



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 22 de Noviembre de 2021



Visto, el expediente con Registro DG-Nº014029-2021, que contiene el Memorando Nº 2309-2021-DE-INSN, con el cual hace llegar; "Guías de cuidado de enfermería en la atención de pacientes neurológicos del servicio de Neuropediatría".

CONSIDERANDO:

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



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



Que, con Memorando Nº 238-NP-INSN-2021, la jefa de enfermera del servicio de Neuropediatría remite al Departamento de Enfermería; "Guías de cuidado de enfermería en la atención de pacientes neurológicos del servicio de Neuropediatría", el cual contiene; "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Encefalitis Autoinmune, Guía de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de Meningitis Tuberculosa, Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Síndrome de Guillain Barré, Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Miastenia Gravis, Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Síndrome Convulsivo", elaboradas por enfermeras del servicio de Neuropediatría;



Que, con Memorando Nº 2309-2021-DE-INSN, la Jefa del Departamento de Enfermería remite a la Oficina de Gestión de la Calidad las; "Guías de cuidado de enfermería en la atención de pacientes neurológicos del servicio de Neuropediatría", el cual contiene; "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Encefalitis Autoinmune, Guía de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de Meningitis Tuberculosa, Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Síndrome de Guillain Barre, Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Miastenia Gravis, Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Síndrome Convulsivo".





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 Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



Que, con Memorando N°1039-2021-DG/INSN la Dirección General aprueba las, "Guías de cuidado de enfermería en la atención de pacientes neurológicos del servicio de Neuropediatría"; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

Con la opinión favorable de la Dirección Adjunta, la Oficina de Gestión de la Calidad, del Departamento de Enfermería y la Oficina de Asesoría Jurídica 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 "Guías de cuidado de enfermería en la atención de pacientes neurológicos del servicio de Neuropediatría", el cual contiene; "Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Encefalitis Autoinmune, Guía de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de Meningitis Tuberculosa, Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Síndrome de Guillain Barre, Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Miastenia Gravis, Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Síndrome Convulsivo", consta de (89) folios, 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. FREDY CÉSAR OSORIO LANDA
C.M.P. 20546 - R.N.E. 14480
DIRECTOR GENERAL (e)

FCOL/MERV DISTRIBUCIÓN

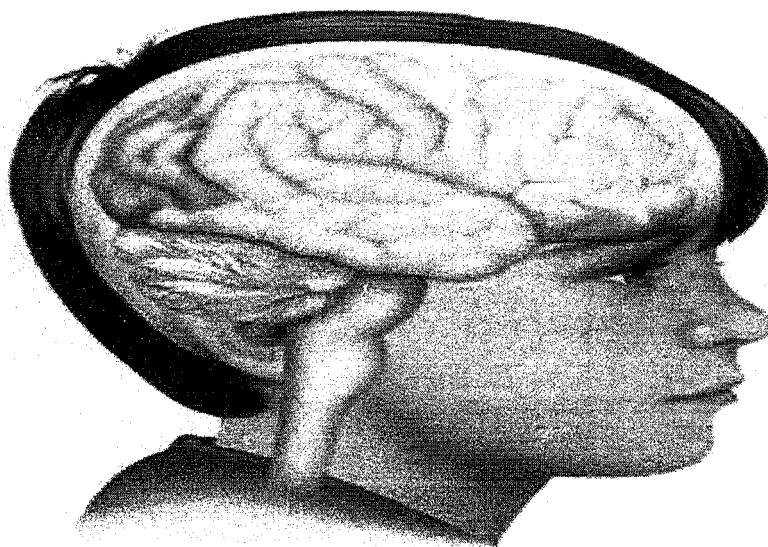
- () DG
- () DA
- () DE
- () OEI
- () OAJ
- () OGC

www.insn.gob.pe

Av. Brasil 600
Breña. Lima 5, Perú
Tfno. (511) 330-0066



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA



88

**GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL
SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA**

Mg. Lía Castillo Mendieta

Jefa del Departamento de Enfermería

Autoras:

Lic. Liliana Adilia Ríos Herrera

Lic. Elsa Cecilia Colqui Cabello

Lic. Vilma Esperanza Gil Macurí

REVISORA:

Vilma Gil Macurí

Jefa del servicio de Neuropediatría

Enfermera del Comité de Revisión de Guía

Lic. María Elena Zegarra Marín

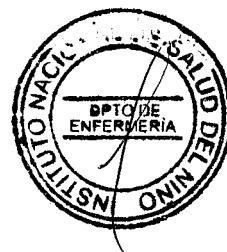
Lic. Ericka Peña Villarreyes

Lima – Perú
2021



**GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL
SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA**

INDICE	PAG.
I. FINALIDAD.....	04
II. OBJETIVO.....	04
III. AMBITO DE LA APLICACIÓN.....	04
IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR.....	04
V. CONSIDERACIONES GENERALES.....	05
5.1 Definiciones operacionales.....	03
VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS.....	06
6.1 Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Encefalitis autoinmune.....	07
6.2 Guía de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de Meningitis Tuberculosa.....	21
6.3 Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Síndrome de Guillain Barre.....	36
6.4 Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Miastenia Gravis	60
6.5 Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Síndrome Convulsivo.....	77
VII. RECOMENDACIONES	89
VIII. BIBLIOGRAFÍA	89



86

**GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL
SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA**

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad en la atención que brinda el profesional de enfermería basado en evidencia científica, ofreciendo cuidados especializados y humanizados con el mínimo riesgo para los pacientes hospitalizados en el servicio de Neuropediatría

II. OBJETIVOS

General:

Proporcionar una guía que contribuya a estandarizar el manejo oportuno y el cuidado óptimo de los pacientes pediátricos y adolescentes hospitalizados en el servicio de Neuropediatría con patologías neurológicas.

Específico:

Proporcionar una herramienta que permitan asegurar la calidad en la atención y el buen manejo de los pacientes con patologías neurológicas, estabilizándolos y manteniéndolos fuera de riesgos

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía del cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos y adolescentes con patologías neurológicas, es de aplicación en el servicio de neuropediatría,

IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

- Guía de cuidado de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con diagnóstico de Encefalitis Inmune.
- Guía de cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de Meningitis Tuberculosa
- Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Síndrome de Guilliam Barre.
- Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con diagnóstico Miastenia Gravis.
- Guía de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con Síndrome Convulsivo



V. CONSIDERACIONES GENERALES

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

Proceso de atención de enfermería: Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud.

Valoración: La Valoración de la enfermería es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y la respuesta a esta. Llevar a cabo el proceso de valoración conlleva, desde el inicio la toma de decisiones importantes: qué información es relevante, qué áreas son de su competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención, decisiones que, sin duda, son influidas por los conocimientos, las habilidades, las conceptualizaciones, las creencias y valores, de quién lleve a cabo tal valoración.

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

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

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

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

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



87

**GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL
SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA**

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

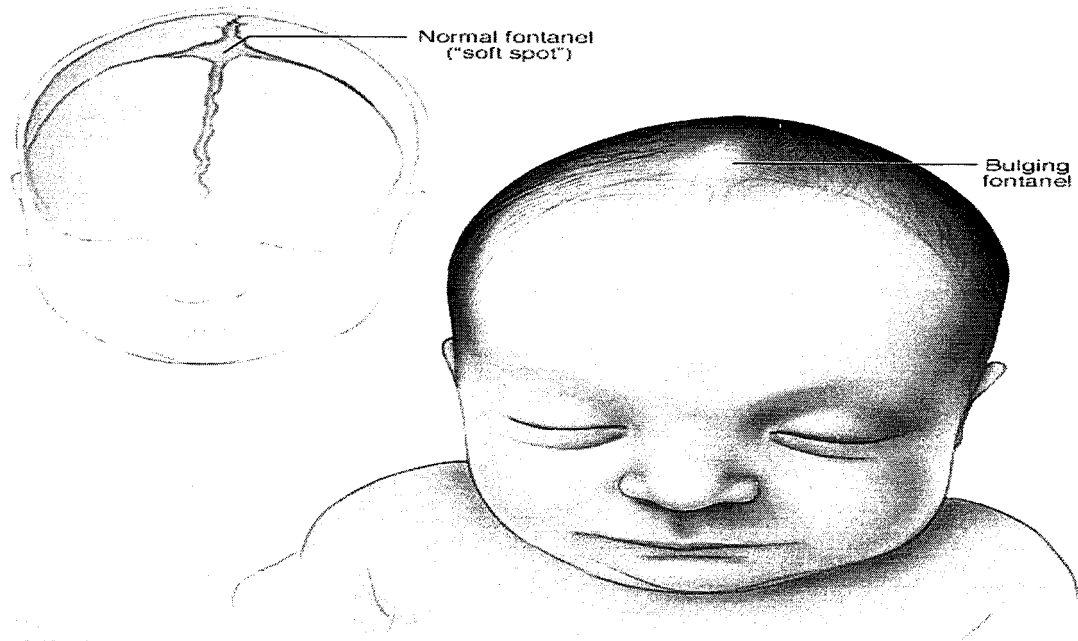
Actividades enfermeras: Son actividades o acciones específicas que las/os enfermera/os realizan para poner en práctica una intervención y que ayudan a los pacientes a obtener el resultado deseado.

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

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN PEDIATRÍA



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Lic. Cecilia Colqui Cabello

**6.1 GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN PEDIATRÍA**

A. DEFINICIÓN

Es una enfermedad autoinmune producida por una infección o inflamación del encéfalo, que se produce debido a que el organismo produce anticuerpos que atacan al mismo organismo, en este caso al cerebro¹

i. Fisiopatología

Su fisiopatología consiste en la formación de inmunoglobulinas del tipo G (IgG) contra la subunidad GluN1 del receptor N-metilD-aspartato. El receptor NMDA tiene funciones críticas en la transmisión sináptica y la plasticidad neuronal ¹

ii. Etiología¹

Las causas de encefalitis se pueden dividir en aquellas de origen infeccioso, post infeccioso, paraneoplásico y autoinmune, pero aproximadamente 60% de los casos quedan sin diagnóstico preciso

iii. Epidemiología ²

La real incidencia de la encefalitis autoinmune es desconocida a nivel mundial, no obstante, se estima que el 4% de las encefalitis son mediadas por anticuerpos.

iv. Cuadro clínico

La encefalitis autoinmune se presenta con diferentes síntomas, los más habituales de esta enfermedad son hipertermia, náuseas, convulsiones repentinas, pérdida de la capacidad del habla, trastornos en el sueño, deficiencia cognitiva, trastornos del movimiento como, por ejemplo, de la boca, de una extremidad superior o inferior, mirada fija, alucinaciones, en ciertos casos pérdida de la conciencia, incluso puede llegar hasta un estado de coma si la enfermedad no se detecta a tiempo¹

Posteriormente el cuadro progresa con cambios conductuales, que pueden ser leves al inicio, hasta presentar manifestaciones psiquiátricas como delusiones, alucinaciones, insomnio y agitación psicomotriz, trastornos cognitivos como alteraciones del lenguaje y memoria³



B. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes pediátricos menores de 17 años que acudan al Instituto Nacional de Salud del Niño y diagnosticados con Encefalitis Autoinmune.

C. OBJETIVO:

Estandarizar los cuidados de enfermería que permiten organizar el Proceso de Atención de Enfermería, aplicado a pacientes que presentan problemas reales, potenciales y probables, en pacientes con Encefalitis autoinmune.

D. PERSONAL RESPONSABLE

- Jefa de enfermeras de Neuropediatría
- Licenciada de enfermería especialista en Neuropediatría

E. MATERIALES

Recurso Humanos:

- Licenciada en Enfermería
- Técnica en enfermería

Recursos Materiales

- Historia Clínica.
- Notas de enfermería, Kardex de enfermería

a. Materiales básicos

- Pulso Oximetría, Balón de oxígeno o sistema empotrado con manómetro y/o flujómetro.
- Equipo de aspiración de secreciones, guantes estériles, gasas estériles
- Sistema de oxigenoterapia sistema para oxigenoterapia: conexión, humidificador, cánula binasal, mascarilla simple, bolsa de reservorio, Venturi
- Tensiómetro

b. Equipos de Protección personal

- Mandilón descartable no estéril,
- Mascarilla N95,
- Lentes protectores



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

I. VALORACION

1.- PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

Este patrón se encuentra alterado ya que este tipo de pacientes desarrollan síntomas psiquiátricos prominentes (agitación, manía, alucinaciones, paranoia) que generalmente preceden a crisis convulsivas, y progresan hacia un rápido deterioro del nivel de conciencia, motivo por el cual son totalmente dependientes.

2.- NUTRICIONAL METABÓLICO

El paciente presenta deterioro cognitivo, motivo por el cual se encuentra afectado la deglución y la masticación que lo lleva a una pérdida de peso; muchas veces el paciente es alimentado mediante una sonda nasogástrica.

3.- ELIMINACIÓN

Se encuentra alterado este patrón debido a que el paciente presenta disminución del nivel de conciencia y crisis epilépticas refractarias (a menudo asociadas a espasmos infantiles), motivo por el cual no controlan esfínteres. Por otro lado, el paciente muchas veces presenta hipertermia como consecuencia de dicha enfermedad.

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

El paciente presenta características clínicas como movimientos anormales y alteración de la conducta lo cual lo dificulta movilizarse y realizar ejercicios, así como las costumbres de ocio y recreo. Por otro lado, estos pacientes presentan crisis epilépticas que conlleva a una falta súbita de oxígeno en el cerebro o una reducción del riego sanguíneo cerebral.

5.- SUEÑO Y DESCANSO

El paciente con por lo general tiene dificultad para conciliar el sueño por presentar episodios de agitación, motivo por el cual necesita tomar medicación según prescripción médica.

6.- COGNITIVO-PERCEPTIVO

Este patrón se encuentra alterado ya que la mayoría de los pacientes con encefalitis autoinmune el estado sensorio-perceptual y cognitivo presenta alteraciones en la memoria, síntomas psiquiátricos y estado mental alterado.



7.- AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

Este patrón se encuentra alterado pues el paciente por la condición en la que se encuentra muchas veces presenta alteración en la memoria motivo por el cual no podrá describirse hacia sí mismo.

8.- ROL RELACIONES

Este patrón incluye el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. También las responsabilidades que tiene que asumir por lo que es imposible evaluar por la condición del paciente debido a su enfermedad.

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

No alterado.

10.- ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

Este patrón se encuentra alterado sobre todo por los familiares del paciente ya que al ver que su niño enfermo muchas veces tienen poca capacidad para controlar y manejar las situaciones de estrés.

11.- VALORES-CREENCIAS

Mediante este patrón se describe los valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del paciente.

ii. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ENCEFALITIS AUTOINMUNE ^{9,10,11}

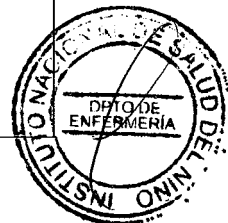


DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 11 SEGURIDAD PROTECCION CLASE: 6 TERMOREGULACIÓN (00007) Hipertermia Relacionado con proceso infeccioso asociado a elevación de la temperatura corporal, irritabilidad, cefalea y convulsiones.	(0800) Termorregulación.	080001 Temperatura cutánea aumentada 080003 Cefalea 080004 Dolor muscular 080005 Irritabilidad 080007 Cambios de coloración cutánea 080014 Deshidratación	(3740) Tratamiento de la fiebre. • Observar el color y la temperatura de la piel. • Controlar la temperatura y otros signos vitales. • Administrar antipiréticos, según percepción médica. • Aligerar cubiertas • Aplicar medios físicos según indicación médica. • Vigilar signo de alarma.	1. grave 2. sustancia 3. moderado 4. leve 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
		080201 Temperatura corporal 080204 Frecuencia respiratoria 080205 Presión arterial 080209 Presión de pulso	(6680) Monitorización de signos vitales • Monitorizar: presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda • Monitorizar la frecuencia y ritmo respiratorio. • Monitorizar pulsioximetría	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Desviación del rango normal PUNTUACION DIANA Mantener..... Aumentar



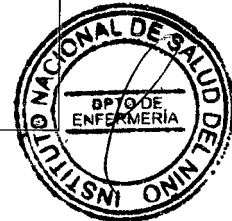
GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE: 4 RESPUESTAS CARDIOVASCULARES PULMONARES	(0909) Estado neurológico.	090901 Conciencia. 090902 Control motor central 090903 Función sensitiva/motora medular 090906 Presión intracraneal 090910 Patrón del movimiento ocular 090913 Patrón del sueño y descanso 090923 Orientación cognitiva.	(2620) Monitorización Neurológica • Vigilar el nivel de conciencia • Comprobar el nivel de orientación • Vigilar las tendencias en la escala del Coma de Glasgow • Vigilar signos vitales: temperatura, presión arterial, • Saturación de oxígeno. • Explorar el tono muscular y el movimiento motor • Vigilar si hay convulsiones y tomar las debidas • Vigilar las características del habla • Comprobar el estado respiratorio • Educar a la paciente y a los familiares sobre los signos y síntomas de la paciente y las medidas preventivas que deben tomar • Comunicar al médico signos de alarma.	1. gravemente comprometido 2.sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4.levemente comprometido 5.no comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar 1.grave 2. sustancia 3. moderado 4.leve 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener ... Aumentar
(00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz Factor Riesgo Lesión Cerebral	(0406) Perfusión tisular: cerebral	040602 presión intracraneal 040603 cefalea 040605 inquietud 040608 agitación 040618 deterioro cognitivo 040620 reflejos neurológicos alterado		



4

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO:2 NUTRICION CLASE: 1 INGESTION (00002) Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades Relacionado con ingesta insuficientes de alimentos asociado a debilidad de los músculos necesarios para la deglución e incapacidad para ingerir los alimentos.	(1004) Estado nutricional.	100401 Ingesta de nutrientes. 100402 Ingesta de alimentos 100403 Energía 100405 Relación peso/talla 100411 Hidratación	(1100) Manejo de la nutrición. - Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. - Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso. - Coordinar con nutricionista para el aporte calórico necesario para el paciente - Brindar al paciente dieta blanda según indicación médica y en forma fraccionada.	1.Desviación grave del rango normal 2.Desviación sustancial del rango normal 3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5.Desviación del rango normal PUNTUACION DIANA Mantener..... Aumentar
	(1009) Estado nutricional: ingestión de nutrientes.	100901 Ingestión calórica. 100902 Ingestión proteica.	(1160) Monitorización nutricional. - Pesar al paciente. - Evaluar la deglución. (reflejo deglutorio, nauseoso). - Evaluar el estado mental (confusión). - Identificar las anomalías de la cavidad oral (inflamación, encías retraídas, hemorrágicas, lengua color escarlata)	1.Inadecuado 2.Ligeramente adecuado 3.Moderadamente adecuado 4.Sustancialmente adecuado 5.Completamente adecuado PUNTUACION DIANA Mantener..... Aumentar



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

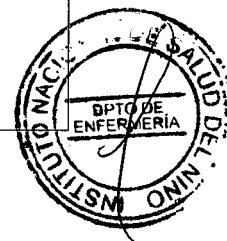
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 11 SEGURIDAD/PROTECCION CLASE: 2 LESION FISICA (00035) Riesgo de lesión Factor de riesgo: Conocimiento insuficiente sobre factores modificables	(1902) Control del riesgo (1908) Detección del riesgo	190212 Recibe vacunas recomendadas 190214 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo. 190220 Identifica los factores de riesgo. 190201 Reconoce factores de riesgo el riesgo. 190802 Identifica los posibles riesgos para la salud. 190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	(6480) Manejo, ambiental • Crear un ambiente seguro para el paciente. • Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva. • Retirar del ambiente objetos que sean peligrosos • Disponer de camas baja altura según corresponda y alzar las barandas. • Disminuir estímulos ambientales según corresponda • Limpiar zonas y utensilios usados para comer y beber antes que el paciente los use. (6486) Manejo ambiental: seguridad • Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. • Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. • Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del paciente. • Utilizar dispositivos de protección.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. a veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE 1: INFECCIÓN (00266) Riesgo de infección Factor de riesgo: Conocimientos insuficientes para evitar la exposición a agentes patógenos	(1924) Control del riesgo del proceso infeccioso	192405 Identificar los signos y síntomas de infección 192414 Utilizar precauciones universales 190426 Identificar los factores de riesgo de infección	(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 la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas. • 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). • Informar al médico signos de alarma.	1. gravemente comprometido. 2. sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. levemente comprometido 5. no comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION ¹⁰
DOMINIO: 7 ROL RELACION CLASE: 1 ROLES DEL CUIDADOR (00061) Cansancio del rol de cuidador relacionado con, duración extendida de la prestación de cuidado para la atención, complejidad en las actividades del cuidado asociado a alteración del funcionamiento cognitivo, enfermedad crónica.	(2508) Bienestar del cuidador principal. (2609) Apoyo familiar durante el tratamiento	250803 Satisfacción con el estilo de vida 250805 Satisfacción con el apoyo social 250807 Apoyo del profesional sanitario. 250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados 250813 Capacidad para el afrontamiento. 260902 Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo. 260904 Piden información sobre el procedimiento 260910 Colaboran con el miembro en la determinación de los cuidados.	(7040) Apoyo al cuidador principal. • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. • Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda. • Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. • Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. • Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental. • Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal • Admitir las dificultades del rol de cuidador principal • Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia. • Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. • Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo	1. No del todo satisfecho 2. Algo satisfecho 3. moderadamente satisfecho 4. Muy satisfecho 5. Completamente satisfecho PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar 1.- nunca demostrado 2.-raramente demostrado 3.- a veces demostrado 4.-frecuentemente demostrado 5.-siempre demostrado PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



G. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias K. Encefalitis Autoinmune Babahoyo-Los Ríos- Ecuador 2018. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4554/E-UTB-FCS-ENF> .
2. Calderón M, Encefalitis autoinmune una entidad potencialmente tratable, Vox pediátrica 2017 May 1; 19-25. disponible en: https://spaoyex.es/sites/default/files/vox_paediatrica_1-2017.4.pdf.
3. Graus F, Titular MJ, Balu R, et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. Lancet Neurol 2016; 15: 391-404. disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n1/138-144/>
4. T. Heather Herman, PhD, RN, Shigemi Kamitsuru FNI, PhD, RN, FNI Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier Barcelona España. 2018-2020.
5. Sue Moorhead & Elizabeth Swanson & Marion Johnson & Meridean L. Maas Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), sexta edición Elsevier Barcelona España 2018.
6. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochtermen, Cheryl M. Wagner Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) séptima edición Elsevier Barcelona España 2019.



H. ANEXOS

Anexo 2. Escala de Glasgow:

Escala de Glasgow

Escala de coma de Glasgow

Motora	Puntuación	Verbal	puntuación	Ojos	puntuación
Obedece	6	Orientado	5	Espontánea	4
Localiza dolor	5	Conversación confusa	4	Al habla	3
Retirada	4	Palabras inapropiadas	3	Al dolor	2
Flexión al dolor	3	Sonidos incomprensibles	2	Ninguna	1
Extensión al dolor	2	Ninguna	1		
Ninguna	1				

Jennett B, Teasdale G. Lancet 1977; 1:878.

Leve: 13-15
pts

Moderado: 9-12
pts

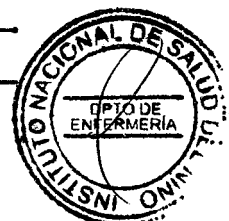
Severo < 8
pts

Anexo 2. Escala de Braden:

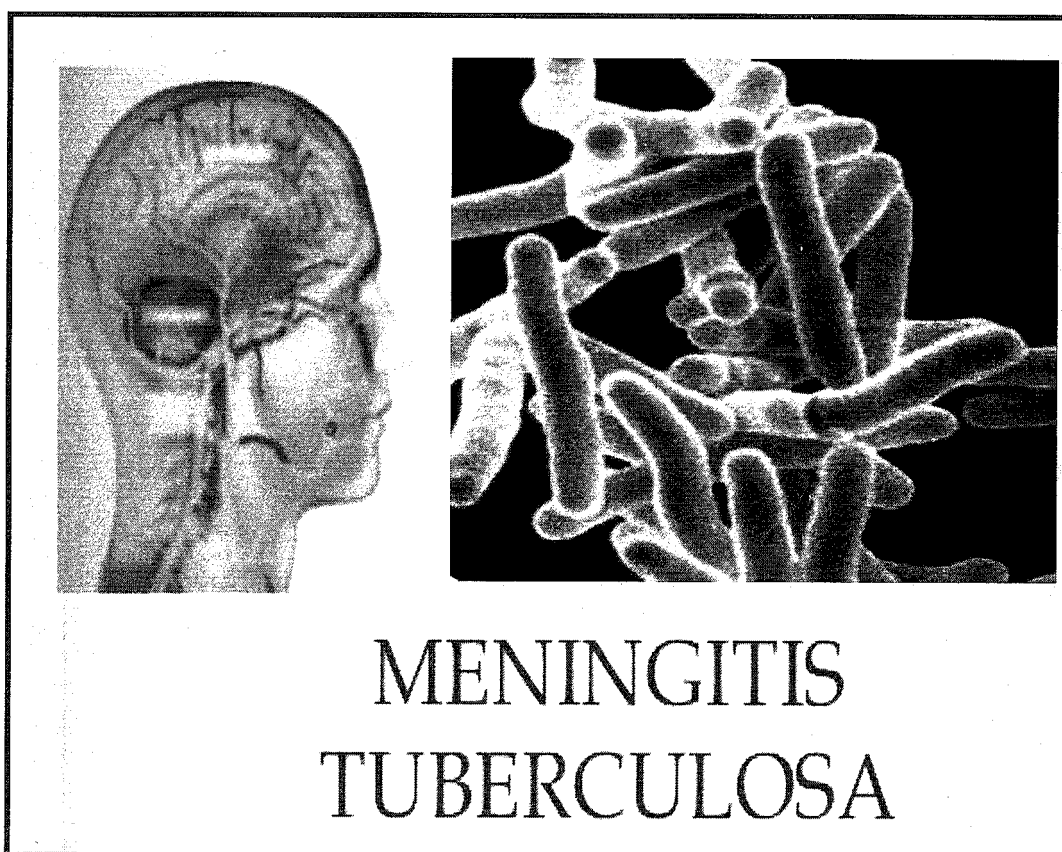
RIESGO DE UPP: ESCALA DE BRADEN

Pun- tos	Percepción sensitiva	Exposición al ambiente	Actividad	Cooperación	Humedad	Reflexos
1	Completamente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy Pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional húmeda	Camina ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	
Pun- tos						

☐ < 12 = Riesgo alto ☐ 13-15 = Riesgo medio ☐ > 16 = Riesgo Bajo



GUÍA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS AFECTADOS POR MENINGITIS TUBERCULOSA



LIC. Liliana Adilia Ríos Herrera

6.2 GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS AFECTADOS POR MENINGITIS TUBERCULOSA.**A. DEFINICIÓN ^{1,2}**

La Meningitis Tuberculosa es una infección de las meninges, las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal, causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* que produce la Tuberculosis. En los niños suele ser una complicación evolutiva de la infección primaria.

i. FISIOPATOLOGÍA²

La Tuberculosis en el SNC resulta de la diseminación hematológica del bacilo del *Mycobacterium Tuberculosis* desde la infección pulmonar primaria y la formación de pequeños focos subpiales y subependimarios (focos de Rich) en el encéfalo y la médula espinal.

En algunos individuos ocurre la ruptura de dichos focos y la liberación bacteriana en el espacio subaracnoideo causando meningitis. En otros individuos cuando el foco se localiza intraparenquimalmente, éste se incrementa progresivamente formando tuberculomas sin meningitis.

En los niños la diseminación usualmente ocurre tempranamente y el riesgo de TBC en el SNC es alto en el primer año de la primoinfección.

ii. ETIOLOGÍA^{2,3}

El agente causal de la TBC son micobacterias del complejo tuberculoso (*Mycobacterium Tuberculosis* y *M. Bovis*) y el complejo no tuberculoso (*M. Avium* y *M. intracelular*). Éste ingresa al organismo por inhalación y al Sistema Nervioso por vía hematológica. La Tuberculosis del Sistema Nervioso es causada por el *M. Tuberculosis* principalmente, sin embargo, en pacientes inmunosuprimidos las otras cepas también pueden causar meningitis.

La TBC puede afectar el cerebro, médula espinal, nervios craneales y espinales, meninges, cráneo y columna vertebral. La Meningitis es la principal presentación de TBC del sistema Nervioso. Los tuberculomas parenquimatosos y la espondilitis tuberculosa (Mal de Pott) son formas de presentación poco frecuentes.



iii. **EPIDEMIOLOGIA:** ²

La MEC TBC es la forma extra pulmonar más frecuente de la tuberculosis.

En Países con alta prevalencia como el nuestro, la TBC en el SNC afecta principalmente a los menores de 3 años.

iv. **CUADRO CLÍNICO** ^{2,4}

El Diagnóstico de MEC TBC en niños mayores se dificulta porque el paciente durante días a semanas presenta síntomas inespecíficos como: cefalea, fiebre, vómitos y anorexia.

En los lactantes y preescolares (se observa pérdida de peso, irritabilidad, hiporexia, trastornos del sueño, vómitos y dolor abdominal. Es común el antecedente de un contacto tuberculoso (50-90 %), como también lo son las presentaciones neurológicas atípicas.

Las convulsiones pueden ser el signo de presentación de la enfermedad, así como déficit neurológico focales² signos neurológicos como somnolencia, alteración de nervios craneales, anisocoria o convulsiones, con o sin signos de hipertensión endocraneana, afectación neurológica grave con estupor o coma.

B. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes pediátricos con diagnóstico de MEC TBC

C. OBJETIVOS:

Contar con una guía para brindar cuidados integrales de enfermería, oportuno, eficaz para restaurar la salud de los pacientes, disminuyendo riesgo y complicaciones.

D. PERSONAL RESPONSABLE:

- Licenciada en enfermería

E. MATERIALES

Recursos Materiales

- Historia Clínica.
- Notas de enfermería, Kardex de enfermería



Materiales básicos:

Pulso Oximetría, Balón de oxígeno o sistema empotrado con manómetro y/o flujo metro. Sistema para oxigenoterapia: conexión, humidificador, cánula binasal, mascarilla simple, bolsa de reservorio, Venturi, Tensiómetro, Estetoscopio, termómetro. Materiales para administrar medicamentos (jeringa, algodón, alcohol)

Equipos de Protección personal

- Mascarillas quirúrgicas, gorro descartable
- Respirador N95
- Mandilón descartable no estéril
- Lentes de protección ocular.

F. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

I. VALORACION SEGÚN MODELO DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON (RD N° 28- 2019- DG- INSN)

1. PERCEPCION- MANEJO DE LA SALUD.

El paciente puede presentar apatía, dolor, irritabilidad, incomodidad, depresión. Nunca había sentido sensación de enfermedad.

2. NUTRICIONAL- METABOLICO

El paciente puede presentar anorexia, trastornos digestivos, vómitos, deshidratación y pueden recibir alimentación por SNG.

3. ELIMINACION E INTERCAMBIO

El paciente puede presentar estreñimiento, globo vesical, piel reseca y adelgazada.

4. ACTIVIDAD Y REPOSO

El paciente puede presentar por el compromiso de sensorio, puede presentar apatía, cansancio.

5. REPOSO Y SUEÑO

El paciente puede presentar trastorno del sueño, irritabilidad, fatiga.

6. PERCEPCION Y COGNICION

El paciente puede estar desorientado en ETP, nivel de conciencia disminuido, Estimulación sensorial deficiente

7. DE AUTOPERCEPCION.

El paciente puede presentar deterioro del autoestima y ansiedad.

8. ROL Y RELACIONES.

Alteración de las relaciones, se produce conflicto familiar, tensión en el desempeño del rol, alteraciones en los cuidados del niño. Problemas de relación familiar.

9. SEXUALIDAD -REPRODUCCION

Sin alteraciones, de acuerdo a su edad

10. AFRONTAMIENTO- TOLERANCIA AL ESTRES.

Problemas en adaptación a cambios/crisis. Alteración de la conducta familiar e incapacidad de afrontar la crisis.

11. VALORES- CREENCIAS

La religión ayuda en los problemas, preocupación por la enfermedad, actitud ante el sufrimiento y dolor.

i. PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS AFECTADOS POR MENINGITIS TUBERCULOSA ^{5,6,7}



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO CLASE: 4 RESPUESTAS CARDIOPULMONARES / VASCULARES (00032) Patrón Respiratorio ineficaz relacionado con deterioro neurológico asociado a patrón respiratorio anormal en frecuencia, ritmo y profundidad	(00403) Estado respiratorio: ventilación	040303 Profundidad de la respiración 040318 Ruidos de percusión 041301 Frecuencia Respiratoria 041302 Ritmo Respiratorio	(3390) Ayuda a la ventilación • Mantener una vía aérea permeable • Ayudar en los frecuentes cambios de posición según corresponda • Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevant la cabecera de la cama observar si hay fatiga muscular) • Iniciar y mantener el oxígeno suplementario según prescripción • Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases, según prescripción	1.Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal
	(0415) Estado respiratorio	041508 Saturación de oxígeno 041532 Vías aéreas permeables 041504 Ruidos respiratorios auscultados	(3350) Monitorización respiratoria • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones • Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor y ronquidos • Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, reparación de Kussmaul, respiración de Cheyne-Stokes. • Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepito o roncos en las vías aéreas principales.	PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar.....



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE 2: LESIÓN FÍSICA (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva asociado a cambios de la frecuencia respiratoria, disnea	(0410) Estado Respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	041004 Frecuencia respiratoria 041005 Ritmo respiratorio 041012 Capacidad de eliminar secreciones	(3160) Aspiración de las vías aéreas - Realizar lavado de manos clínico - Usar el equipo de protección personal - Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal - Monitorizar el estado de oxigenación (3350) Monitorización respiratoria - Monitorizar los patrones de respiración - Monitorizar los niveles de saturación - Determinar la necesidad de aspiración (3200) Precauciones para evitar la aspiración - Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria - Mantener vía aérea - Comprobar el residuo gástrico antes de la alimentación	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar.....



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO CLASE 4: RESPUESTAS CARDIOVASCULARES /PULMONARES (00201) Riesgo de Perfusión tisular cerebral ineficaz Factor riesgo lesión cerebral, cambios en las reacciones pupilares, alteración del estado mental, cambio en la respuesta motora, debilidad o parálisis en las extremidades	(0406) Perfusión Tisular: Cerebral	040618 Deterioro Cognitivo 040619 Nivel de Conciencia Disminuido 040620 Reflejos Neurológicos Alterados	(2620) Monitorización Neurológica • Vigilar el nivel de conciencia • Vigilar las tendencias de la Escala de Glasgow • Vigilar el tamaño, la forma, la simetría, la reactividad de la pupila • Monitorizar los signos vitales: FC, FR, PA, Saturación de oxígeno. • Vigilar signo de hipertensión Endocraneana; Cefalea, vomito, papiledema. • Vigilar la respuesta de Babinski • Observar si hay respuesta de Cushing (aumento presión, bradicardia, alteración de la respiración) (2550) Mejora de la Perfusión Tisular • Mantener una posición optima de la cabecera de la cama de 15 a 30°, según indicación médica. • Evitar flexión del cuello. • Administrar diuréticos osmóticos de asa, así como los corticoides según indicación médica. • Administrar analgésicos según corresponda.	1. Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5. Ninguno PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar.....



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 2: NUTRICIÓN CLASE 1: INGESTIÓN (00103) Deterioro de la Deglución relacionado con deterioro neuromuscular y compromiso de pares craneales asociado a dificultad para la masticación.	(1010) Estado de deglución	101004 Capacidad de masticación 101010 Momento del reflejo de deglución 101013 Esfuerzo deglutorio aumentado 101017 Incomodidad con la deglución	(1860) Terapia de Deglución • Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida para alimentación y ejercicio • Proporcionar cuidados bucales si es necesario • Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir. • Realizar coordinaciones con personal de terapia física para plan d rehabilitación del paciente. • Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente (3200) Precauciones para evitar la aspiración • Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria • Mantener vía aérea. • Observar si hay signos y síntomas de aspiración • Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°o lo más incorporado posible, según indicación médica. • Comprobar residuo gástrico antes de la alimentación • Mantener el equipo de aspiración disponible	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar.....



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE 2: LESIÓN FÍSICA (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Factor de riesgo inmovilidad física	(1101) Integridad Tisular: piel y membranas	110101 Temperatura de la piel 110102 Sensibilidad 110113 Integridad de la piel	(3590) Vigilancia de la piel - Vigilar el color y la temperatura, tumefacción, textura, edema y ulceraciones en las extremidades de la piel. - Identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (escala de Braden) - Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel - Observar si hay zonas de presión o fricción. (3540) Prevención de las úlceras por presión. - Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. - Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal y urinaria. - Cambio de posición cada 2 horas. - Cambio de sabanas limpias, evitar pliegues en la ropa de cama - Baño de paciente según corresponda.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN CLASE 1: INFECCIÓN (00004) riesgo de infección Factor de riesgo: procedimientos invasivos, estancia hospitalaria	(0702) Estado inmune	070207 Temperatura corporal 070208 Integridad cutánea 070209 Integridad mucosa 070221 Detección de infecciones actuales	(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 • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. • Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en la zona de inserción del catéter del drenaje y de vías de acceso venoso. • Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas. • Informar a los familiares la importancia del lavado de manos al visitar a su paciente.	1. gravemente comprometido. 2. sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. levemente comprometido 5. no comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD CLASE 2: LESIÓN FÍSICA (00155) Riesgo de Caída Factor de riesgo: deterioro de la movilidad, deterioro cognitivo, deterioro del equilibrio.	(1939) Control de riesgos: caídas (1912) Caídas	193902 Identifica los factores de riesgo para evitar caídas 191202 Caídas caminando 191204 Caída de la cama 101205 Caídas durante el traslado 191209 Caídas al ir al servicio	(6490) Prevención de caídas • Valorar a los pacientes según el riesgo de caídas utilizando la escala de Humpty Dumpty. • Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama. • Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
			(6480) Manejo Ambiental: Seguridad • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). • Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles). • Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.	1. Mayor de 10 2. 7-9 3. 4-6 4. 1-3 5. Ninguno PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA AL ESTRÉS CLASE 2: RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO (00146) Ansiedad relacionado con inquietud, angustia, alteración del sueño	(1211) Nivel de Ansiedad	121105 Inquietud 121106 Tensión muscular 121129 Trastorno del sueño	(5270) Apoyo Emocional • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.	1.-Grave 2.-Sustancial 3.-Moderado 4.- Leve 5.-Ninguno PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar.....



G. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montiel Lázaro E., Granados V., Muñoz P., Caro I., Flores J., Del Castillo H., Ramos N., Koc D. A, e. Meningoencefalitis tuberculosa en niños. Experiencia en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, 2009 – 2013 Meningea Tuberculosis in children. Experience in the Instituto Nacional de Salud del Niño from Lima, 2009-2013 disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n1/a03v78n1.pdf>
2. Huanca D., Manual de Neuropediatría-GPC, basada en evidencia. Fondo Editorial IIDENUT, 2012. disponible en:
<https://es.scribd.com/document/521237280/Neuropediatría-Huanca-1>
3. Dylan Tierney, MD, MPH. Harvard Medical School; Tuberculosis (TBC) Última modificación del contenido abr. 2018. disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis-extrapulmonar-tbc>
4. Martín Nalda A. eal. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis con afectación del sistema nervioso central en pediatría. Meningitis tuberculosa. Fecha: octubre de 2021. disponible en:
https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/Protocolo%20meningitis%20tuberculosa.2020%20%281%29_2.pdf
5. T. Heather Herman, PhD, RN, Shigemi Kamitsuru FNI, PhD, RN, FNI Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier Barcelona España. 2018-2020.
6. Sue Moorhead & Elizabeth Swanson & Marion Johnson & Meridean L. Maas Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), sexta edición Elsevier Barcelona España 2018.
7. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochtermen, Cheryl M. Wagner Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) séptima edición Elsevier Barcelona España 2019.



H. ANEXOS:

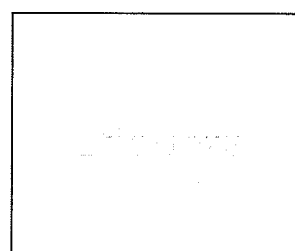
Escala de Hampt Dumpty:



Prevención de caídas, mejorando la seguridad

RIESGO DE CAIDAS Escala Humpty Dumpty- Paciente hospitalizado

Parámetros	Criterios	Puntos
Edad	Menos de 3 años	4
	De 3- 7 años	3
	De 7-13 años	2
	Más de 13 años	1
Genero	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnostico	Problemas neurológicos	4
	Alteraciones de oxigenación: (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vértigo	3
	Trastornos psíquicos o de conducta	2
	Otro diagnostico	1
Deterioro cognitivo	No conoce sus limitaciones	3
	Se le olvida sus limitaciones	2
	Orientado en sus propias capacidades	1
Factores Ambientales	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente que deambula	1
Cirugía o sedación anestésica	Dentro de las 24 horas	3
	Dentro de 48 horas	2
	Más de 48 horas /ninguna	1
Medicación	Uso de múltiples medicamentos sedantes (Excluyen pacientes de UCIP con sedantes o relajantes) Hipnóticos, Barbitúricos Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos narcóticos	3
	Uno de los medicamentos antes mencionados	2
	ninguno	1
Total		



Riesgo de caídas
 < 7 puntos sin riesgo
 7-11 puntos riesgo bajo
 > 12 puntos riesgo alto

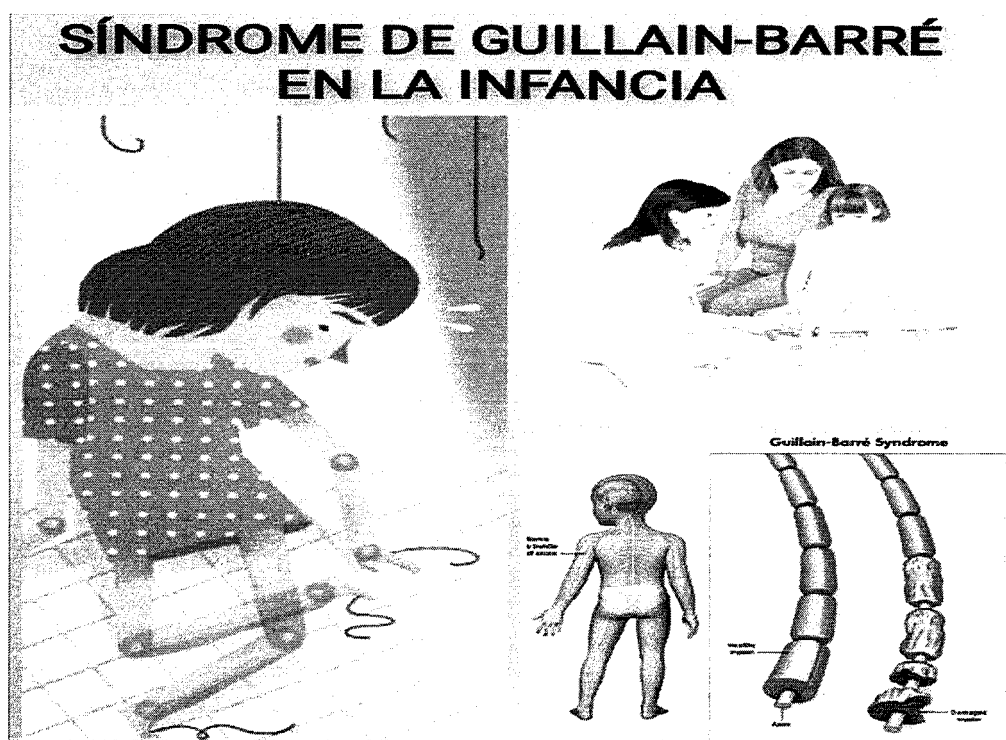
Deborah Hill-Rodriguez, Patricia R. Messmer, Phoebe D. Williams, Richard A. Zeller, Arthur R. Williams, Maria Wood, and Marianne Henry: The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study JSPN Vol. 14, No. 1, January 2009

Valoración del riesgo de caídas en
Pediatría. H-14.2

1 de 1



GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ



Lic. Cecilia Colqui Cabello

6.3 GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

A. DEFINICIÓN ^{1,2}

El síndrome de Guillain Barré es una neuritis autoinmune inflamatoria aguda cuyo tipo más común es la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, aproximadamente en el 90% de los casos, este síndrome se caracteriza por una debilidad simétrica, rápidamente progresiva, de comienzo distal y avance proximal, a veces llegando a afectar la musculatura bulbar respiratoria, y que cursa con pérdida de reflejos osteotendinosos y con signos sensitivos leves o ausentes.

i. FISIOPATOLOGÍA³

El síndrome de Guillain Barré suele ir precedido de infección que induce una respuesta autoinmune aberrante dirigida a los nervios periféricos y sus raíces espinales. Asimismo, se puede presentar con un curso agudo, en donde la desmielinización y el daño axonal de los nervios y raíces nerviosas es el hallazgo patológico más importante. Los nervios periféricos pueden afectarse a todos los niveles desde las raíces hasta las terminaciones nerviosas motoras intramusculares distales, aunque la mayoría de las lesiones frecuentemente se encuentran en las raíces ventrales, nervios espinales proximales y nervios craneales bajos. La intensa inflamación puede llevar a la degeneración axonal como consecuencia de un daño colateral.

ii. ETIOLOGÍA^{4,5}

La causa exacta del Síndrome de Guillain Barré es desconocida, aunque 50-70 % de casos tienen historia previa de una a dos semanas de infección, ya sea viral o bacteriana, inmunización, linfoma o exposición a toxinas u otro estímulo inmune las cuales inducen una respuesta autoinmune aberrante dirigida contra los nervios periféricos y las raíces nerviosas. Entre los patógenos más comunes tenemos *Campylobacter Yeyuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, también es asociado a Vacunación

iii. EPIDEMIOLOGÍA^{6,7}

En la actualidad el síndrome de Guillain-Barré (SGB) Es la causa más frecuente de parálisis neuromuscular aguda.

Puede asociarse a ciertas vacunas, infecciones víricas o a la enteritis por *Campylobacter jejuni*.

iv. CUADRO CLÍNICO^{8,9}

Los síntomas iniciales consisten en sensación de “adormecimiento” y “alfilerazos” en los dedos de los pies y en las manos, y en ocasiones por dolor en la región lumbar baja o en las piernas, seguido de debilidad muscular que suele iniciarse en los miembros inferiores para después afectar otros territorios. Esta debilidad es a veces progresiva y puede afectar sucesivamente piernas, brazos, músculos respiratorios y pares craneales, todo lo cual configura el cuadro clínico de parálisis ascendente de Landry. La afectación de pares craneales ocurre en el 25 % de los casos, siendo la paresia facial bilateral la más característica, aunque también pueden ocurrir debilidad en los músculos de la deglución, fonación y masticación.

B. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes pediátricos menores de 17 años con diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré.

C. OBJETIVO:

Estandarizar los cuidados de enfermería, que permitan organizar el Proceso de Atención de Enfermería, aplicado a pacientes con Síndrome de Guillain Barré que presentan problemas reales, potenciales y probables.

D. PERSONAL RESPONSABLE

- Licenciada de enfermería

E. MATERIALES

Recursos Materiales

- Historia Clínica.
- Notas de enfermería.
- Kardex de enfermería.
- Materiales Básicos:
- Pulsioxímetros, balón de oxígeno o sistema empotrado con manómetro y/o flujómetro.
- Equipo de aspiración de secreciones (aspirador de secreciones, sondas de aspiración, guantes estériles, gasas estériles)
- Sistema para oxigenoterapia: conexión, humidificador, cánula binasal, mascarilla simple, bolsa de reservorio, Venturi.
- Tensiómetro.
- Equipos de Protección personal
- Mandilón descartable no estéril.
- Mascarilla N95.
- Lentes protectores.



- Protector facial.
- Gorra descartable no estéril.

F. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

1.- PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

Este patrón se encuentra alterado ya que este tipo de pacientes señalan a una serie heterogénea de neuropatías periféricas, donde el hallazgo común en ellas es la polirradiculoneuropatía de evolución rápida, que se desencadena casi siempre después de un proceso de tipo infeccioso. Se manifiesta frecuentemente con parálisis motora simétrica, con o sin pérdida de la sensibilidad, y en ocasiones con alteraciones de tipo autonómico.

2.- NUTRICIONAL METABÓLICO

El paciente puede presentar afección del IX nervio craneal que implica que la persona no puede deglutir ningún tipo de alimento y/o líquido por esta razón la primera acción que se realiza es la colocación de SNG y posterior a ella se realiza gastrostomía. Esta medida es necesaria dado el tiempo de evolución de su problema de salud.

Suelen tener alteración en la deglución y la masticación.

3.- ELIMINACIÓN

Este patrón por lo general se encuentra alterado puesto que estos pacientes ven alterado la eliminación urinaria y fecal, existiendo una reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas presentando el riesgo de estreñimiento. Del mismo modo muchas veces se les coloca sonda vesical.

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

El paciente puede presentar debilidad mínima en las extremidades inferiores con ataxia o sin ella, hasta la parálisis total de las cuatro extremidades y el tronco. Del mismo modo puede presentar debilidad o fatiga con la actividad, así como dolor radicular a la movilización de las extremidades.

Por otro lado, puede afectar los músculos respiratorios, llegando a provocar cuadros de insuficiencia respiratoria, taquipnea, respiraciones arrítmicas e hiperventilación.

También puede presentar sensación de hormigueo, entumecimiento y picazón (parestias), usualmente en los pies o manos.



5.- SUEÑO Y DESCANSO

Este patrón se encuentra alterado por la interrupción de las sensaciones dolorosas y parestesias que presenta el paciente.

6.- COGNITIVO-PERCEPTIVO

El paciente desconoce el proceso de su enfermedad, pero por lo general está orientado en tiempo, espacio y persona.

7.- AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

Este patrón se encuentra alterado ya que el paciente respecto a su cuerpo se siente inmóvil.

Así mismo por la condición en la que se encuentra su estado de ánimo es generalmente triste y siente mucho miedo, muchas veces se muestran ansiosos y deprimidos.

8.- ROL RELACIONES

El paciente presenta una dependencia creciente de los demás a medida que la enfermedad progresa, la comunicación se va alterando, tornándose gestual, puede presentar disartria.

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

No se encuentra alterado.

10.- ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

Este patrón se encuentra alterado ya que el paciente por lo general presenta inquietud, una postura rígida y manos húmedas. Muchas veces la familia puede haber ignorado los síntomas leves, transitorios (negación), solo para solicitar ayuda médica más tarde, cuando los síntomas recurrentes se hacen más graves.

Por otro lado, los familiares del paciente también presentan poca capacidad para controlar y manejar las situaciones de estrés al ver a su niño enfermo.

Asimismo, en respuesta ante una situación de estrés muchas veces es comer.

11.- VALORES-CREENCIAS

Mediante este patrón se describe los valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del paciente y su familia.

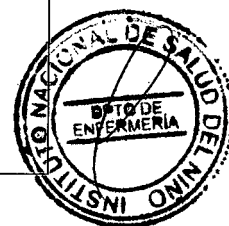


ii. Plan de intervención de enfermería en pacientes con Guillain Barre^{10,11,12}

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 4. ACTIVIDAD/ REPOSO. CLASE: 4. RESPUESTAS CARDIOVASCULARES Y PULMONARES. (00032) Patrón Respiratorio Ineficaz Relacionado con: Fatiga de los músculos de la respiración Manifestado por disminución de la capacidad vital, disnea, alteración de los movimientos torácicos.	(0415) Estado respiratorio.	041501 Frecuencia respiratoria. 041502 Ritmo respiratorio. 041507 Capacidad vital. 041508 Saturación de oxígeno.	(3350) Monitorización respiratoria. • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. • Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos. • Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, Biot y respiración atáxicas. • Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). • Auscultar los sonidos respiratorios anotando las áreas de disminución / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. • Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitaciones o roncus en vías aéreas principales.	1. desviación grave del rango normal 2. desviación sustancial del rango normal 3. desviación moderada del rango normal 4. desviación leve del rango normal 5. sin desviación del rango normal PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
(0402) Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	040208 Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO2). 040211 Saturación de O2.			



	(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	041004 Frecuencia respiratoria. 041005 Ritmo respiratorio. 041011 Profundidad de la inspiración. 040301 Frecuencia respiratoria. 040302 Ritmo respiratorio. 040303 Profundidad de la respiración.	(3140) Manejo de la vía aérea • Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. • Eliminar las secreciones fomentando la tos, si es posible. • Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, si procede. • Administrar broncodilatadores y/o inhaladores, si está indicado. • Controles funciones vitales y vigilar el estado respiratorio mediante la saturación de oxígeno. (3320) Oxigenoterapia • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas., mediante la aspiración de las secreciones bucales, nasales y traqueales según corresponda • Mantener el flujo de litros de oxígeno según indicación médica. • Verificar el humidificador de oxígeno que se encuentre en el nivel correspondiente. • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetría, gasometría arterial), según corresponda.	1. desviación grave del rango normal 2. desviación sustancial del rango normal 3. desviación moderada del rango normal 4. desviación leve del rango normal 5. sin desviación del rango normal PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
--	---	---	---	---



			(3120) Intubación y estabilización de las vías aéreas • Comunicar a médico signo de alarma • Monitorización de controles funciones vitales y saturación de oxígeno • Apoyar al equipo médico para la intubación del paciente. • Administrar medicamentos según corresponda y por indicación médica.	
--	--	--	--	--



	(2002) Bienestar personal.	200205 Salud física. 200207 Capacidad de afrontamiento. 200210 Capacidad para expresar emociones.	(2210) Administración de analgésicos. • Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Administrar los analgésicos según indicación médica en horario indicado. • Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). • Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso., comunicar a médico signo de alarma. (5270) Apoyo emocional. • Brindar apoyo emocional al paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.	1.No del todo satisfecho 2.Algo satisfecho 3.Moderadamente satisfecho 4.Muy satisfecho 5.Completamente satisfecho PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
--	---	---	--	---



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 2. NUTRICIÓN CLASE: 1. INGESTIÓN (00103) Deterioro de la deglución Relacionado con masticación insuficiente, asociado a debilidad de los músculos necesarios para la deglución y masticación, dolor abdominal.	(1010) Estado de deglución.	101004 Capacidad de masticación. 101005 Distribución del bolo alimentario a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución.	(1680) Terapia de deglución • Coordinar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, foniatra y dietista), para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente. • Ayudar al paciente a sentarse en posición erecta (máximo posible), para alimentarse y hacer los ejercicios. • Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución ("barbilla metida"). • Guiar al paciente en la fonación "ah" para favorecer la elevación del paladar blando, si corresponde. • Ayudar al mantener una posición sentada durante 30 min. Después de terminar de comer. • Enseñar al paciente a que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida. • Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración. • Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come. • Observar el sellado de los labios al comer, beber y tragar. • Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
	(0303) Auto cuidados: comer	030310 Coloca la comida en la boca. 030312 Mastica la comida. 030313 Traga la comida.		



			• Proporcionar descanso antes de comer / hacer ejercicio, para evitar fatiga excesiva. • Enseñar a la familia / cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente. • Enseñar a la familia / cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el dietista. • Enseñar a la familia / cuidador las medidas de emergencia para atragantamientos. (3200) Precauciones para evitar la aspiración. • Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, reflejos de gases y capacidad deglutoria. • Control de funciones vitales, vigilar patrón respiratorio. • Mantener vías aéreas permeables. • Colocar en posición semifowler. • Mantener equipo de aspiración disponible. • Alimentación en pequeñas cantidades, dieta blanda según indicación. • Comprobar colocación sonda nasogástrica o de gastrostomía, antes de la alimentación según corresponda por indicación médica.	
--	--	--	---	--



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO. CLASE: 2 ACTIVIDAD / EJERCICIO. (00085) Deterioro de la movilidad física Relacionado con: Disminución en la fortaleza muscular asociado a disminución de la fuerza muscular.	(0911) Estado neurológico control motor central (0212) Movimiento coordinado	091101 Equilibrio. 091103 Mantenimiento de la postura. 091112 Movimiento intencionado a partir de una orden. 021201 Resistencia de la contracción muscular 021202 Tono muscular 021205 Control del movimiento 021208 Tensión muscular	(1803) Ayuda con el autocuidado: Alimentación. - Identificar la dieta prescrita. - Suministrar los alimentos a la temperatura adecuada. - Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida. - Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución. - Proporcionar ayuda física. - Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, según prescripción médica. - Proteger con un babero, si es necesario. - Proporcionar un sorbete de beber, si es necesario. - Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo. (1801) Ayuda con el autocuidado: baño/higiene - Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. - Mantener la intimidad mientras el paciente se realiza el baño. - Facilitar que el paciente se cepille los dientes, de lo contrario ayudar en esta actividad. - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



			(1610) Baño • Ayudar con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede de lo contrario realizar baño de esponja. • Realizar el baño con agua a temperatura adecuada. • Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. • Evaluar la capacidad funcional durante el baño del paciente. (1802) Ayuda con los cuidados: vestirse/arreglo personal. • Vestir con ropas cómodas y fáciles de manejar. • Brindar apoyo para vestir al paciente. • Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. (0226) Terapia de ejercicios: control muscular. • Colaborar con el fisioterapeuta, terapeutas ocupacionales y de recreación en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. • Consultar con el fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada movimiento.	
--	--	--	---	--



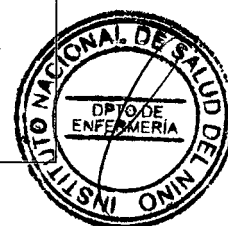
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN. CLASE: 2 LESIÓN FÍSICA. (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Factor de riesgo: Inmovilización física, presión sobre las prominencias óseas y deterioro neuromuscular.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (0602) Hidratación.	110101 Temperatura de la piel.	(3540) Prevención de las úlceras por presión. • Valorar los factores de riesgo del paciente mediante la escala de Braden Q. • Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal y urinaria. (3500) Manejo de presiones. • Vestir al paciente con prendas no ajustadas. • Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica según indicación. • Cambiar de posición cada 2 horas. • Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama. • Aplicar protectores de talones. • Observar si hay fuentes de presión y fricción. (0840) Cambio de posición. • Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados • Explicar al paciente que se la cambiar de posición. • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. • Colocar en una posición que alivie la disnea (posición semifowler). • Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTAJACION DIANA Mantener Aumentar
		101102 Sensibilidad.		
		110106 Transpiración		
		110113 Integridad de la piel.		
		060201 Turgencia cutánea.		
		060202 Membranas y mucosas húmedas.		
		060215 Ingesta de líquidos.		
		060217 Perforación tisular.		



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CLASE: 1 INFECCIÓN (00004) Riesgo de infección Factor de riesgo: alteración de la integridad cutánea y procedimientos invasivos	(1924) Control de riesgo: proceso infeccioso	192405 Identifica signos y síntomas de infección 192411 Mantiene un entorno limpio 192426 Identifica los factores de riesgo de infección	(6550) Protección contra las infecciones • Cumplir con las normas de bioseguridad establecidas según protocolos establecidos • 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 • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas. • 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).	1. Nunca Demostrado 2. Raramente Demostrado 3. A veces Demostrado 4. Frecuentemente Demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 11. SEGURIDAD/ PROTECCIÓN. CLASE: 2. LESIÓN FÍSICA (00155) Riesgo de caídas Factor de riesgo: alteraciones en el sistema neurológico y disminución en la fuerza en las extremidades inferiores.	(1909) Conducta de prevención de caídas.	190903 Coloca barreras para prevenir caídas	(6490) Prevención de caídas. - Realizar la valoración de caídas según la escala Humpty Dumpty - Colocar los objetos al alcance del paciente para evitar que tenga que hacer esfuerzos. - Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse. - Educar a la familia los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos. - Mantener las barandillas de la cuna y /o cama en posición elevada cuando el cuidador no esté presente. - Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc. - Disponer de una iluminación adecuada.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
		190915 Utiliza barandillas si es necesario.		
		190919 Utiliza procedimientos de traslado seguro.		
		190923 Pide ayuda.		
	(1912) Caídas.	191203 Caídas sentado. 191204 Caídas de la cama. 191205 Caídas durante el traslado.	(6480) Manejo ambiental: Seguridad - Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles). - Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos. - Utilizar dispositivos de protección (barandillas).	1. Mayor de 10 2. 7 - 9 3. 4 - 6 4. 1 - 4 5. Ninguno PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



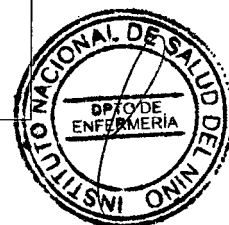
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO. CLASE: 2 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL. (00011) Estreñimiento Relacionado con disminución de la motilidad gastrointestinal y debilidad de los músculos abdominales manifestado por disminución de frecuencia y volumen de las heces, esfuerzo en la defecación y la eliminación de heces duras.	(0501) Eliminación intestinal.	050101 Patrón de eliminación 050102 Control de movimientos intestinales. 050105 Heces blandas y formadas. 050112 Facilidad de eliminación de las heces. 050121 Eliminación fecal sin ayuda.	(0450) Manejo del estreñimiento/impactación. • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento e impactación. • Comprobar movimientos intestinales. • Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. • Registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. • Administrar una dieta rica en fibras según indicación médica.	1. gravemente comprometido 2. sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. levemente comprometido 5. no comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO. CLASE: 1. FUNCIÓN URINARIA. (00016) Deterioro de la eliminación urinaria Relacionado con: Deterioro sensitivo- motor, asociado a trastorno en la emisión de la orina	(0502) Continencia urinaria.	05021 Reconoce la urgencia miccional. 050208 Es capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina. 050209 Vacía la vejiga completamente. 050215 Bebe la cantidad adecuada de líquidos.	(0590) Manejo de la eliminación urinaria. • Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede. • Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. • Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia. • Darles líquidos a los pacientes con las comidas, entre las comidas. • Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al aseo, si procede. • Enseñar al paciente a vaciar la vejiga según corresponda. (0610) Cuidados de la incontinencia urinaria. • Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos). • Proporcionar intimidad para la evacuación. • Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, té y chocolate).	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



	(0503) Eliminación urinaria.	050301 Patrón de eliminación. 050313 Vacía la vejiga completamente.	(0580) Sondaje vesical. • Colocar sonda vesical según indicación médica. • Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervención. • Reunir el equipo adecuado para la cateterización. • Mantener una técnica aséptica estricta. • Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama. • Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado. • Controlar la ingesta y eliminación.	1. gravemente comprometido 2. sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. levemente comprometido 5. no comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
--	---	---	--	---



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 7 ROL RELACIÓN CLASE: 1 ROLES DEL CUIDADOR. (00061) Cansancio del rol de cuidador Relacionado con: Duración extendida de la prestación de cuidado para la atención, asociado a complejidad en las actividades del cuidado. Debido a la enfermedad crónica.	(2508) Bienestar del cuidador principal.	250803 Satisfacción con el estilo de vida. 250805 Satisfacción con el apoyo social. 250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados. 250813 Capacidad para el afrontamiento.	(7040) Apoyo al cuidador principal. - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador referente al cuidado del niño. - Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. - Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento para fomentar la propia salud física y mental. - Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. - Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.	1. No del todo satisfecho 2. Algo satisfecho 3. moderadamente satisfecho 4. Muy satisfecho 5. Completamente satisfecho PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar 1.- Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
	(2609) Apoyo familiar durante el tratamiento	260902 Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo. 260904 Piden información sobre el procedimiento 260910 Colaboran con el miembro en la determinación de los cuidados.		



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. C.J. Williams, R.H. Thomas, T.P. Pickersgill, M. Lyons, G. Lowe, R.E. Stiff, *et al.* Cluster of atypical adult Guillain-Barré syndrome temporally associated with neurological illness due to EV-D68 in children, South Wales, United Kingdom October 2015 to January 2016. *Euro Surveill.*, 21 (2016), pp. 30119. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6824/1/REP_MEHU_ITALO_QUIROZ_S%C3%8DNDROME.GUILLAIN.BARR%C3%89.INFECCI%C3%93N.EN.TEROVIRUS.REPORTE.CASO.REVISI%C3%93N.LITERATURA.pdf.
2. Síndrome de Guillain-Barré. Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12-guillain.pdf>.
3. Instituto Nacional De Ciencias Neurológicas. Síndrome de Guillain-Barré. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/233-2014-SINDROME DE GUILLAIN BARRE.pdf>.
4. Instituto Nacional De Ciencias Neurológicas. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Guillain-Barré. http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/sg/RD2012018Guia_Guillain_Barre.pdf
5. Michael Rubin, MDCM, New York Presbyterian Hospital-Cornell Medical Center. Última modificación del contenido Set. 2019. Síndrome de Guillain-Barré (SGB). <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/sistema-nervioso-perif%C3%A9rico-y-trastornos-de-la-unidad-motora/s%C3%ADndrome-de-guillain-barr%C3%A9>.
6. Rebolledo-García D, González-Vargas P, Salgado-Calderón I. Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos. Artículo de revisión. *Med Int Méx.* 2018 enero;34(1):72-81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim181i.pdf>.
7. Casares F, Herrera L, Infante J, Varela A. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. ACTUALIZACIÓN ACERCA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *AMC* 2007 Jun. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000300014.
8. Pérez E, Díaz A. y Gómez F. Síndrome de Guillain-Barré: presentación clínica y evolución en menores de 6 años de edad. *An Pediatr (Barc).* 2012;76(2):69-76. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-sindrome-guillain-barre-presentacion-clinica-evolucion-articulo-S1695403311000452>.
9. Síndrome de Guillain-Barré. Actualización acerca del Diagnóstico y Tratamiento. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000300014.
10. T. Heather Herman, PhD, RN, Shigemi Kamitsuru FNI, PhD, RN, FNI Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier Barcelona España. 2018-2020.

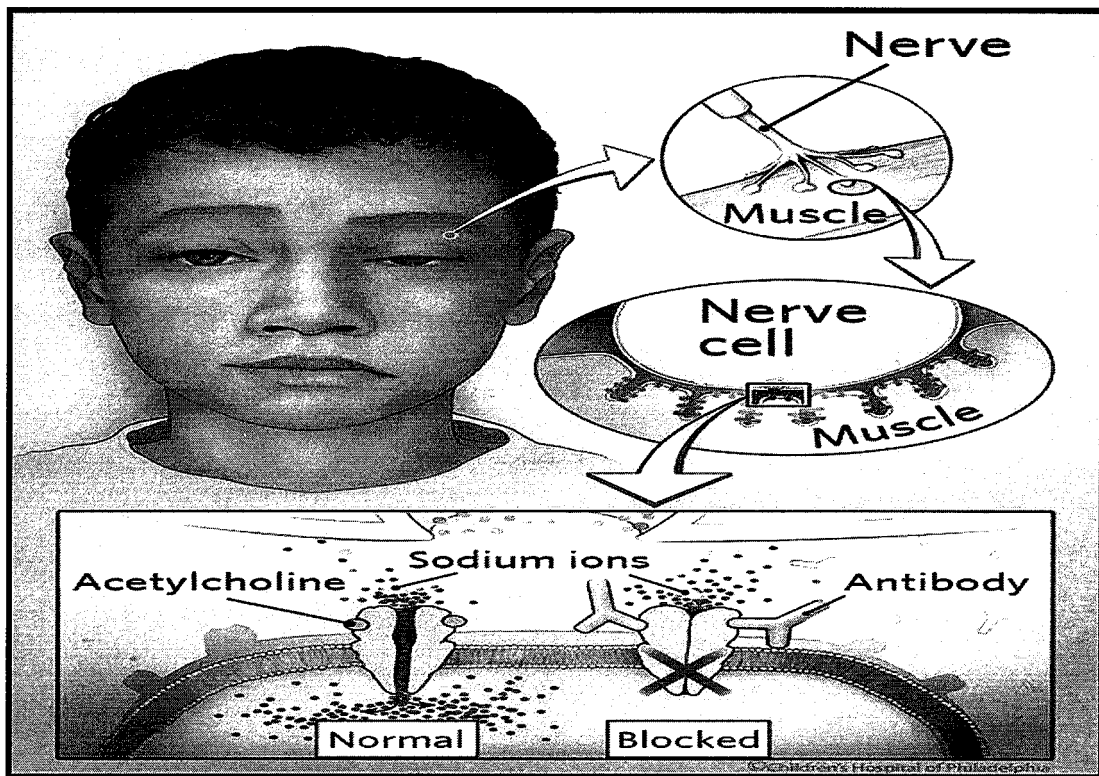


GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES
NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

11. Sue Moorhead & Elizabeth Swanson & Marion Johnson & Meridean L. Maas.
Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), sexta edición Elsevier Barcelona España 2018.
12. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochtermen, Cheryl M. Wagner
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) séptima edición Elsevier Barcelona España 2019.



GUÍA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS AFECTADOS POR MEASTENIA GRAVIS



Lic. Cecilia Colqui Cabello

6.4 GUÍA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS AFECTADOS POR MIASTENIA GRAVIS

A. DEFINICIÓN ¹

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune neuromuscular crónica poco común que se da en niños de todas las edades, orígenes étnicos y sexos. La MG (miastenia gravis) se caracteriza por debilidad muscular de distintos grados en muchas áreas diferentes del cuerpo que normalmente afecta los ojos, la boca, la garganta, los brazos y las piernas.

i. FISIOPATOLOGÍA²

En la miastenia gravis los anticuerpos bloquean, alteran o destruyen los receptores de acetilcolina en la unión neuro muscular, lo cual evita que ocurra la contracción muscular por un defecto en la transmisión de los impulsos nerviosos a los músculos.

ii. ETIOLOGÍA²

La causa de esta enfermedad no se conoce hoy en día, aunque el hallazgo de anticuerpos anti receptores de acetilcolina le presupone una base autoinmune. Esto quiere decir que nuestro propio sistema de defensa inmunológico, por error, es capaz reconocer como extraño, atacar y destruir algún componente de los tejidos nuestro organismo.

iii. CUADRO CLÍNICO³

La debilidad muscular que provoca la miastenia grave empeora a medida que se usa el músculo afectado. Como los síntomas generalmente mejoran con el descanso, la debilidad muscular puede aparecer y desaparecer. Sin embargo, los síntomas tienden a progresar con el paso del tiempo y alcanzan su peor punto pocos años después del comienzo de la enfermedad.

Aunque la miastenia grave puede afectar cualquiera de los músculos que controlas voluntariamente, ciertos grupos musculares se ven afectados con mayor frecuencia

En la MG (miastenia gravis) neonatal transitoria, los bebés tienen debilidad muscular y dificultad para succionar o respirar, lo que puede requerir asistencia respiratoria mecánica artificial. La MG (miastenia gravis) neonatal transitoria tiende a mejorar después de unas semanas o meses a medida que los anticuerpos de la madre desaparecen normalmente con el tiempo.

La MG (miastenia gravis) juvenil tiende a aparecer lentamente a lo largo de semanas. Los signos típicos incluyen cansancio en los lactantes después de muy poca actividad o dificultad



para masticar o deglutir. Pueden presentarse párpados caídos, y todos los síntomas tienden a ser menos evidentes por la mañana y a empeorar a medida que transcurre el día.

La MG (miastenia gravis) congénita presenta debilidad muscular que suele notarse desde el nacimiento o poco tiempo después, y retrasos en alcanzar hitos de desarrollo como sentarse, gatear o caminar. Es posible que haya dificultad para deglutir y/o respirar, poco control de la cabeza y párpados caídos.

B. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes pediátricos menores de 18 años que acudan al Instituto Nacional de Salud del Niño y diagnosticados con Miastenia Gravis.

C. OBJETIVO:

Estandarizar los cuidados de enfermería, que permitan organizar el Proceso de Atención de Enfermería, aplicado a pacientes con Miastenia Gravis que presentan problemas reales, potenciales y probables.

D. PERSONAL RESPONSABLE

- Licenciada en enfermería.

E. MATERIALES

REQUERIMIENTOS BÁSICOS

Recursos Humanos

- ✓ Licenciada en Enfermería
- ✓ Técnica en enfermería

Recursos Materiales

- ✓ Notas de enfermería.
- ✓ Kardex de enfermería.
- ✓ Ropa de cama adecuada (sabana, solera, hule), cama con barandillas, cunas, colchón antiescaras.

Materiales Básicos:

- ✓ Pulsioxímetros, balón de oxígeno o sistema empotrado con manómetro y/o flujómetro.
- ✓ Equipo de aspiración de secreciones (aspirador de secreciones, sondas de aspiración, guantes estériles, gasas estériles)



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

- ✓ Sistema para oxigenoterapia: conexión, humidificador, cánula binasal, mascarilla simple, bolsa de reservorio, Venturi.
- ✓ Tensiómetro.

Equipos de Protección personal

- ✓ Mandilón descartable no estéril.
- ✓ Mascarilla N95.
- ✓ Lentes protectores.
- ✓ Protector facial.
- ✓ Gorra descartable no estéril.

F. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

I. VALORACION SEGÚN MODELO DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON (RD N° 28- 2019- DG- INSN PATRON I PERCEPCION- MANEJO DE LA SALUD.

1. PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

El patrón de percepción se encuentra alterado ya que esta enfermedad (Miastenia Gravis) se caracteriza por debilidad de la musculatura esquelética y fatiga fácil que puede afectar a cualquier grupo muscular. La debilidad muscular empeora con el ejercicio y mejora con el reposo, existiendo variaciones horarias, así como estacionales, pudiendo cursar con brotes de agravación.

También se ven afectados los músculos oculares, faciales y bulbares los cuales son los más frecuentemente comprometidos por la enfermedad, produciendo síntomas como ptosis palpebral, diplopía, fascie anímica, disartria, dificultad para la masticación y deglución, falta de fuerza en extremidades y en los casos más graves, afección de la musculatura respiratoria con disnea y falla respiratoria.

2. NUTRICIONAL- METABOLICO.

Los pacientes pueden tener dificultad de deglución, debilidad y fatiga para masticar, haciendo limitada su alimentación. Muchas veces es posible que se atragante con facilidad, lo que dificulta comer, beber o tomar pastillas. En algunos casos, los líquidos que tragan salen por la nariz. Por otro lado, los músculos que se usan para masticar podrían desgastarse a la mitad de una comida, particularmente si está comiendo algo difícil de masticar (carnes).



En el lactante se observa dificultad en la succión deglución, asimismo que la debilidad de la deglución empeora hacia el final de las comidas.

Por otro lado, se evidencia la pérdida de peso relacionada con la disminución de la ingesta.

3.- ELIMINACION E INTERCAMBIO.

Este patrón se encuentra alterado ya que muchas veces la debilidad bulbar puede generar dificultad respiratoria, manifestándose con disnea, ortopnea por compromiso de músculos como el diafragma, asimismo se evidencia limitación de la expansión torácica, Posible descenso del volumen corriente, capacidad vital y fuerza inspiratoria.

En el caso de los bebés tienen debilidad muscular y dificultad para succionar o respirar, lo que puede requerir asistencia respiratoria mecánica artificial si sus músculos respiratorios son demasiado débiles como para respirar por sus propios medios, muchas veces es transitoria teniendo a mejorar después de unas semanas o meses a medida que los anticuerpos de la madre desaparecen normalmente con el tiempo.

Por otro lado, los pacientes pueden presentar estreñimiento, globo vesical, piel reseca y adelgazada.

4.- ACTIVIDAD Y REPOSO.

Este patrón se encuentra afectado ya que existe debilidad muscular, empeorando a medida que se usa el músculo afectado; los síntomas generalmente mejoran con el descanso, la debilidad muscular puede aparecer y desaparecer.

Es posible que el niño se sienta excesivamente cansado después de realizar muy poca actividad, generalmente los síntomas tienden a ser más leves en la mañana y empeoran durante el día.

5.- REPOSO Y SUEÑO.

Este patrón se encuentra alterado ya que los pacientes presenten preocupación, angustia, dificultad respiratoria, y trastorno del sueño.

6.- PERCEPCION Y COGNICION.

Muchas veces el paciente desconoce el proceso de su enfermedad, pero por lo general está orientado en tiempo, espacio y persona.

La enfermedad puede comenzar durante el primer año de vida, con una debilidad generalizada en los brazos y las piernas y retrasos en las habilidades motoras tales como gatear, sentarse y caminar.

7.- AUTOPERCEPCION.

Este patrón se encuentra alterado ya que el paciente se encuentra generalmente triste y siente mucho miedo, muchas veces se muestran ansiosos y deprimidos, manifestando deterioro de la autoestima.



8.- ROL Y RELACIONES.

El paciente presenta una dependencia creciente de los demás a medida que la enfermedad progresa, la comunicación se va alterando pudiendo presentar disartria, disfonía, disfasia, falta de expresión facial y debilidad progresiva de la voz durante las conversaciones. Por otro lado, se produce conflicto familiar, tensión en el desempeño del rol y alteraciones en los cuidados del niño.

9.- SEXUALIDAD -REPRODUCCION

No se encuentra alterado.

10.- AFRONTAMIENTO- TOLERANCIA AL ESTRES.

Este patrón se encuentra alterado tanto para el paciente como para la familia por el desconocimiento del proceso de la enfermedad, los procedimientos terapéuticos, medicación y posibles complicaciones.

11.- VALORES- CREENCIAS

La religión ayuda en los problemas, preocupación por la enfermedad, actitud ante el sufrimiento y dolor.

i. PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS AFECTADOS POR MIASTENIA GRAVIS ^{4,5,6.}



100

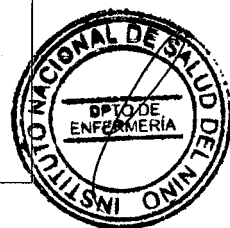
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
DEPTO DE ENFERMERIA

	(0403) Estado respiratorio: ventilación.	041011 Profundidad de la inspiración. 040301 Frecuencia respiratoria. 040302 Ritmo respiratorio. 040303 profundidad de la respiración.	• Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial). (3350) Monitorización respiratoria. • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. • Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, Biot y patrones atáxicos. • Palpar para ver si le expansión pulmonar es igual. Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). • Auscultar los sonidos respiratorios anotando las áreas de disminución / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. • Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran.
--	---	--	---



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CLASE: 2 LESIÓN FÍSICA (00039) Riesgo de aspiración. Factor de riesgo: deterioro neuromuscular	(1935) Control del riesgo: aspiración.	193503 Reconoce los factores de riesgo personales de aspiración. 193504 Notifica a otros sobre sus dificultades para tragar.	(3200) Precauciones para evitar la aspiración. - Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. - Mantener la cama de la cabecera elevada de 30ª 45 minutos después de la alimentación. - Mantener el equipo de aspiración disponible. - Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades. (1803) Ayuda con el autocuidado: Alimentación. - Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución. - Ayudar alimentarse al paciente. - Verificar si el paciente puede alimentarse. (3160) Aspiración de las vías aéreas. - Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. - Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. - Disponer de equipos de bioseguridad (guantes, gafas, mascarilla, protector facial, mandilón estéril, sondas de aspiración, entre otros). - Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico (nivel de conciencia) y estado hemodinámico - Anotar características de secreciones obtenidas.	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 2 NUTRICION CLASE: 1 INGESTIÓN (00103) Deterioro de la Deglución relacionado con: compromiso neuromuscular y de los nervios craneales asociado a dificultad para la masticación.	(1012) Estado de deglución: fase oral.	101201 Mantiene la comida en la boca. 101202 Controla las secreciones orales. 101203 Formación del bolo alimenticio. 101205 Capacidad de masticación. 101209 Cierre de los labios.	(1860) Terapia de deglución • Coordinar con el equipo de terapeutas para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente. • Ayudar al paciente a sentarse en posición erecta (máximo posible), para alimentarse y hacer los ejercicios. • Observar el sellado de los labios al comer, beber y deglutir. • Proporcionar un periodo de descanso antes de comer para evitar la fatiga excesiva. (1803) Ayuda con el autocuidado: Alimentación. • Valorar la capacidad de deglución del paciente. • Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida • Colocar al paciente en una posición adecuada para facilitar la masticación y la deglución. • Proporcionar alimentos de fácil deglución (dieta blanda o líquida), a temperatura adecuada, según dieta prescrita. • Alimentar en pequeñas cantidades. • Proporcionar ayuda para alimentarse, si es necesario. • Enseñar al paciente a no hablar mientras se alimenta. • Observar en la boca del paciente si hay restos de comida. • Controlar el peso del paciente.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

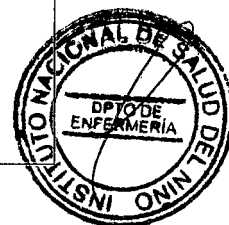
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/ REPOSO. CLASE: 4 RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/ PULMONARES (00092) Intolerancia a la actividad relacionado con: Debilidad generalizada y fatiga muscular	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria. (0007) Nivel de fatiga. (0005) Tolerancia de la actividad.	030001 Come solo. 030007 Higiene oral. 030005 Se peina solo. 000701 agotamiento. 000702 Laxitud. 000502 Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad. 000503 frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad. 000511 Tolerancia a la caminata.	(1800) Ayuda con el autocuidado • Valorar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente. • Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. • Animar al paciente a realizar las actividades normales según su capacidad. (0180) Manejo de la energía. • Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. • Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional. • Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). • Favorecer el reposo/limitación de actividades. • Instruir al paciente y a los familiares a reconocer los signos y síntomas de fatiga. • Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar..... 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar.....



20

GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO. 4 ACTIVIDAD / REPOSO. CLASE. 5 CONCEPTO: AUTOCUIDADO: BAÑO. (00108) Déficit del autocuidado: baño relacionado con: Deterioro neuromuscular. y/o músculo esquelético asociado por disminución de la fuerza muscular y el control o masa muscular.	(0301) Autocuidados: baño. (0305) Autocuidados: higiene.	030101 Entra y sale del cuarto del baño. 030102 Obtiene los suministros para el baño. 030111 Se seca el cuerpo. 030501 Se lava las manos. 030506 Mantiene higiene oral. 030509 se peina. 030517 Mantiene higiene corporal.	(1800) Ayuda con el autocuidado. • Valorar el deterioro neuromuscular del paciente que le cause fatiga. • Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente. • Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado. • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. • Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. (1801) Ayuda con el autocuidado: baño/higiene • Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. • Mantener la intimidad mientras el paciente se realiza el baño. • Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. • Facilitar que el paciente se cepille los dientes, de lo contrario ayudar en esta actividad. • Realizar el arreglo de la cama.	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5. No comprometido PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar



			(1610) Baño • Ayudar con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede de lo contrario realizar baño de esponja. • Realizar el baño con agua a temperatura adecuada. • Lavar el cabello. • Utilizar técnicas de baño divertidas con los niños (lavar muñecas o juguetes, simular que un barco es un submarino, agujerear la parte inferior de una taza de plástico llenarla de agua para regar al niño, etc.). • Ayudar con el cuidado perianal, si necesario. • Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca. • Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas. • Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. • Controlar la capacidad funcional durante el baño. (1802) Ayuda con los cuidados: vestirse/ arreglo personal. • Recomendar ropas cómodas y fáciles de manejar. • Estar disponible para ayudar en el vestir. • Facilitar el peinado del cabello del paciente. • Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. • Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.	
--	--	--	---	--



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

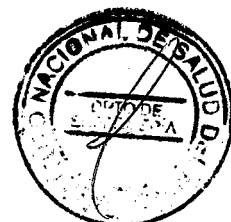
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 5 PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN. CLASE: 5 CONCEPTO: COMUNICACIÓN VERBAL. (00051) Deterioro de la comunicación verbal relacionado con: debilitamiento del sistema neuromuscular asociado por disartria, disfonía y disfasia.	(0902) Comunicación.	090206 interpretación exacta de los mensajes recibidos. 090207 Dirige el mensaje de forma apropiada. 090208 intercambia mensajes con los demás. 090213 Entorno favorecedor de la comunicación.	(4976) Mejorar la comunicación: • Monitorizar la velocidad, la presión, el ritmo, la cuantía, el volumen y la dicción del habla. • Instruir al paciente para que hable despacio. • Solicitar ayuda de la familia para comprender el lenguaje del paciente. • Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (tableta de escritura, tarjetas, tabla de comunicación de imágenes, señales con la mano u otros gestos). • Repetir lo que dice el paciente para asegurar la precisión.	1. Ningún conocimiento. 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial. 5. Conocimiento extenso.
	(0903) Comunicación expresiva.	090302 Utiliza el lenguaje hablado: vocal. 090301 Utiliza el lenguaje escrito.	(4920) Escucha activa. • Mostrar interés por el paciente. • Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. • Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.	PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar.....



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS
DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

I. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolfsdorf J., MD, FAAP Miastenia gravis en niños abril 01, 2021 09:36 a. disponible en:
[https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/miastenia-gravis-\(mg\)](https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/miastenia-gravis-(mg)).
2. Guía DE Intervención de Enfermería- MIASTENIA GRAVIS. disponible en:
https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/233-2014-MIASTENIA_GRAVIS.pdf.
3. Jack Wolfsdorf, MD, FAAP Miastenia gravis en niños abril 01, 2021. disponible en:
[https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/miastenia-gravis-\(mg\)](https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/miastenia-gravis-(mg)).
4. Heather Herman, PhD, RN, Shigemi Kamitsuru FNI, PhD, RN, FNI Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación undécima edición. Elsevier Barcelona, España. 2018-2020.
5. Sue Moorhead & Elizabeth Swanson & Marion Johnson & Meridean L. Maas Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), sexta edición Elsevier Barcelona España 2018.
6. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochtermen, Cheryl M. Wagner Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). séptima edición Elsevier. Barcelona España 2019.



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS
DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

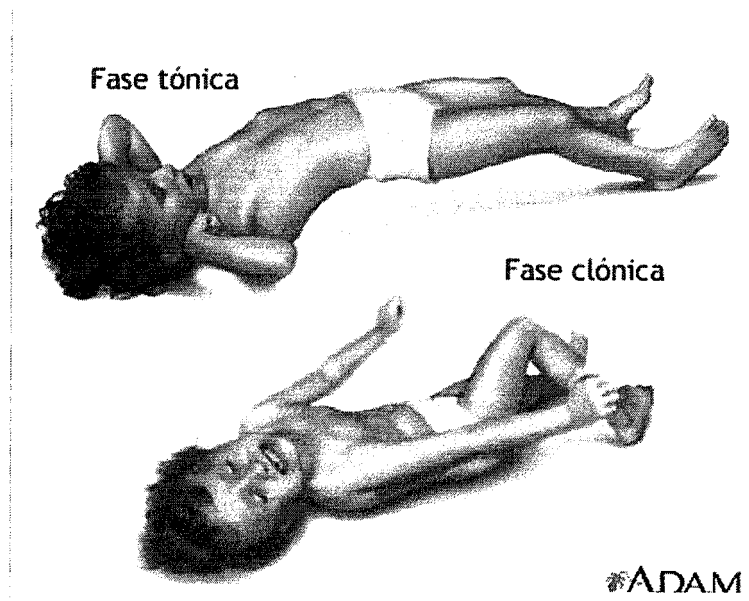
G. ANEXOS:

ESCALA DE ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS
(Wolfe y col., 1999)

	0	1	2	3
Hablar	Normal	Voz nasal intermitente	Voz nasal constante, pero se entiende.	Difícil de entender
Masticar	Normal	Se fatiga con sólidos	Se fatiga con semisólidos.	Alimentación por tubo NG
Deglutir	Normal	Raro que se atragante	Se atraganta frecuentemente	Alimentación por tubo NG
Respirar	Normal	Fatiga con el ejercicio	Fatiga con el reposo	Dependencia del ventilador
Dificultad para cepillarse los dientes o peinarse.	Ninguna	Esfuerzo extra, pero no requiere reposo.	Necesita reposo	No puede hacer ninguna de estas actividades.
Dificultad para levantarse de una silla.	Ninguna	Leve, a veces usa las manos.	Moderada, siempre usa las manos	Importante, requiere asistencia
Visión doble	No	Sí, pero no a diario.		Constante
Ptosis parpebral	No	Sí, pero no a diario.	A diario, pero no constante A diario, pero no siempre	Constante



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON SÍNDROME CONVULSIVO EN PEDIATRÍA



Lic. Vilma Esperanza Gil Macurí

6.5 GUÍA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CONVULSIVO

A. DEFINICIÓN^{1,2,3,4,5}

CONVULSIÓN: La convulsión es una manifestación clínica de una descarga desordenada explosiva y brusca de las neuronas cerebrales, que se caracteriza por una alteración repentina y pasajera de la función cerebral, las manifestaciones clínicas suelen consistir en alteración del nivel de consciencia y síntomas motores, sensoriales, vegetativo o psíquicos. Las convulsiones o CC son un síndrome no una entidad patológica específica. Convulsión es el término que describe el movimiento tónico clónico (de contracción-relajación, sacudidas) que acompañan a algunos ataques epilépticos.

ESTADO EPILEPTICO: EL estado epiléptico (EE) o estatus epiléptico es una urgencia médica aguda en la que es obligatorio el pronto reconocimiento y el tratamiento médico a fin de limitar lesiones cerebrales y la muerte. La OMS define el EE como "caracterizado por un ataque epiléptico que se prolonga tanto o se repite tan frecuentemente, que crea una situación epiléptica fija y duradera". Clínicamente se dice que el niño está en EE cuando se han producido tres o más ataques sin despertar. O cuando un ataque dura más de 30 minutos

Para el Estatus convulsivo ILAE (2015) consigna que el momento T1 es a los 5 minutos y que el momento T2 es hasta 30 minutos

Como definición operativa es una crisis convulsiva generalizada continua (dos o más crisis) igual o mayor a 5 minutos durante las cuales no hay recuperación de la consciencia basal.

EPILEPSIA REFRACTARIA: Es una epilepsia que no se controla luego de haber utilizado al menos dos anticonvulsivantes con indicación y dosis adecuadas en monoterapia o poli terapia. Sin alcanzar un estado libre de crisis

CONVULSIONES SUBCLÍNICAS (ELECTRICAS): Son convulsiones reconocidas solamente por el EEG y que continúan a pesar de que la actividad clínica anormal se ha detenido con el tratamiento anticonvulsivante.

CONVULSIÓN FEBRIL: Son crisis asociadas a fiebre, en ausencia de infecciones del SNC que ocurre en niños entre los 3 meses y 5 años.

III. EPIDEMIOLOGÍA

las convulsiones representan aproximadamente el 1-2% de las urgencias médicas. El 44% de las atendidas en los Servicios de Urgencias suponen la primera crisis que aparece en un sujeto previamente sano.



IV. CUADRO CLÍNICO:⁵

Una crisis convulsiva puede manifestarse de muchas formas clínicas, pero es característico un comportamiento involuntario, estereotipado e incontrolable por parte del paciente.

- Pérdida de conciencia, estado de confusión, alteración de la memoria por un poco tiempo.
- Caída inesperada
- Alteración de la respiración
- Sialorrea o espuma en la boca
- Bruxismo (rechinar de dientes)
- Movimientos de los ojos
- Sabor amargo y/o metálico
- Relajación de esfínteres
- Cambios en el estado de ánimo
- Espasmos en los músculos no controlables y movimientos espasmódicos en las extremidades.

B. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes pediátricos menores de 17 años que acudan al Instituto Nacional de Salud del Niño y diagnosticados con Síndrome Convulsivo

C OBJETIVO:

Estandarizar la atención inmediata y los cuidados de enfermería que permita organizar el proceso de atención de enfermería, aplicando a pacientes con crisis convulsivas.

D. PERSONAL RESPONSABLE

- Licenciada en enfermería

E. MATERIALES

6.1 Recurso Humano

- Lic. En enfermería
- Tec. En enfermería

6.2 RECURSO MATERIAL

- Historia clínica
- Registros de enfermería
- Cama neurológica con barandas apropiadas y protectores laterales
- Unidad de paciente con salida de oxígeno y aspirador de secreciones empotrados o portátil
- Insumos para la apertura de acceso venoso y soluciones salinas o glucosadas, agua destilada,
- Insumos para soporte de oxígeno cánulas de oxígeno o mascarillas de oxígeno



- Sondas de aspiración y nasogástrica según edad del paciente
- Equipo de protección personal
- Drogas como benzodiacepinas y anticonvulsivantes
- Equipos biomédicos monitor, oxímetro de pulso. equipo para electroencefalograma otros como termómetro digital, tensiómetro, estetoscopio, linterna.
- Coche de paro equipado.

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

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

Cuidador refiere no tener antecedentes patológicos personales, no alergia a ningún medicamento indica tener esquema de vacunación completo

- Antecedentes familiares de epilepsia o convulsiones
- Hábitos tóxicos en la familia
- Falta de compromiso en el rol del cuidador

2.- NUTRICIONAL METABÓLICO

Paciente no presenta alteración de la nutrición en estado solo normal, durante la crisis convulsiva presentar facies pálidas, mucosas semihúmedas, puede o no presentar laceraciones bucales.

- Problemas relacionados con la alimentación, si el paciente presenta convulsiones, al estado de inconsciencia, a los efectos de los sedantes y anticonvulsivantes
- Disminución de peso

3.- ELIMINACIÓN-INTERCAMBIO

El paciente puede presentar durante la convulsión relajación de esfínteres, presencia de espumarajos, frecuencia respiratoria irregular, hiperventilación, cianosis distal o generalizada, hipoxia, apnea, hipertermia.

4.- PATRÓN IV ACTIVIDAD Y REPOSO

El paciente por su estado clínico se evidencia deterioro de la movilización o de realizar sus autocuidados. Puede presentar somnolencia, taquicardia, hipertensión, espasticidad, hipertonía, contracción muscular rítmicas y violentas, flacidez.

5.- PATRÓN V REPOSO Y SUEÑO

Patrón del sueño alterado, después de cada convulsión paciente presente un estado somnoliento y sueño profundo.



6.- PERSEPCIÓN COGNICIÓN

Paciente presenta alteración en la cognición por pérdida de conciencia durante la convulsión.

7.- AUTOPERSEPCIÓN

Es probable que su autoestima este disminuida por presencia de convulsiones recurrente.

8.- ROL RELACIONES

Relaciones familiares estresantes: Ansiedad, preocupación y miedo

9.- SEXUALIDAD

Sin alteración

10.-AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRES

Después de presentar la crisis convulsiva y recuperar el conocimiento el paciente refiere ansiedad.

11.- VALORES -CREENCIAS

Al inicio no aceptan la enfermedad Desconocen la importancia del tratamiento. La creencia en Dios les hace resignarse.

ii. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADOLESCENTES QUE PRESENTAN CRISIS CONVULSIVA.^{6,7,8}



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD / REPOSO Clase: 4 RESPUESTAS CARDIOPULMONARES / VASCULARES (00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	(0912) Estado Neurológico: Conciencia	091207 Actividad Comicial	(2680) Manejo De Las Convulsiones • Mantener la vía aérea • Poner en decúbito lateral • Vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante la crisis, proteger la cabeza • Aflojar la ropa • Suministre oxígeno al 100% durante la crisis y fase post ictal • Permanecer con el paciente durante la crisis • Canalizar una vía • Administrar medicación prescrita sedante • Administrar anticonvulsivante prescritos • Comprobar el estado neurológico • Vigilar los signos vitales • Reorientar al paciente después de la crisis • Registrar la duración de la crisis • Registrar las características de la crisis, partes corporales implicadas, actividad motora y progresión de la crisis comicial • Controlar los niveles de los fármacos anticonvulsivantes • Controlar la duración y características del periodo post ictal	1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno PUNTUACION DIANA Mantener a.... Aumentar a...
			(2620) Monitorización Neurológica • Vigilar el nivel de consciencia, comprobar el nivel de orientación • Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow • Vigilar el tamaño, la forma, simetría y reacción pupilar • Vigilar las tendencias del nivel de sedación, escala de Ramsay	



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPIEDIATRÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CLASE 6: TERMOREGULACIÓN (00007) Hipertermia relacionado con actividad vigorosa asociado a aumento de la tasa metabólica evidenciado por convulsiones piel caliente al tacto rubor, taquicardia	(0800) Termorregulación	080008 Contractura muscular 080019 Hipertermia	(3786) Tratamiento de la hipertermia • Controlar la temperatura y otros signos vitales • Observar el color de la piel y mucosas • Administrar antipiréticos VO o EV según corresponda la indicación • Colocar al paciente con ropa ligera • Aplicar baño tibio o medios físicos • Humedecer los labios • Controlar entradas y salidas considerando las pérdidas insensibles de líquidos • Administrar oxígeno según corresponda • Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno PUNTUACION DIANA Mantener a Aumentar a ...

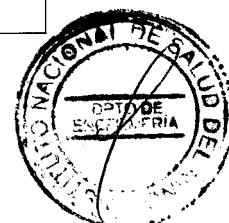


DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN Clase 2: LESIÓN FÍSICA (00155) Riesgo de caídas Factor de riesgo: Deterioro de la fuerza en las extremidades inferiores. Mareos al extender y/o girar el cuello.	(1939) Control de riesgo de caídas	193902 Identificar los factores de riesgo para evitar caídas	(6490) Prevención de caídas • Identificar déficit cognitivo o físico del paciente • Identificar conducta y factores que afectan al riesgo de caídas • Revisar los antecedentes de caídas con la familia • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama • Evitar presencia de objetos desordenados o de consistencia dura • Mantener vigilado al paciente • Mantenerse al lado del paciente durante y después de la crisis. • Educar a los padres a mantener las barandas de la cama o cuna siempre elevadas • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, camas sin barandillas o barandillas bajas poca iluminación).	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado PUNTUACION DIANA Mantener a... Aumentar a ... 1 mayor de 10 2 de 7 -9 3 4-6 4 1-3 5 ninguno PUNTUACION DIANA Mantener a... Aumentar a ...
(1912) Caídas	191204 Caída de la cama 191202 Caídas caminando			



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS NOC	INDICADOR	NIC INTERVENCION DE ENFERMERIA	ESCALA DE MEDICION
DOMINIO 1. PROTECCIÓN DE LA SALUD CLASE 2 GESTIÓN DE LA SALUD (00080) Gestión ineficaz de la salud familiar relacionado con cambio en el estado de salud de un miembro de la familia Dificultad con el tratamiento prescrito.	(1808) conocimiento: medicación (3205) Conocimiento manejo de la epilepsia	180810 Uso correcto de la medicación prescrita 320512 Régimen Terapéutico Específico	(5616) Enseñanza de los medicamentos prescritos • Informar al padre o tutor acerca del propósito y acción del medicamento • Instruir al padre sobre la administración adecuada de la medicación horaria y forma • Informar a los padres sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación (2690) Precauciones contra las convulsiones • Proporcionar una cama de baja altura • Acompañar al paciente dentro y fuera de su unidad, mantener vigilado • Vigilar el régimen de fármacos • Comprobar el cumplimiento del tratamiento con medicamentos anticonvulsivos • Retirar los objetos peligrosos del entorno • Mantener dispositivo de oxigenación y aspiración cerca • Utilizar barandillas acolchadas lo ideal • Instruir al paciente y familia sobre los factores desencadenantes • Identificar preguntando al paciente si presenta síntomas prodromicos • Que llame o tenga dispositivo de llamado	1 Ningún conocimiento 2 conocimiento Escaso 3 conocimiento Moderado 4 conocimiento Sustancial 5 conocimiento extremo PUNTUACION DIANA Mantener a Aumentar a 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento Escaso 3. Conocimiento Moderado 4. Conocimiento Sustancial 5. Conocimiento extremo PUNTUACION DIANA Mantener a Aumentar a



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serrano J. Díaz M. Convulsiones en urgencias pediátricas Facultativo Especialista en Pediatría. Asturias disponible en: [5e42bcfcc9ab45e417bcaee078NPvolumen23-25-41.pdf](https://www.npunto.es/revista/23/convulsiones-en-urgencias-pediatricas-sj)
2. Revistas / Punto Volumen III. Número 23. febrero 2020 / Convulsiones en urgencias pediátricas disponible en: <https://www.npunto.es/revista/23/convulsiones-en-urgencias-pediatricas-sj>
3. M. Cristina Victorio , MD, Akron Children's Hospital Convulsiones en niños disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/trastornos-neurol%C3%B3gicos-en-ni%C3%B1os/convulsiones-en-ni%C3%B1os>
4. Dr. Gustavo Sastre, Dr. Wasserman J. Síndrome Convulsivo en Pediatría Año 2014 disponible en: http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Pediatrica/Ped-58%20Sindrome%20Convulsivo%20en%20Pediatrica_v0-14.pdf.
5. Bibliografía: Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.^a edición Convulsión disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/seizure/symptoms-causes/syc-20365711>.
6. T Heather Herman, PhD,RN,Shigemi Kamisuro FNI phd,rn FNI Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación undécima. edición Elsevier Barcelona España 2018 2020.
7. Sue Moorthead y Elizabeth Swanson y Marion Lohnson y Meridean L Mass Clasificación de resultados de enfermería NOC, sexta edición Elsevier Barcelona España 2018.
8. Howard K ,Butcher ,Gloria M,Bulechek,Joanne M. Dochermeren Cheryl M. Wagner Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC Séptima edición Elsevier Barcelona España 2019
9. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO) Asunción - Paraguay 2013
Nursing care process Rev. Salud Publica Parag. 2013; vol. 3 N°1 enero Julio 2013



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES NEUROLÓGICOS
DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Nivel de sedación Ramsay.

Anexo 2: Hoja de monitoreo de convulsiones.

ANEXO 1 ESCALA DE NIVEL DE SEDACIÓN RAMSAY

NIVEL DE SEDACIÓN	CARACTERÍSTICAS
1	Paciente ansioso, agitado
2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo
3	Paciente dormido con respuesta a las ordenes
4	Dormido con breves respuestas a la luz y sonido
5	Dormido con solo respuesta al dolor
6	No respuesta



DIAGNOSTICO: _____ CONDICIONAL: _____

[illegible]

VII. RECOMENDACIONES

La valoración y la identificación de los diagnósticos enfermos, deben priorizar el problema encontrado en el paciente para brindar la atención.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

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.

