÓN VALORES Y CREENCIAS.

Considerar y respetar la religión que profesa el paciente y familia.



ii.- PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA - TRAUMATISMO RENAL 4.5.6

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12: CONFORT. CLASE 1: CONFORT FÍSICO (00214) Disconfort relacionado con entorno, y personas desconocidas asociado a llanto, temor	(1301) Adaptación del niño a la hospitalización.	130112 Mantenimiento de la relación padre-hijo. 130113 Reconocimiento de la necesidad de hospitalización. 130111 Responde a la terapia de diversión 130118 Cooperación en los procedimientos	(5230) Mejorar el Afrontamiento: • Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad. • Utilizar un enfoque sereno tranquilizador. • Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo. • Favorecer las actividades sociales y recreativas en su cama. (5618) Enseñanza: Procedimiento/tratamiento: • Enseñar al paciente como cooperar/participar durante el tratamiento según corresponda.	1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.- Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12: CONFORT CLASE 1: CONFORT FÍSICO. (00183) Disposición para mejorar el confort relacionado con manifestación del paciente al expresar deseos de aumentar el confort.	(1300) Aceptación del estado de salud	130017 Se adapta al cambio en el estado de salud	(5230) Aumentar el afrontamiento. • Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del proceso. • Favorecer el acercamiento a las personas significativas para él. • Proporcionar un ambiente tranquilo para el descanso. • Utilizar medidas distractoras, como lecturas, juegos, para que favorezca el proceso de adaptación. • Valorar la comprensión del paciente/familia del proceso de la enfermedad. • Mantener al paciente en reposo absoluto. • Observación permanente durante los primeros 24 a 72 horas luego del traumatismo. • Monitorización y valoración de funciones vitales y registro en formato específico. • Control seriado de hematócrito. • Mantener vía endovenosa permeable. • Valorar signos y síntomas que agravan el estado. • Recolectar orina en frascos separados si fuera necesario para observación y luego descartar.	1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.- Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado. PUNTUACION DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO. CLASE 5: AUTOCUIDADO 00108) Déficit de autocuidado: baño relacionado con la disminución de la movilidad secundaria a la propia patología y a los elementos restrictivos que lleva.	(0301) Autocuidado: Baño	030109 Se baña en la ducha. 030111 Seca el cuerpo	(1806) Ayuda con el autocuidado: transferencia • Revisar en la historia clínica las órdenes de actividad. • Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo, limitación del movimiento. • Proporcionar intimidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente. (1801) Ayuda con el autocuidado: Baño/higiene • Controlar la integridad cutánea del paciente. • Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. • Considerar la edad del paciente y tener todos los implementos necesarios. • Acercarle todo lo necesario para que se realice la higiene y ayudarlo en todo aquello que él no pueda realizar.	1.- Gravemente comprometido. 2.- Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO. CLASE 5: AUTOCUIDADO (00109) Déficit de autocuidado: vestido relacionado con régimen terapéutico asociado a deterioro de la capacidad para ponerse la ropa en la parte superior e inferior del cuerpo (movilización limitada del paciente).	(0302) Autocuidado: Vestir	030204 Se pone ropa en la parte superior del cuerpo. 030205 Se pone ropa en la parte inferior del cuerpo.	(1802) Ayuda con los autocuidados: Vestir/arreglo personal. • Considerar la edad del paciente al fomentar el autocuidado. • Disponer las prendas del paciente en una zona accesible, • Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario. • Disponer de la ropa sucia en un lugar adecuado. • Facilitar que el paciente se peine si es el caso. • Mantener la individualidad del paciente mediante biombo. • Mantener al paciente con movimientos limitados para favorecer su recuperación.	1.- Gravemente comprometido. 2.- Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO CLASE 1: FUNCIÓN URINARIA (00016) Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con contusión renal asociado a distensión vesical, orina hemática	(0504) Función Renal.	050406 Color de la orina 050414 Hematuria. 050422 Malestar	(0590) Manejo de la eliminación urinaria. • Monitorizar la eliminación urinaria, frecuencia, consistencia, color, volumen según corresponda. • Anotar la hora de la última eliminación urinaria según corresponda. • Obtener una muestra a la mitad de la micción según corresponda • Proporcionar intimidad para la micción. • Utilizar el poder de la sugestión haciendo correr agua para que el paciente miccione.	1.- Gravemente comprometido. 2.- Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD. CLASE 1: TOMA DE CONCIENCIA DE LA SALUD (00097) Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades de interés asociado a aburrimiento.	(1604) Participación en actividades de ocio	160411 Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico	(5900) Distracción. • Animar al paciente que elija la técnica de distracción deseada de acuerdo con su edad, como música, a sesiones de cuentos, juegos lúdicos de acuerdo con su preferencia. • Individualizar el contenido de la técnica de distracción en función de las técnicas utilizados con éxito anteriormente de la edad o el nivel de desarrollo. • Fomentar la participación de la familia y los allegados y enseñarles si resulta oportuno. • Evaluar y registrar la respuesta a la distracción.	1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.- Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO. CLASE 2: FUNCIÓN GASTROINTESTINAL (00015) Riesgo de estreñimiento relacionado con Actividad física diaria promedio es menor a lo normal, ausencia de deposiciones por más de tres días.	(0501) Eliminación intestinal	050101 Patrón eliminación. 050104 Cantidad de las heces en relación con la dieta.	(0430) Control intestinal. • Anotar la fecha de la última defecación. • Monitorización de las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia forma, volumen y color según corresponda. • Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación fecal. • Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado. • Coordinar con el nutricionista para que pueda hacer la evaluación y aumento fibra y líquidos en la dieta. • Disminuir la ingesta de alimentos flatulentos según corresponda.	1.- Gravemente comprometido. 2.- Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 7: ROL/RELACIONES. CLASE2: RELACIONES FAMILIARES (00060) Interrupción de los procesos familiares relacionado con Cambio en el estado de salud de uno de sus miembros asociado a hospitalización del hijo.	(22030) Alteración del estilo de vida del cuidador principal	220315 Trastorno de la rutina 220317 Trastorno de la dinámica familiar.	(7040) Apoyo al cuidador principal. • Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador principal, según corresponda. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Proporcionar información del estado del paciente de acuerdo con su preferencia. • Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. • Brindar el apoyo necesario al familiar responsable del paciente.	1.- Gravemente comprometido. 2.- Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA - PRE OPERATORIO DE URGENCIA EN TRAUMATISMO RENAL 4,5,6

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12: CONFORT CLASE 1. CONFORT FÍSICO 00132) Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico asociado a llanto, facies de dolor.	(2102) Nivel del dolor.	210206 Expresiones faciales de dolor. 210221 Frotarse el área afectada. 160516 Describe el dolor	(1410) Manejo del dolor agudo - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. - Notificar al médico si las medidas del control del dolor se agudizan, o no tienen éxito - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y viable de acuerdo a la edad. - Asegurar la administración de analgésicos según indicación médica. - Reevaluar si todo lo aplicado surtió efecto en el paciente.	1.- Grave 2.- Sustancial. 3.- Moderado. 4.- Leve. 5.- Ninguno PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a 1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.- Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a
	(1605) Control del dolor.	160521 Controla los efectos terapéuticos del medicamento 160511 Refiere dolor controlado		



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE2: LESIÓN FÍSICA 00206) Riesgo de sangrado relacionado con traumatismo renal, presencia de hematuria franca.	(0413) Severidad de la pérdida de sangre.	041302 Hematuria 041313 Palidez de piel y mucosas. 041317 Disminución del hematocrito	4180) Manejo de la hipovolemia. • Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, presión arterial, según disponibilidad. • Monitorizar la presencia de datos de laboratorio de hemorragia, hemoglobina, hematocrito. • Mantener un acceso intravenoso permeable. • Administrar hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia según corresponda. • Monitorizar la presencia de datos de reacción transfusional según corresponda.	1.- Grave 2.- Sustancial. 3.- Moderado. 4.- Leve. 5.- Ninguno. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD. CLASE 2: GESTIÓN DE LA SALUD. 00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud relacionado con Deseos de mejorar el régimen prescrito	(1606) Participación en las decisiones sobre la salud	160602 Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones. 160609 Declara la intención de actuar según la decisión	(2930) Preparación quirúrgica: • Determinar el nivel de ansiedad o miedo del paciente respecto al procedimiento quirúrgico. • Coordinar con el urólogo para que informe al familiar oportunamente y haga firmar el consentimiento informado. • Coordine con el urólogo para completar los exámenes prequirúrgicos. • Comprobar la disponibilidad de transfusión de sangre según corresponda. • Verificar la pulsera de identificación del paciente. • Realizar la Lista de chequeo quirúrgico. • Tramite de receta e insumos que va necesitar el paciente. • Mantener al paciente en reposo absoluto • Preparación física del paciente para intervención quirúrgica paciente: Valorar la higiene	1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.- Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



			corporal, poner énfasis en zona operatoria, retiro de alhajas, y esmalte de uñas si lo amerita. • Mantener vía endovenosa permeable. • Monitorizar funciones vitales. • Verificar el peso del paciente y registro en H.C. • Ayuno según indicación. • Preparación de historia clínica, verificar la documentación preoperatoria: Consentimiento informado quirúrgico firmado por el urólogo y el familiar, Riesgo quirúrgico. • Verificar si los exámenes auxiliares están completos (Hemograma completo, grupo sanguíneo, Rh, tiempo de coagulación y sangría, examen de orina, HIV, radiografías, ecografías etc. • Verificar la Evaluación por anestesiología.



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADOR	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ESCALA DE MEDICIÓN
DOMINIO 12: CONFORT. CLASE 1: CONFORT FÍSICO. (00214) Discomfort relacionado con Control insuficiente de la situación asociado a Reposo gástrico, herida operatoria y/o presencia de dren.	(2010) Estado de comodidad: Física	201001 Control de síntomas. 201004 Posición cómoda. 201008 Ingesta de líquidos.	(6482) Manejo ambiental: Confort. • Determinar las fuentes de incomodidad, como apósitos mojados, presencia de drenes, sondas, ropa de cama arrugados. • Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad, posición antiálgebra. • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades lúdicas y de visitas. • Instalar al paciente en su respectiva unidad protegiéndolo con barandales. • Valoración cefalo caudal del paciente. • Verificar cantidad de solución infundida en recuperación y otras soluciones como paquete globular, plasma, si se diera el caso.	1.- Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido. 3.-Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a



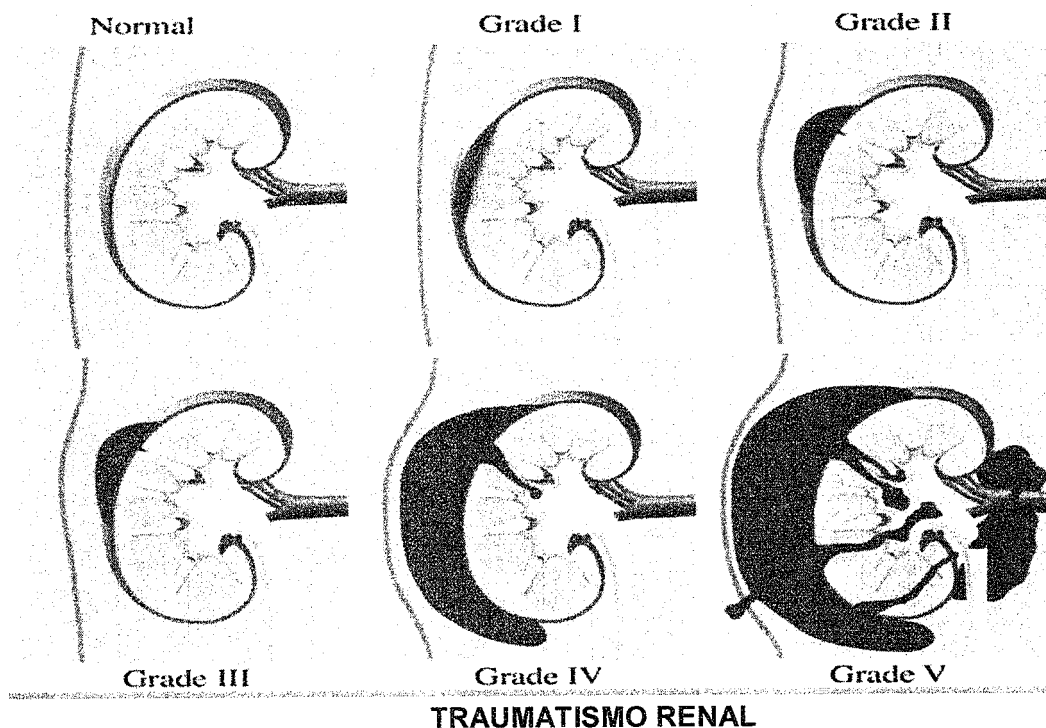
			• Registrar los egresos del paciente • Anotar los procedimientos invasivos realizados en sala de operaciones, como drenajes, colocación de sondas uretrales, talla vesical, catéter de nefrectomía. • Monitorizar las funciones vitales. • Control y observación de la herida operatoria • Realizar el balance hídrico estricto. • Completar la indicación terapéutica. • Educar al paciente y familiar sobre los cuidados post operatorios. • Realizar los registros de enfermería de hospitalización, actualizar Kardex, • Actualizar la hoja de funciones vitales y balance hídrico, colocar datos personales del paciente y de la cirugía urológica realizada y arreglar historia clínica según normativa.	
--	--	--	--	--



			10203) Secreción serosa de la herida. (110204) Secreción sanguinolenta de la herida (110208) Eritema cutáneo circundante	momento de la curación • Inspeccionar la herida observando el apósito que lo cubre. • Controlar las características de las heridas, incluyendo tamaño, drenaje, color, olor, • Asistir al médico durante la curación de las heridas y registrar cualquier cambio producido, como retiro de drenes, retiro de puntos. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Permitir la presencia de la madre en el momento de la curación para acompañar al niño en la curación. • Administrar antibioterapia indicado. • Aplicar medidas de bioseguridad en todo momento 3440) Cuidados del sitio de incisión • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento o signos de dehiscencia. • Observar si hay signos o síntomas de infección de la incisión. • Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.	4.- Escaso. 5.- Ninguno. PUNTUACIÓN DIANA Mantener a Aumentar a
--	--	--	--	---	---



H. ANEXOS



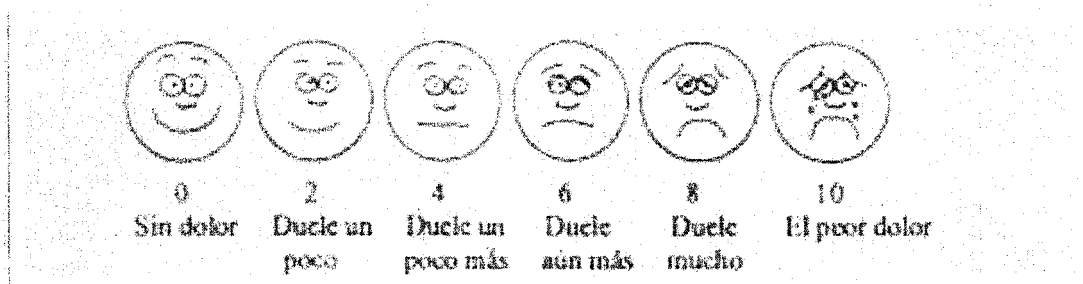
TRAUMATISMO RENAL

Escala de severidad de la injuria renal OIS – AAST)	
1. Contusión o hematoma subcapsular, no expansivo, sin laceración.	
2. Laceración cortical < 1 cm de profundidad, sin extravasación, hematoma perirrenal no expansivo.	
3. Laceración cortical > 1 cm de profundidad, sin extravasación urinaria.	
4. Laceración hasta el sistema colector, o injuria vascular segmentaria arterial o venosa, con hematoma contenido.	
5. Laceración severa (shattered kidney) o lesión vascular del pedículo, o avulsión vascular	

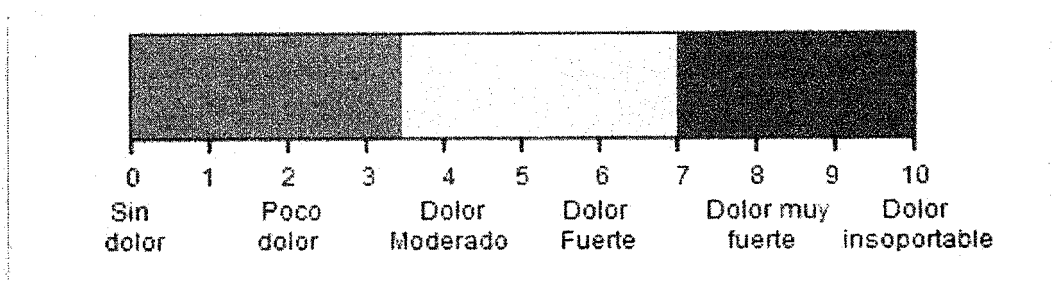
(Thomas D., "Urogenital Trauma" en "Essentials of Pediatric Urology", 2nd Ed. 2008, pp 309).



**ESCALA DE OUCHER (CON CARITAS) PARA LA VALORACIÓN
DEL DOLOR APLICADO A NIÑOS DE 3 A 7 AÑOS**



ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR EVA



APLICADO EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS



H. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Camué R., Sánchez N., Bestard I. Guerra U., Pantoja M. Traumatismo Renal. Revista Cubana de Medicina Militar. 2018;47(3):244-250.
<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/75/199>.
2. ArmenakasN., Cornell W. Medical School Traumatismos renales. Última modificación del contenido Dic. 2020.
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-del-aparato-urogenital/traumatismos-renales>.
3. Sibaja D. Traumatismo Renal. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (605) 113-119, 2013
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131u.pdf>.
4. Vela I. Dra. Caravia I., Valverde M., Núñez A. Traumatismo renal. Diagnóstico y tratamiento. Servicio de Urología. Hospital Universitario "General Calixto García", Ciudad de La Habana.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932003000200008
5. Daniela Franco-Buenaventura. Manejo conservador en trauma renal contuso. Vol. 80 Núm. 5 (2020): Septiembre-octubre del Valle
<https://revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/view/560#:~:text=Conclusiones%3A%20Se%20recomienda%20el%20manejo.de%20signos%20cl%C3%ADnicos%20de%20infecci%C3%B3n>
6. Sibaja D. Traumatismo Renal. Revista Médica de Costa Rica t Centroamerica LXX (605) 113-119, 2013
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131u.pdf>



VII. RECOMENDACIONES

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

VIII. BIBLIOGRAFIA

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

