

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con
Meningoencefalitis del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos de un
hospital de Lima, 2018**

Por:

Yudit Everlida Landeo Esteban

Asesora:

Mg Delia Luz León Castro

Lima, noviembre de 2018

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DELIA LUZ LEÓN CASTRO, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: “*Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con meningoencefalitis del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2018*” constituye la memoria que presenta la licenciada: LANDEO ESTEBAN YUDIT EVERLIDA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintidós días del mes de noviembre de 2018.



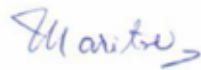
Mg. Delia León Castro

“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con meningocefalitis del servicio
de Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2018”

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de especialista en enfermería en Cuidados
Intensivos pediátricos

JURADO CALIFICADOR



Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretaria



Mg. Delia Luz León Castro

Asesor

Lima, 22 de noviembre de 2018

Dedicatoria

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre, por haberme apoyado en todo momento, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para mi futuro, creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles, sus consejos y valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Agradecimientos

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de lo que pones en frente mío para que mejore como ser humano, y crezca de diversas maneras.

Agradezco a la UPeU por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que me brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

A mi asesora la Mg. Delia Luz León Castro por haberme brindado, su apoyo, amistad y me brindó la oportunidad de recurrir a su capacidad, sus conocimientos que me permitieron aprender mucho más y seguir adelante día a día.

Índice

Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos.....	v
Símbolos usados.....	xiii
Resumen.....	xv
Capítulo I.....	16
Proceso de Atención de Enfermería.....	16
Valoración.....	16
Datos generales.....	16
Motivo de ingreso.....	16
Situación problemática.....	17
Funciones biológicas.....	18
Medidas antropométricas.....	18
Exámenes auxiliares.....	19
Tratamiento.....	21
Valoración según patrones funcionales de la salud.....	21
Hallazgos significativos por patrones funcionales de la salud.....	24
Diagnósticos de Enfermería.....	26
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	26
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.....	30

Planificación	31
Priorización de los diagnósticos de enfermería.	31
Planes de cuidados	32
Ejecución	42
Evaluación	47
Capítulo II.....	49
Marco teórico.....	49
Antecedentes	49
Hemorragia subaracnoidea.	54
Modelo teórico de enfermería.....	58
Capítulo III	60
Materiales y métodos.....	60
Tipo y diseño	60
Sujeto de estudio.....	60
Técnica de recolección de datos	60
Consideraciones éticas.....	60
Capítulo IV	62
Resultados y discusión	62
Resultados.....	62
Análisis de los diagnósticos.....	62
Discusión	63

Capítulo V	65
Conclusiones y recomendaciones	65
Conclusiones	65
Recomendaciones	65
Bibliografía.....	66
Apéndices	72

Índice de tablas

Tabla 1	18
Funciones vitales.....	18
Tabla 2	32
Dx. Enfermería: Hipertermia R/A enfermedad, EP T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto.....	32
Tabla 3	34
Dx. Enfermería: Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/A lesión cerebral (enfermedad neurológica: subaracnoidea) evidenciado por Glasgow 12/15, desorientación en TEP y somnolencia	34
Tabla 4	37
Dx. Enfermería: Dolor agudo RA agentes lesivos biológicos secundario a herpes evidenciado por ceño fruncido, irritabilidad y llanto.	37
Tabla 5	39
Dx. Enfermería: CP: Infección	39
Tabla 6	41
Dx. Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea R/A hipertermia secundaria a enfermedad EP Alteración de la integridad de la piel.	41
Tabla 7	42
SOAPIE 1: Dx Enfermería Hipertermia R/A enfermedad, EP T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto.	42
Tabla 8	43

SOAPIE 2: Dx Enfermería Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/A lesión cerebral (enfermedad neurológica: subaracnoidea) evidenciado por Glasgow 12/15, desorientación en TEP y somnolencia.....	43
Tabla 9	44
SOAPIE 3: Dx Enfermería Dolor agudo RA agentes lesivos biológicos secundario a herpes evidenciado por ceño fruncido, irritabilidad y llanto.	44
Tabla 10	45
SOAPIE 4: Dx Enfermería. CP: Infección	45
Tabla 11	46
SOAPIE 5: Dx Enfermería. Deterioro de la integridad cutánea R/A hipertermia secundaria a enfermedad EP Alteración de la integridad de la piel.	46
Tabla 12	47
Evaluación 1: Dx Enfermería Hipertermia R/A enfermedad, EP T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto.	47
Tabla 13	47
Evaluación 2: Dx Enfermería Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/A lesión cerebral (enfermedad neurológica: subaracnoidea) evidenciado por Glasgow 12/15, desorientación en TEP y somnolencia.....	47
Tabla 14	48
Evaluación 3: Dx Enfermería Dolor agudo RA agentes lesivos biológicos secundario a herpes evidenciado por ceño fruncido, irritabilidad y llanto.	48
Tabla 15	48

Evaluación 4: Dx Enfermería. CP: Infección	48
Tabla 16	48
Evaluación 5: Dx Enfermería. Deterioro de la integridad cutánea R/A hipertermia secundaria a enfermedad EP Alteración de la integridad de la piel.	48

Índice de Apéndice

Apéndice 1: Fichas farmacológicas	72
Apéndice 2: Ficha de valoración	77
Apéndice 3: Hoja de monitorización de funciones vitales.	81
Apéndice 4: Kardex de enfermería.....	82
Apéndice 5: Carnet de vacunas	83

Símbolos usados

VEB:	Virus de Epstein - Barr
Rx:	Radiografía
Dx:	Diagnóstico
RHA:	Ruidos hidroaéreos presentes
TAC:	Tomografía axial computarizada
MMSS:	Miembro superior
MMII:	Miembro inferior
ABD:	Abdomen blando depresible
PAM:	Presión Arterial Media
HIC:	Hipertensión Craneal
PIC:	Presión intracraneal
FSC:	Flujo sanguíneo cerebral
PPC:	Presión perfusión cerebral
E. V:	Endovenoso
CDC:	Centro de control de enfermedades
HB:	Hemoglobina

PAE:	Proceso de Atención de Enfermería
PA:	Presión Arterial
T°:	Temperatura
TAC:	Tomografía axial computarizada
FC:	Frecuencia Cardíaca
FR:	Frecuencia Respiratoria
SO ₂ :	Saturación de oxígeno
PAS:	Presión arterial sistólica
PAD:	Presión arterial diastólica
PAM:	Presión arterial media
P/E:	Peso para la edad
P/T:	Peso para la talla
S C:	Superficie corporal

Resumen

El conocimiento de los factores de riesgo y las causas epidemiológicas que ocasionan la enfermedad de la meningoencefalitis tiene importancia; porque esta causa morbilidad a nivel mundial, afecta a todas las edades, pero en especial a los niños. Su impacto social se debe a la severidad de las infecciones y las graves secuelas que puede producir como: Daño cerebral severo, retraso mental, pérdida de la audición, convulsión, etc. Se brindaron los cuidados de enfermería oportunos y se evitó complicaciones. Objetivo: Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con diagnóstico médico, Meningoencefalitis a paciente atendida en el servicio de UCI Pediátrica del Hospital de Lima, para brindarle los cuidados de enfermería oportunos y evitar posibles complicaciones. Metodología: El diseño de investigación fue descriptivo analítico, el método fue el Proceso de Atención de Enfermería, se utilizó como instrumento la guía valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon; con el que se realizó la valoración de forma detallada, luego se elaboraron los diagnósticos de enfermería, para luego realizar la planificación utilizando la taxonomía NANDA, se ejecutaron las actividades programadas y finalmente se evaluaron los objetivos y los resultados esperados. Resultados: el 60% de los objetivos propuestos fueron alcanzados, los 40% parcialmente alcanzados. Conclusiones: se logra realizar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo, se logran ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados.

Palabras Claves: Proceso de Atención de Enfermería, Meningoencefalitis.

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre y apellido:	V. O. M.
Sexo:	Femenino
Edad:	3 años
Lugar de procedencia:	Transferida del Hospital de barranca, Caja tambo
Servicio:	Unidad de Cuidados Intensivos
N° de cama:	210
Historia clínica:	478153
Fecha de nacimiento:	14/ 02 /2014
Fecha de ingreso al hospital:	5/10/2017
Fecha de ingreso al servicio:	5/10/2017
Días de hospitalización:	4 días
Fecha de valoración:	9/10/2017
Hora:	10:30 am
Diagnostico medico de ingreso:	Hemorragia subaracnoidea
Diagnostico actual:	Meningoencefalitis

Motivo de ingreso.

Paciente ingresa al servicio referida del Hospital de Barranca Cajatambo; madre refiere que: “30 minutos antes de llegar al hospital Emergencias Pediátricas presenta una convulsión generalizada asociada a alza térmica”, al examen físico T° 37.8°C. , P.A. 80/60 mm Hg, F.C

175 x', F.R. 22x', Glasgow 11/15, paciente llega a la emergencia en estado pos ictal (periodo inmediatamente posterior a una crisis convulsiva que produce alteración de la conciencia que dura entre 5 y 30 minutos y se caracteriza por mareo, confusión, hipertensión, y desorientación, adicionalmente suele acompañarse de amnesia). Es evaluada por médico de guardia, hospitalizándola con diagnóstico médico Hemorragia subaracnoidea

Situación problemática

Paciente pre escolar de sexo femenino, de 3 años de edad, se encuentra en el servicio de UCI Pediátrica en su 4to día de hospitalización con Dx. médico: meningoencefalitis, se encuentra con cabecera elevada 30°, despierta a estímulos llorosa e irritable, por momentos no conectada con su entorno, Glasgow 12 puntos, evidenciando ceño fruncido piel pálida y mucosas orales húmedas, lesiones vesiculares en el rostro de forma y tamaño irregular, pupilas isocóricas OD: 2 cm, OI: 2 cm, reactivas a la luz, ventilando espontáneamente, con lesiones vesiculares blanquecinas oro faríngeas. Ligera rigidez de nuca, movimiento de MMSS normal, presencia de catéter periférico en MSD derecho, con vía salinizada, pulsos periféricos presentes, llenado capilar < 3 seg, a la auscultación ACP con murmullo vesicular, abdomen blando depresible con R.H.A (+), micción espontánea uso de pañal, deposición normal, MID con fuerza muscular disminuido (parecía).

Tabla 1
Funciones vitales

Hora	Pas/Pad	PAM	FC	FR	T°	Sat.
8	123/68 mm Hg	90 mm Hg	96	22	37.3 °C	97%
9	115/62 mm Hg	75 mm Hg	103	24		98%
10	108/65 mm Hg	81 mm Hg	101	20	37.9 °C	95%
11	115/77 mm Hg	85 mm Hg	116	23		96%
12	128/69 mm Hg	94 mm Hg	119	26	39.2 °C	95%
13	119/72 mm Hg	90 mm Hg	123	21		96%
14	110/66 mm Hg	80 mm Hg	125	24	37.2 °C	94%
15	109/57 mm Hg	81 mm Hg	113	28		97%
16	107/58 mm Hg	74 mm Hg	124	20	37.2 °C	96%
17	105/55 mm Hg	75 mm Hg	117	19		94%
18	102/52 mm Hg	74 mm Hg	115	30	37.1 °C	96%
19	103/57 mm Hg	70 mm Hg	120	34		95%

Funciones biológicas

Apetito: Disminuido por presencia lesiones orales

Sed: Presente

Sueño: Alterado despierta por momentos llorando, irritable

Deposición: 1 a 2 veces al día

Diuresis: Normal espontanea (uso de pañal)

Medidas antropométricas

Peso: 14,200 kg

Talla: 94.5 cm

P/E: Normal

T/E: Normal

P/T: normal

Análisis: La paciente tiene los parámetros antropométricos dentro de los parámetros normales.

Exámenes auxiliares.

Cultivo de LCR. : Epstein Barr virus (Positivo)

Análisis

Según los resultados del análisis del LCR, el resultado fue positivo al virus de Epstein Barr, definiendo su diagnóstico médico Herpes, comúnmente llamado también “la enfermedad del beso”. Es la mayor causa de la mononucleosis aguda infecciosa, síndrome común caracterizado por fiebre, garganta irritada, fatiga extrema y ganglios linfáticos inflamados, manifestaciones que el paciente en estudio presentaba al momento de la valoración.

TAC Cerebral.

Hemorragia subaracnoidea

Análisis

La paciente en estudio según tomografía axial computarizada, presenta una hemorragia subaracnoidea ocasionada por la meningitis, la misma que es un proceso inflamatorio e infeccioso ubicado a nivel de las leptomeninges, cuando la reacción inflamatoria compromete meninges, espacio subaracnoideo, LCR parénquima cerebral se denomina meningoencefalitis, estas pueden ser causadas por proceso infeccioso (virus) o proceso inflamatorio (enfermedades sistémicas, fármacos, cirugías, tumores) (Ecured, 2018).

Examen de Ifi Sérico – Igm. : Coxiella Burnetti (positivo)

La paciente presenta Coxiella Burnetti. Según Fariñas y Collado (2010) éste sería el causante de meningoencefalitis. La infección con esta bacteria en humanos es mediante aerosoles, esto se asocia con el ganado vacuno, ovejas, cabras cuando estos paren; también puede ocurrir con la ingestión de leche no pasteurizada u otro producto contaminado. El coxiella burnetti es altamente resistente a las condiciones ambientales, se transmite por aerosol que pueden viajar hasta 19 kilómetros, se encuentran hasta por 30 días en expectoraciones secas, 120 días en polvo, 49 días en orina seca de cobayos infectados, los organismos pueden sobrevivir por 42 meses en la leche y 12 a 16 meses en la lana del animal.

Hemoglobina.

Hemoglobina: 10 gr/dl

El paciente tiene anemia leve, que se evidencian en los resultados de laboratorio 10 gr/dl y lo normal es de 12 -14 gr/dl. La OMS define la anemia como la concentración de hemoglobina por debajo del límite referencial para la edad y sexo. La causa principal en la infancia es la deficiencia de hierro, pero también puede deberse a infecciones bacterianas, virales o disminución de la producción de glóbulos rojos (anemia aplásica, secundaria a infecciones, cáncer, radiación, medicamentos, etc.) y hemorragias (Velásquez et al., 2016).

PCR.

4.8 mg/dl. normal: 0.1mg/dl.

La Proteína “C” Reactiva de la paciente en estudio, está elevada, la bibliografía menciona que, esta se eleva cuando hay una inflamación en todo el cuerpo. (Tamay de Dios et al., 2013).

Resonancia magnética. 17 /10 / 2017

Conclusión: El estudio realizado muestra signos de pequeño hematoma subdural laminar frontal izquierdo asociado a pequeña hemorragia subaracnoidea frontal izquierda. Zonas de realce frontal izquierdo, y frontal derecho, estas zonas de realce pueden corresponder con proceso infeccioso. El resto del estudio se muestra sin alteraciones.

Tratamiento.

Dieta blanda + LAV

L.E. ½ + azúcar 5% 250cc/ toma fraccionada en 5 tomas

Vía periférica salinizada.

Manitol 20% EV. 18 ml. c / 8 h.

Ceftriaxona 725 mg. EV. c/ 12h.

Vancomicina 200 mg. EV. c/ 6 h.

Fenitoina 50 mg. EV. c/ 12 h.

Metamizol 300 mg. EV. PRN T° > 38°C

Valoración según patrones funcionales de la salud.

Patrón percepción – control de la salud.

Dx. Médico: Meningoencefalitis

Antecedentes: Vacunas completas según tarjeta de vacunación.

Patrón relaciones – rol.

Paciente pre escolar

Vive dentro de una familia funcional (Papá, Mamá)

Recibe visitas de familiares a diario

Patrón valores y creencias.

Familia de religión católica

Patrón autopercepción – autoconcepto/tolerancia afrontamiento al estrés

Familiares refieren “preocupación por el estado de salud del paciente”

Patrón descanso – sueño.

Sueño alterado por la administración de medicamentos, no administración de sedantes,
paciente descansa muy poco (3- 5 horas al día) despierta por momentos llorosa irritable

Patrón perceptivo cognitivo.

Despierta, activa, irritable, con alteración de conciencia por momentos

Pupilas isocóricas, 2/2 reactivas a la luz

Dolor manifestado con llanto

Patrón actividad ejercicio.

Actividad Respiratoria

Posición semifowler en 30°C.

Rx de tórax normal

Murmullo vesicular, buen pasaje en ambos campos pulmonares

Fr: 24 x´

Ventilación espontánea

Sat O₂: 98%

Actividad circulatoria.

FC: 169 por minuto

PA: 128/ 69 mmHg

PAM: 94 mmHg

Llenado capilar < 2”

Catéter periférico en miembro superior derecho (8/10 /2017)

Ejercicio capacidad de autocuidado

Grado de dependencia IV totalmente dependiente

Fuerza muscular disminuida en miembro inferior disminuido derecho (paresia)

Escala de Downton

Puntaje: 4 puntos. La paciente presenta riesgo medio de caída.

Patrón nutricional metabólico.

T° 39.2°C

Piel pálida, lesiones vesiculares en la cara y oro faríngeo con exudados blanquecinos.

Mucosas orales hidratadas con lesiones vesiculares oro faríngeas

Alimentación vía oral disminuida relacionado por dolor

Sed bebe de forma normal

Abdomen blando depresible

RHA presentes

Valoración de UPP escala de braden: (>16) 18 sin riesgo

Hemoglobina: 10 g/dl

PCR: 4.8 mg/dl. normal: 0.1mg/dl.

Patrón eliminación.

Deposiciones: 160cc pastosa (12 horas)

Diuresis: 835 cc (12 horas), uso de pañal

Volumen Normal de flujo urinario en niños con peso

> de 10 Kg. es de 12 – 80

$$\text{Flujo Urinario} = \frac{\text{Peso} \times 4 + 7}{\text{Peso} + 90} = \frac{14,200 \times 4 + 7}{14,200 + 90} = 3,97 \text{ superficie corporal}$$

$$\text{Volumen total} = \frac{835}{4} / 12 \text{ horas} = 17,39$$

Análisis: El flujo urinario según el peso del paciente en 12 horas está dentro de los valores normales.

Hallazgos significativos por patrones funcionales de la salud.

Patrón percepción – control de la salud.

Dx. Medico: Meningoencefalitis

Patrón relaciones – rol.

Paciente pre escolar

Patrón valores y creencias.

Familia de religión católica

Patrón autopercepción – autoconcepto/tolerancia afrontamiento al estrés.

Familiares refieren “preocupación por el estado de salud del paciente”

Patrón descanso – sueño.

Sueño alterado por la administración de medicamentos, no administración de sedantes
paciente descansa muy poco (3- 5 horas al día) despierta por momentos llorosa irritable

Patrón perceptivo cognitivo.

Despierta, activa, irritable, con alteración de conciencia por momentos

Pupilas isocóricas, 2/2 reactivas a la luz

Dolor manifestado con llanto

Patrón actividad ejercicio.

Actividad Respiratoria

Posición semifowler en 30°C.

Fr: 24 x´

Sat O₂: 98%

Actividad circulatoria

FC: 169 por minuto

PA: 128/ 69 mm Hg

PAM: 94 mmHg

Llenado capilar < 2”

Catéter periférico en miembro superior derecho (8/10 /2017)

Ejercicio capacidad de autocuidado

Grado de dependencia IV totalmente dependiente

Fuerza muscular disminuida en miembro inferior disminuido derecho (paresia)

Escala de Downton

La paciente tiene riesgo de caída medio según la valoración de la escala de Dowton (4 puntos riesgo medio).

Patrón nutricional metabólico.

T° 39.2°C

Piel pálida, lesiones vesiculares en la cara y oro faríngeo con exudados blanquecinos.

Mucosas orales hidratadas con lesiones vesiculares oro faríngeas

Alimentación vía oral disminuida relacionado por dolor

Abdomen blando depresible

Valoración de UPP escala de braden: (>16) 18 sin riesgo

Hemoglobina: 10 g/dl

PCR: 4.8 mg/dl. normal: 0.1mg/dl.

Patrón eliminación.

Deposiciones: 160cc pastosa (12 horas)

Diuresis: 835 cc (12 horas), uso de pañal

Diagnósticos de Enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Código: 00132

Dominio: 12

Página: 439

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, descrita en tales términos (International Asociación for the study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible”. (NANDA, 2014)

Factor relacionado: Agentes lesivos biológicos secundario a herpes

Características definitorias: por ceño fruncido, irritabilidad y llanto, escala del dolor Wong Baker: 6 puntos.

Enunciado de Enfermería: Dolor agudo RA agentes lesivos biológicos secundario a herpes evidenciado por ceño fruncido, irritabilidad y llanto, escala del dolor Wong Baker: 6 puntos.

.

Etiqueta diagnóstica: Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal

Código: 00049

Dominio: 9 Afrontamiento /tolerancia al estrés

Página: 350

Definición: “Compromiso de los mecanismos dinámicos de líquido intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal, resultando en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos nocivos o no”. (NANDA, 2014)

Factor relacionado: Lesión cerebral (deterioro cerebrovascular, enfermedad neurológica),

Características definitorias: Escala de Coma de Glasgow: 12 puntos, desorientación en TEP y somnolencia

Enunciado de enfermería: Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/A lesión cerebral (enfermedad neurológica: subaracnoidea) evidenciado por Glasgow 12/15, desorientación en TEP y somnolencia.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad cutánea

Código: 00046

Dominio: 11 Seguridad /protección

Página: 386

Definición: “Alteración de la epidermis y/o dermis”. (NANDA, 2014)

Factor relacionado: hipertermia secundaria a enfermedad

Característica definitoria: Alteración de la integridad de la piel.

Enunciado de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea R/A hipertermia secundaria a enfermedad EP Alteración de la integridad de la piel.

Etiqueta diagnóstica: Hipertermia

Código: 00007

Dominio: 11 Seguridad/protección

Página: 426

Definición: “Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación”. (NANDA, 2014)

Factores relacionados: Enfermedad.

Característica definitoria: T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto.

Enunciado de enfermería: Hipertermia R/A enfermedad, EP T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad física

Código: 00085

Dominio: 4 Actividad/reposo

Página: 219

Definición: “Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades”. (NANDA, 2014)

Factores relacionados: Disminución de la fuerza muscular

Característica definitoria: Alteración en la marcha, temblor inducido por el movimiento.

Enunciado de enfermería: Deterioro de la ambulación física R/A disminución de la fuerza muscular EP Alteración en la marcha, temblor inducido por el movimiento.

Etiqueta: CP: Infección

Definición: “Es el proceso de multiplicación de organismos patógenos mediante la colonización y/o invasión previa en el huésped, con o sin manifestaciones de enfermedad. Puede ser endógena, si el organismo responsable forma parte de su flora habitual, o exógena si el proceso es adquirido externamente al huésped” (Cisterna, 2007).

Causas: Bacterias, hongos, virus, protozoos o priones

Manifestaciones clínicas: Fiebre aparentemente inexplicable, taquicardia, taquipnea.

Enunciado: CP Infección

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas

Código: 00155

Dominio: 11 Seguridad/protección

Página: 382

Definición: “Vulnerable al aumento en la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud” (NANDA, 2014)

Factor de riesgo: disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, dificultad con la marcha.

Enunciado de enfermería: Riesgo de caídas RA disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, dificultad con la marcha.

Etiqueta diagnóstica: Trastorno del patrón del sueño

Código: 00198

Dominio: 4 Actividad/reposo

Página: 213

Definición: “Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos”. (NANDA, 2014)

Factor relacionado: Factores ambientales (ruido ambiental, exposición a la luz del día, humedad ambiental, temperatura, entorno no familiar)

Características definitorias: Cambios en el patrón del sueño, despertar por momentos, dificultad para conciliar el sueño.

Enunciado de enfermería: Trastorno del patrón del sueño RA factores ambientales evidenciados en la dificultad para conciliar el sueño.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Dolor agudo RA agentes lesivos biológicos secundario a herpes evidenciado por ceño fruncido, irritabilidad y llanto, escala del dolor Wong Baker: 6 puntos..

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/A lesión cerebral (enfermedad neurológica: subaracnoidea) evidenciado por Glasgow 12/15, desorientación en TEP y somnolencia.

Deterioro de la integridad cutánea R/A hipertermia secundaria a enfermedad EP Alteración de la integridad de la piel.

Hipertermia R/A enfermedad, EP T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto.

Deterioro de la ambulaci3n f3sica R/A disminuci3n de la fuerza muscular EP Alteraci3n en la marcha, temblor inducido por el movimiento.

CP: Infecci3n

Riesgo de ca3das RA disminuci3n de la fuerza en las extremidades inferiores, dificultad con la marcha.

Trastorno del patr3n del sue1o RA factores ambientales evidenciados en la dificultad para conciliar el sue1o.

Planificaci3n

Priorizaci3n de los diagn3sticos de enfermer3a.

1. Hipertermia R/A enfermedad, EP T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto.
2. Disminuci3n de la capacidad adaptativa intracraneal R/A lesi3n cerebral (enfermedad neurol3gica: subaracnoidea) evidenciado por Glasgow 12/15, desorientaci3n en TEP y somnolencia.
3. Dolor agudo RA agentes lesivos biol3gicos secundario a herpes evidenciado por ce1o fruncido, irritabilidad y llanto, escala del dolor Wong Baker: 6 puntos.
4. CP. Infecci3n
5. Deterioro de la integridad cut3nea R/A hipertermia secundaria a enfermedad EP
Alteraci3n de la integridad de la piel.

Planes de cuidados

Tabla 2

Dx. Enfermería: Hipertermia R/A enfermedad, EP T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto.

Objetivo	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo General: Paciente restablecerá la temperatura corporal hasta los valores normales.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Paciente logrará disminuir la temperatura hasta valores normales 37°C</p> <p>Paciente presentará FR entre 16 a 20 x´</p> <p>Paciente presentará FC entre 60 a 100 x´</p>	<p>1. Monitorización de signos vitales T°, FC, FR, StO₂.</p> <p>2. Controlar de la temperatura</p> <p>3. Administrar Metamizol 300 mg E.V.</p>	<p>1. La valoración de signos vitales permite detectar alteraciones potenciales o reales, que modifican el equilibrio sico-fisico del individuo; es el punto de partida de decisiones objetivas que determinan un cuidado individualizado al paciente (Doenges, 2014).</p> <p>2. Es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su perdida. El centro termorregulador está en el hipotálamo, si la T° se eleva se activan los mecanismos de vasodilatación hiperventilación y sudoración que promueven la perdida de calor, si está por debajo del nivel normal aumenta el metabolismo y contracciones espasmódicas que producen los escalofríos.</p> <p>3. Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) derivado de la pirazolona. Como tal, inhibe la síntesis de prostaglandinas. También llamado dipirona: agente antiinflamatorio, analgésico y antitérmico no narcótico. El principio activo metamizol puede presentarse en forma de metamizol sódico o metamizol magnésico. Es un analgésico comparable al ácido acetilsalicílico (menos gastrolesivo) y superior al paracetamol en dolores agudos de tipo moderado o medio. Relaja ligeramente la musculatura lisa, por lo que resulta especialmente útil en dolores de tipo cólico (Pediámecum).</p>

Paciente evidenciará color normal de la piel.	4. Aplicar Medios físicos: bañarlo con agua tibia, aligerar cobertores, aplicar compresas	4. Esto le permite al cuerpo perder calor a través de la conducción, la convección o la evaporación. La conducción ocurre cuando el calor se intercambia entre dos objetos que están en contacto. La convección ocurre cuando el aire cálido en contacto con un objeto circula y es reemplazado por aire más frío en un ciclo continuo (Ganong, 1989).
	5. Registrar la información, en la historia clínica	5. La información que se recoge en estas hojas, complementada con la historia médica y la valoración que hace la enfermera, constituyen el eje fundamental para la elaboración de la lista de problemas del paciente y la planificación de la atención que ha de prestársele.
	6. Balance hídrico	6. Es la relación cuantificada de los ingresos y egresos de líquidos, que ocurren en el organismo en un tiempo específico, incluyendo pérdidas sensibles. Es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos como de las pérdidas, enmarcando esta comparación en un periodo de tiempo (24 horas) lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilita mantener el equilibrio del medio interno del paciente (Alberto, 2014).

Tabla 3

Dx. Enfermería: Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/A lesión cerebral (enfermedad neurológica: subaracnoidea) evidenciado por Glasgow 12/15, desorientación en TEP y somnolencia

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general: Paciente presentará capacidad adaptativa intracraneal adecuada</p>	<p>1. Valorar patrón perceptivo cognitivo: Glasgow, pupilas, estado de conciencia.</p>	<p>1. La Escala de coma de Glasgow valora el nivel de consciencia de un paciente en 3 aspectos: Apertura ocular, respuesta verbal, estar consciente del entorno en que se encuentra, respuesta motora estado cognoscitivo, comprensión de lo que dice el evaluador por parte del paciente al obedecer órdenes (Muñana-Rodríguez y Ramírez-Elías, 2014).</p>
<p>Resultados esperados: Paciente presentará valor de ECG: 15 puntos</p>	<p>2. Valorar las pupilas</p>	<p>2. Al explorar las pupilas se valora el tamaño, la simetría y reactividad a la luz, existen fármacos y situaciones que pueden alterar, tamaño y reactividad a la luz (opiáceos dan lugar a pupilas puntiformes, administración de atropina produce midriasis, la falta de reactividad pupilar puede ser consecuencia de hipotermia, coma barbitúrico.) (Serrano, 2012)</p>
<p>Paciente presentará un nivel de conciencia adecuado</p>	<p>3. Mantener la cabecera a 30°.</p>	<p>3. Mantener elevada la cabecera de la cama a 30° facilita el drenaje venoso y reduce la presión intracraneana. El efecto benéfico de la elevación de la cabeza para disminuir la PIC está asociado a una reducción de la presión perfusión cerebral (PPC) y del flujo sanguíneo cerebral (FSC) que lleva a un aumento de riesgo de isquemia cerebral, sobre todo si la elevación de la cabeza es superior a 30° grados.</p>
	<p>4. Monitorizar signos vitales: PA, FC, FR, T° y sat de O₂</p>	<p>4. Se monitorizan las funciones vitales en busca de signos de la triada de Cushing se determina por la hipertensión sistólica, bradicardia y bradipnea que es indicativo de hipertensión intracraneal (HIC).La hipotensión evidencia la existencia de sangrado extra craneales (Fernandez, Calleja, & Garcia, 2001). La hipoxia conduce a</p>

vasodilatación, aumentando el riego sanguíneo cerebral y en paciente con trastorno intracerebral, aumento de la PIC. La hipotensión evidencia la existencia de sangrado extracraneales (Fernández, Calleja, & García, 2001).

5. Controlar la presión arterial media (PAM)
 5. Cuando la P.A. cae ocurre vasodilatación cerebral y cuando la presión se eleva ocurre vasoconstricción cerebral, de manera que el FSC permanece constante, durante las fluctuaciones de la PAM, cuando cae por debajo de los límites normales, el cerebro extrae más oxígeno de la sangre y cuando falla este mecanismo, se presentan las manifestaciones clínicas de la isquemia cerebral(Estrada & Rizo, 2012).
 6. Mantener el nivel de glucosa en suero dentro del margen normal
 6. Los niveles altos de glicemia exacerbaban el daño cerebral, favorecida por liberación excesiva de cortisol y norepinefrina (hiperglicemia de stress), se recomienda terapia con insulina para mantener valores de glicemia dentro de lo normal(Estrada y Rizo, 2012).
 7. Mejorar la perfusión cerebral: administrar manitol 18 cc EV c/8 horas
 7. El manitol es un agente osmótico utilizado para la hipertensión intracraneal, esta genera una lesión secundaria al disminuir la presión de perfusión cerebral, predisponiendo a isquemia cerebral. El objetivo es mantener un flujo sanguíneo cerebral adecuado, para suplir las necesidades metabólicas neuronales y prevenir la isquemia(Llorente & Niño, 2015).
 8. La fenitoina se prescribe en el tratamiento profiláctico de las convulsiones; están relacionadas con su acción sobre los canales de sodio de la célula neuronal. Ejerce sus efectos
-

8. Manejo de las convulsiones:
administrar fenitoina 50 mg.
E. V. c/ 12h.

anticonvulsivantes con menos efecto sedante que el fenobarbital, en grandes dosis, se muestra excitatoria e induce a la convulsión (Vademecum, 2004)

9. Controlar balance hídrico
estricto.

9. El balance hídrico es un cálculo comparativo entre el total de volumen aportando a un paciente y el total eliminado por este, es vital para ajuste de la sueroterapia y nutrición lo que permite mantener el equilibrio de la osmolaridad normal del plasma y evita la aparición de desajustes hidroelectrolítica, también es indicador precoz de la aparición de problemas cardiovasculares y renales en el paciente crítico. Los desequilibrios son resultado de numerosos factores y se asocian a cuadros patológicos; por lo tanto los cuidados de enfermería irán dirigidos a la valoración y corrección de los desequilibrios o la conservación del equilibrio (Asencio, 2010).

10. Controlar diuresis horaria

10. Se puede manifestar poliuria debido a la administración de un diurético

11. Restringir las visitas

11. Reduce el riesgo de provocar excitación psicomotriz que puede conllevar a una elevación de la PIC (Doenges, 2006).

Tabla 4

Dx. Enfermería: Dolor agudo RA agentes lesivos biológicos secundario a herpes evidenciado por ceño fruncido, irritabilidad y llanto, escala del dolor Wong Baker: 6 puntos.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general: Paciente disminuirá el dolor durante el turno.</p> <p>Resultado esperado:</p> <p>Paciente logrará disminución del dolor después de administrar el analgésico y las medidas no farmacológicas, presentando Wong Baker de 3 puntos.</p>	<p>1. Valorar la intensidad del dolor (1-10) según escala de Wong Baker : 6 puntos</p> <p>2. Control de funciones vitales: PA, FC., FR</p>	<p>1. La escala de valoración del dolor son métodos de medición del dolor y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor del paciente; ajustar de una manera más exacta el uso de los analgésicos. El dolor genera múltiples alteraciones como: Ansiedad, insomnio, desorientación, agitación y delirio; todo esto puede generar una respuesta de estrés activando el sistema nervioso simpático, que produce taquicardia, aumento del consumo de oxígeno, a nivel del miocardio, disminución del peristaltismo e inmunodepresión por liberación de hormonas como cortisol, glucagón y también puede generar aumento de la PIC (Clarett, 2012).</p> <p>2. El control de los signos vitales permite obtener datos objetivos, que se efectúan acompañado de un monitoreo multiparamétrico en forma permanente, permitiendo evaluar y comparar el valor numérico, la onda de pulso, el trazado electrocardiográfico y el patrón respiratorio con los datos obtenidos. Esta se realiza con la observación, auscultación y palpación al realizar el examen físico, que nos permite identificar anomalías en las constantes vitales, monitorear la evolución de la patología específica del paciente, detectar y evaluar los efectos primarios o secundarios de la medicación utilizada (Videla Balaguer, 2009).</p>

-
- | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Manejo del dolor, administrar Metamizol 300 mg EV cada 8 horas | 3. El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas pro inflamatorias al inhibir actividad de la prostaglandina sintetasa. (Moreno, Vicente, Alvarez, Perez, & Tlaque, 2016). |
| 4. Brindar comodidad y confort. | 4. Es necesario el reposo absoluto y tranquilidad para evitar estimular el dolor en el paciente (Doenges, 2006). |
| 5. Revalorar el dolor | 5. Permite verificar la eficacia de las intervenciones farmacológicas como no farmacológicas a un nivel de confortamiento aceptable para el paciente. (Eberhard & Mora, 2004) |
-

Tabla 5

Dx. Enfermería: CP: Infección

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general: Revertir la infección</p>	<p>1. Valorar presencia de signos y síntomas de infección: enrojecimiento de la zona, calor, secreciones purulentas</p>	<p>1. El examen físico, debe centrarse en la apariencia y el estado de la piel, valorar el tamaño, características, nivel de exudado, olor, estado de la piel y comprobar si existe dolor relacionado con las lesiones. Permite observar la granulación del tejido color, secreción serosa, purulenta y olor fétido. (Baptiste, 2008)</p>
	<p>2. Control de signos vitales (T°, FC, F.R) con más énfasis temperatura.</p>	<p>2. La valoración de los signos vitales permite detectar alteraciones potenciales o reales, que pueden modificar el equilibrio psico – físico del paciente. Ayuda a identificar signos de infección.(Videla Balaguer, 2009)</p>
	<p>3. Mantener técnica aséptica y medidas de bioseguridad, al manipular y realizar procedimientos invasivos.</p>	<p>3. Constituye un conjunto de procedimientos que se realizan para disminuir las posibilidades de contaminación microbiana durante la atención al paciente. El uso de barreras de protección son medidas que tiene como objetivo proteger la salud del profesional y paciente frente a los diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, etc. (Tisné, 2004)</p>
	<p>4. Baño diario</p>	<p>4. El baño tiene como objetivo conservar la piel y mucosas en buen estado facilitar sus funciones protectoras, como eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se han acumulado. Un baño diario estimula la circulación, dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y nutrientes a la piel. (Web, n.d.)</p>

-
- | | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. Administrar antibióticos:
ceftriaxona 725 mg EV
C/12 horas | 5. La ceftriaxona atraviesa sin dificultad las meninges inflamadas alcanzando niveles terapéuticos en el LCR. Es un bactericida inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana al unirse a una proteína llamada "proteínas ligandos de la penicilina(PBPs)", están son responsables de varios pasos en la síntesis de la pared bacteriana. En todos los casos, una vez que el antibiótico se ha unido a la PBPs pierden su capacidad funcional y la capacidad para formar la pared, siendo este el resultado de la lisis de la bacteria (vademécum). |
| 6. Administrar Vancomicina
200 mg EV C/6 horas. | 6. La Vancomicina es un antibiótico de elección en tratamiento de infecciones graves: <i>Sthaphylococcus epidermidis</i> (MRSE) y <i>enterococcus</i> resistentes a la penicilina. Bactericida que inhibe la biosíntesis de la pared celular bacteriana, interfiere en la síntesis de ARN y daña la membrana celular bacteriana (Vademecum, 2004). Es eficaz en el tratamiento de las infecciones producidas por bacterias resistentes a los antibióticos beta- lactamicos (Pediamecum, 2015). |
| 7. Curar herida c/12 horas | 7. El procedimiento adecuado de asepsia previene la diseminación de microorganismos. Reduce el riesgo de propagación de microorganismos infecciosos en la zona operatoria. |
-

Tabla 6

Dx. Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea R/A hipertermia secundaria a enfermedad EP Alteración de la integridad de la piel.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo general:		
Paciente recuperará la integridad cutánea durante la estancia hospitalaria.	1. Hacer uso de medidas de bioseguridad: Uso de barreras (mascarilla, mandil, gorro, guantes estériles), lavado de manos.	1. Según la OMS (2005) es un conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal, frente a riesgos biológicos, químicos y físicos. El uso de barreras evita la exposición directa a sangre y fluidos orgánicos; con el lavado de manos prevenimos las infecciones intrahospitalarias.
Resultados esperados:		
Paciente presentará piel y mucosa oral libre de lesiones en 14 días.	2. Valorar el grado de las lesiones y realizar curación.	2. Se valora las características generales de la herida (inflamación, calor, edema, eritema); al realizar la curación nos permite identificar la etapa del proceso de cicatrización que se encuentra. El riesgo de infección de la herida se minimiza con la limpieza, y el objetivo es remover el exudado, tejido necrótico y la flora bacteriana (Roemmers, 2012).
	3. Curación de heridas, aplicar toques de gingisona en lesiones.	3. El riesgo de infección de la herida se minimiza con la limpieza, y el objetivo es remover el exudado, tejido necrótico y la flora bacteriana (Roemmers, 2012). Gingisona tiene como principio activo a la bencidamina, agente antiinflamatorio no esteroideo con propiedades analgésicas, su efectividad se debe a la capacidad para penetrar el epitelio y alcanzar concentraciones efectivas en el tejido inflamado. (Vademécum n.d.)
	4. Aplicación de mupirocina en lesiones	4. La mupirocina es un antibiótico que se usa tópicamente en el tratamiento del impétigo causado por <i>Staphylococcus aureus</i> , es bacteriostática a bajas concentraciones y bactericida en altas concentraciones(VADEMECUM, n.d.)

Ejecución

Tabla 7

SOAPIE 1: Dx Enfermería Hipertermia R/A enfermedad, EP T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto.

Fecha/ Hora		Intervenciones
9/10/2017 8am	S	Paciente pre escolar de sexo femenino en 4 ^{to} día de hospitalizada, madre refiere: “por qué mi hijita tiene tanta fiebre”
	O	Paciente se encuentra en el servicio en posición semifowler, ventilando espontáneamente, piel pálida, caliente al tacto, pupilas isocóricas reactivas a la luz, despierta por momentos desorientada, Glasgow 12 ptos; catéter periférico en Ms derecho, abdomen blando depresible con R.H.A.(+), micción espontánea uso de pañal, deposición normal, fuerza muscular disminuida en MID derecho (paresia).
	A	Hipertermia R/A enfermedad, EP T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto.
	P	Paciente presentará temperatura dentro de los parámetros normales (36.5 – 37 °C)
8:00 am		Se realizar monitoreo hemodinámico permanente FC: 119 x', FR: 20 x', StO ₂ : T°: 95%, 39.2 °C
10.00 am	I	Se administra metamizol 300 mg. por vía E. V.
11:00 am		Se brindan medios físicos
12:00 am		Paciente disminuye T°: 37.2 °C
14:00 pm		Se registra en la historia clínica los signos vitales.
16:00 pm		Se realiza balance hídrico estricto
19:00 pm	E	OA: Paciente normo térmico T° de 37.2°C, FC: 96 x', FR: 20 x', se evidencia piel tibia y rosada.

Tabla 8

SOAPIE 2: Dx Enfermería Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/A lesión cerebral (enfermedad neurológica: subaracnoidea) evidenciado por Glasgow 12/15, desorientación en TEP y somnolencia.

Fecha/ Hora	Intervenciones	
9/10/2017 7.30 am	S	Paciente pre escolar de sexo femenino en 4 ^{to} día de hospitalizada, madre “refiere preocupación por la salud de su hija”
8 am	O	Paciente se encuentra en el servicio en posición semifowler, ventilando espontáneamente, piel palida, pupilas isocoricas reactivas a la luz, despierta por momentos desorientada, Glasgow 12 ptos; catéter periférico en MMss derecho, abdomen blando depresible con R.H.A.(+), micción espontanea uso de pañal, deposición normal, fuerza muscular disminuida en MID derecho (paresia).
	A	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/A lesión cerebral (enfermedad neurológica) evidenciado en hemorragia subaracnoidea.
	P	Paciente presentará adecuada capacidad adaptativa intracraneal
8:00 am	I	Se valoran las funciones vitales, cada hora FC: 119 x', FR: 20 x', StO ₂ : T°: 95%, 39.2 °C
9:00 am		Se mantiene la cabecera de la cama a 30°
9:30 am		Se realiza valoración neurológica: Escala de Glasgow: 12 puntos, pupilas isocóricas y reactivas a la luz, signos de focalización: parecía en MID
10:00 am		Se administra manitol 20% 18 cc E.V.
12:00 am		Se administra fenitoina 50 mg. E. V.
14:00 pm		Se mantiene vía heparinizada.
16:00 pm		Se realiza el balance hídrico estricto.
		Se mantiene preparada la oxigenoterapia en caso necesario.
19:00 pm	E	OPA: Paciente se encuentra lúcida pero la PA aún está alterada 128/69 y Glasgow 12/15

Tabla 9

SOAPIE 3: Dx Enfermería Dolor agudo RA agentes lesivos biológicos secundario a herpes evidenciado por ceño fruncido, irritabilidad y llanto

Fecha/ Hora		Intervenciones
9/10/2017 8am	S	Paciente pre escolar de sexo femenino en 4 ^{to} día de hospitalizada, madre refiere: “mi hijita llora porque le duele ”
	O	Paciente se encuentra en el servicio en posición semifowler, ventilando espontáneamente, fruncido ceño piel pálida, pupilas isocóricas reactivas a la luz, despierta por momentos desorientada, Glasgow 12 pts; catéter periférico en Ms derecho, abdomen blando depresible con R.H.A.(+), micción espontánea uso de pañal, deposición normal, fuerza muscular disminuida en MMII derecho (parecía).
	A	Dolor agudo RA agentes lesivos biológicos secundario a herpes evidenciado por ceño fruncido, irritabilidad y llanto, escala del dolor Wong Baker: 6 puntos
	P	Paciente lograra disminuir el dolor después de administración de la terapia farmacológica y no farmacológica.
8:00 am	I	Se monitoriza las funciones vitales cada hora Se evalúa el dolor según las manifestaciones de gestos que realiza la paciente. Wong Baker : 6 puntos
10:00 am		
12:00 am		Se administra metamizol 300 mg vía EV
14:00 pm		Se fomenta el descanso, apagando luces y calmando al niño.
16:00 pm		Se brinda comodidad y confort.
19:00 pm	E	OA: Paciente logra disminuir el dolor, se evidencia con el descanso, calma el llanto, ausencia de ceño fruncido, según escala de Wong Baker: 3 puntos.

Tabla 10
 SOAPIE 4: Dx Enfermería. CP: Infección

Fecha/ Hora	Intervenciones	
9/10/2017 8am	S	Paciente pre escolar de sexo femenino en 4 ^{to} día de hospitalizada, madre refiere “por qué mi niña sigue con esas heridas”
	O	Paciente se encuentra en el servicio en posición semifowler, ventilando espontáneamente, piel pálida, con laceraciones en mucosa oral y rostro, pupilas isocóricas reactivas a la luz, despierta por momentos desorientada, Glasgow 12 pto; catéter periférico en MMSS derecho, abdomen blando depresible con R.H.A.(+), micción espontánea uso de pañal, deposición normal, fuerza muscular disminuida en MSID derecho (parecía).
	A	CP: Infección
	P	Revertir infección
8:00 am	I	Se valora las funciones vitales
10:00 am		Se controla la temperatura cada hora
12:00 am		Se administra Ceftriaxona 725 mg. E. V. c/ 12h.
14:00 pm		Se administra Vancomicina 200 mg. E. V. c/ 6 h.
16:00 pm		Se realiza curaciones con mupirocina
		Se usa medidas de bioseguridad.
		Se mantiene las barandas levantadas, con sujetadores.
19:00 pm	E	OA: Paciente logra revertir la infección no se evidencia signos de infección

Tabla 11

SOAPIE 5: Dx Enfermería. Deterioro de la integridad cutánea R/A hipertermia secundaria a enfermedad EP Alteración de la integridad de la piel

Fecha/ Hora		Intervenciones
9/10/2017 8am	S	Paciente pre escolar de sexo femenino en 4 ^{to} día de hospitalizada, madre “refiere preocupación por la salud de su hija”
	O	Paciente se encuentra en el servicio en posición semifowler, ventilando espontáneamente, piel pálida, con laceraciones en mucosa oral y rostro, pupilas isocóricas reactivas a la luz, despierta por momentos desorientada, Glasgow 12 pts; catéter periférico en MMSS derecho, abdomen blando depresible con R.H.A.(+), micción espontánea uso de pañal, deposición normal, fuerza muscular disminuida en MMII derecho (parecía).
	A	Deterioro de la integridad cutánea R/A hipertermia secundaria a enfermedad EP Alteración de la integridad de la piel.
	P	Paciente recuperará la integridad de la piel y la mucosa oral durante la estancia hospitalaria.
8:00 am		Se valora la integridad de la piel y mucosas: se observa la presencia de aftas y lesiones en rostro
10:00 am	I	Se realiza la limpieza y curación de lesiones, con toques de gingivona en zonas de lesión oral.
12:00 am		Paciente tolera muy poca cantidad de la dieta, muestra gestos de dolor al momento de la deglución.
		Se aplica mupirocina en lesiones del rostro.
16:00 pm 19:00 pm	E	OPA: Paciente recuperará progresivamente la integridad cutánea, presenta piel y mucosa oral con heridas en remisión.

Evaluación

Tabla 12

Evaluación 1: Dx Enfermería Hipertermia R/A enfermedad, EP T: 39.2°C, taquicardia, taquipnea, rubor de la piel y caliente al tacto

Diagnóstico 1	Evaluación
Paciente restablecerá la temperatura corporal hasta los valores normales.	OA: Paciente normo térmico T° de 37.2°C, FC: 96 x', FR: 20 x', se evidencia piel tibia y rosada.
Resultados Esperados: Paciente lograra disminuir la temperatura hasta valores normales 37°C	
Paciente presentará FR entre 16 a 20 x'	
Paciente presentará FC entre 60 a 100 x'	
Paciente evidenciará color normal de la piel.	

Tabla 13

Evaluación 2: Dx Enfermería Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/A lesión cerebral (enfermedad neurológica: subaracnoidea) evidenciado por Glasgow 12/15, desorientación en TEP y somnolencia

Diagnóstico 2	Evaluación
General: Paciente presentará capacidad adaptativa intracraneal adecuada	OPA: Paciente se encuentra lúcida pero la PA aún está alterada 128/69 y Glasgow 12/15
Resultados Esperado: Paciente presentará valor de ECG: 15 puntos	
Paciente presentará un nivel de conciencia adecuado	

Tabla 14

Evaluación 3: Dx Enfermería Dolor agudo RA agentes lesivos biológicos secundario a herpes evidenciado por ceño fruncido, irritabilidad y llanto, escala del dolor Wong Baker: 6 puntos

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>General: Paciente disminuirá el dolor durante el turno</p> <p>Resultados Esperados: Paciente evidenciará ausencia de ceño fruncido Paciente referirá disminución del dolor después de administrar el analgésico y las medidas no farmacológica.</p>	<p>OA: Paciente logra disminuir el dolor, se evidencia con el descanso, calma el llanto, ausencia de ceño fruncido, según escala de Wong Baker: 3 puntos.</p>

Tabla 15

Evaluación 4: Dx Enfermería. CP: Infección

Diagnostico 4	Evaluación
<p>Objetivo general: Revertir la infección</p>	<p>OA: Paciente logra revertir la infección no se evidencia signos de infección.</p>

Tabla 16

Evaluación 5: Dx Enfermería. Deterioro de la integridad cutánea R/A hipertermia secundaria a enfermedad EP Alteración de la integridad de la piel

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo general: Paciente recuperará la integridad cutánea durante la estancia hospitalaria.</p> <p>Resultados esperados: Paciente presentará piel y mucosa oral libre de lesiones.</p>	<p>OPA: Paciente recuperará progresivamente la integridad cutánea presenta piel y mucosa oral con heridas en remisión.</p>

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Chávez, Sánchez y Leyanis (2014) realizaron un trabajo de investigación de “Meningoencefalitis bacteriana en niños menores de 15 años” en Cuba el objetivo fue: identificar las características clínicas y microbiológicas de la meningoencefalitis bacteriana. Métodos: se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en niños menores de 15 años ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Pediátrico "Luis Ángel Milanés Tamayo", de Bayamo, Granma, en el periodo comprendido desde el 1ro. de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2012. El universo estuvo conformado por 22 pacientes egresados con el diagnóstico de meningoencefalitis bacteriana, y la muestra por 18 casos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** predominó el grupo de edad de 1 a 4 años con el 50 %; la desnutrición se presentó en 5 de los casos estudiados. La media del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, y al inicio del tratamiento médico fue de ± 3 días (DS: 1,129); los síntomas inespecíficos y la hipertensión endocraneana se presentaron en un 38,9 % y 88,8 % respectivamente. El *Streptococcus pneumoniae* fue el germen más frecuentemente aislado en el estudio del líquido cefalorraquídeo, y el edema cerebral la complicación más frecuente de la enfermedad. Conclusiones: la enfermedad estudiada afectó las edades más tempranas, con predominio de los síntomas de hipertensión endocraneana, y una celularidad elevada, y el tiempo entre el inicio de los síntomas al diagnóstico y al tratamiento médico fue corto.

Espinoza, Berenice, Díaz, Ortega y Barrera (2017) realizaron un trabajo de investigación “Factores de riesgo asociados al desarrollo de complicaciones neurológicas tempranas en meningitis purulenta”, en México, con el objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de complicaciones neurológicas tempranas en meningitis purulenta en población infantil. Métodos: Estudio de casos y controles incluyendo pacientes de 1 mes a 16 años de edad con meningitis purulenta, agrupados en casos con complicaciones neurológicas tempranas y controles sin complicaciones neurológicas tempranas. Complicación temprana fue definida como aquella presentada en menos de 72 horas de iniciado el cuadro clínico. Se evaluaron características clínicas, de laboratorio sérico y de líquido cefalorraquídeo (LCR). Resultados: Se incluyeron 78 pacientes (33 casos y 45 controles). Sexo masculino: 19 (57%) vs. 28 (62%); $p = 0.679$. Edad en meses, mediana: 36 (1-180) vs. 12 (1-168); $p = 0.377$. Factores asociados a complicaciones neurológicas: crisis convulsivas al ingreso, odds ratio (OR): 2.65 (1.04-6.74; $p = 0.038$); signos meníngeos, OR: 2.73 (1.07-6.96; $p = 0.032$); alteración del estado de alerta, OR: 13.0 (1.64-105.3; $p = 0.003$); intubación orotraqueal, OR: 14.47 (4.76-44.01; $p = 0.000$); deterioro neurológico, OR: 9.60 (3.02-30.46; $p = 0.000$); LCR turbio, OR: 4.20 (1.57-11.20; $p = 0.003$); hipoglucorraquia <30 mg/dl, OR: 9.2 (3.24-26.06; $p=0.001$); cultivo de LCR positivo, OR: 16.5 (1.97- 138.1; $p = 0.001$). Conclusiones: Los factores de riesgo asociados a complicaciones neurológicas tempranas fueron crisis convulsivas al ingreso, signos meníngeos, alteración del estado de alerta, necesidad de intubación orotraqueal, LCR turbio, hipoglucorraquia y cultivo de LCR positivo.

Dávalos, Terrazas, Quintana, Egoavil, Sedano y otros (2016) realizaron un trabajo de investigación “Características epidemiológicas, clínicas y bacteriológicas de meningitis

neumocócica en pacientes pediátricos “en Lima, Perú con los *Objetivos*. Describir las características clínicas, letalidad, susceptibilidad antibiótica y distribución de serotipos de meningitis neumocócica en pacientes pediátricos de Lima, Perú. *Materiales y Métodos*. Serie de casos de meningitis neumocócica en niños menores de 16 años. Los datos fueron obtenidos de dos estudios multicéntricos prospectivos, de vigilancia pasiva de enfermedad neumocócica invasiva realizados en Lima-Perú desde los años 2006 al 2008, y del 2009 al 2011. **Resultados**. Reportamos 44 episodios de meningitis neumocócica; 68,2% fueron en niños menores de 2 años. La tasa de letalidad fue 32,6; y 92,9% de los casos letales ocurrieron en niños menores de dos años ($p<0,05$). La desnutrición estuvo asociada a los casos letales ($p<0,05$). El 64,3% de los casos fatales murieron dentro de los 2 primeros días. El 41,9% de los cultivos con neumococo fueron resistentes a la penicilina, 23,3% mostró resistencia intermedia a ceftriaxona (ninguno mostró resistencia completa) y 9,3% mostró resistencia a cloranfenicol. Los serotipos más frecuentes fueron 6B, 14, 19F y 23F, los cuales constituyeron el 68,3% de todas las cepas; 84,1% de las cepas encontradas están incluidas en los serotipos de la vacuna 13 valente. **Conclusiones**. La meningitis neumocócica continúa siendo una enfermedad letal, especialmente en niños menores de 2 años. Dado que aproximadamente dos tercios de los casos letales fallecen en las primeras 48 h, es crítico un diagnóstico y tratamiento oportuno, así como asegurar el cumplimiento de la inmunización con la vacuna neumocócica.

Marco conceptual

Epidemiología

En el 2008, la OMS estimó que ocurrieron 476,000 muertes en niños con HIV negativo menores de 5 años a causa de infecciones por neumococo, los cuales 33,200 fueron por meningitis neumocócica. La incidencia según (ENI) es alta en países en desarrollo y desarrollados. En Latinoamérica y el caribe fue de 4,6/100,000 en niños de 0 a 59 meses, entre los años 2000 y 2010. Así mismo, la incidencia de meningitis neumocócica en Estados Unidos fue de 3,66/100,000 en niños menores de 2 años y de 0,87/100,000 en niños menores entre 2 y 4 años, entre los años 2004 y 2005. En lima, la incidencia hospitalaria de ENI fue de 7,7/100,000 en niños menores de 60 meses, en los años 2006 al 2008, siendo meningitis la enfermedad más letal (Davalos et al., 2016).

Meningoencefalitis

La meningitis es un proceso inflamatorio e infeccioso ubicado a nivel de las leptomeninges, cuando la reacción inflamatoria compromete meninges, espacio subaracnoideo, LCR parénquima cerebral se denomina meningoencefalitis, estas pueden ser causadas por proceso infeccioso (virus) o proceso inflamatorio (enfermedades sistémicas, fármacos, cirugías, tumores) (Ecured, 2018). Los síntomas clínicos son fiebre, cefalea, malestar general, irritabilidad, alteración del estado de conciencia, desorientación, trastornos de conducta, y lenguaje que duran de 1-7 días con progresión que afectan el SNC con síntomas neurológicos como: Hemiparesia, crisis convulsiva, rigidez de nuca (signo de Brudzinski) positivo, es importante para determinar meningitis, (paciente en decúbito dorsal, el examinador pasa su mano izquierda por detrás de la cabeza, mientras apoya su mano derecha en el pecho, el paciente involuntariamente flexiona las piernas acercando las rodillas hacia el tórax). La

meningitis viral es considerada ante la ausencia de alguna bacteria en el LCR, según resultados de laboratorio; estos pueden ser causados por diferentes agentes etiológicos como hongos, bacterias, parásitos, etc. (Corla, Juárez, & Velazco, 2001).

Etiología.

Los patógenos virales son la causa principal caracterizada por la presencia de pleocitos en LCR, como adenovirus, enterovirus, herpes virus (varicela – zoster, herpes simple 1,2 y 6, Epstein – Barr virus, citomegalovirus), virus de la rabia, sarampión, parotiditis, rubeola y otros menos comunes que se asocian como: rinovirus, parvovirus B-19, influenza A y B, parainfluenza, rotavirus, arbovirus (Corla, Juárez, & Velazco, 2001).

Patogénesis.

La viremia, ocurre por inoculación directa del virus o contacto con terminaciones nerviosas libres en sitios especializados (sistema olfativo, mucosa entérica, labios, cornea, etc); estos virus penetran al SNC vía periférica, son transportados por los axones y antes de alcanzar la medula espinal son llevados al hipotálamo y tallo cerebral, esta infección puede llegar vía neuronal y olfativo que son adquiridas por diseminación hematológica. La replicación inicial ocurre en el aparato gastrointestinal, en las placas de Peyer (tejido linfático que recubren interiormente las mucosas del intestino delgado, las amígdalas, faringe y en toda la extensión de las vías aéreas superiores, realiza una función de inmunidad eliminando agentes patógenos que atraviesen estas paredes). Esta infección es seguida de una viremia reticuloendotelial (hígado, bazo, y linfáticos); una vez que el virus llega la replicación puede terminar o continuar dependiendo del sistema inmune del huésped, si continua produce una viremia secundaria con diseminación al SNC. El sistema olfativo es una vía alterna para que los virus lleguen al SNC, esto es favorecido gracias a que las neuronas están en contacto con el medio

ambiente a través de la mucosa olfativa, los nervios están muy ramificados a nivel de la ventana nasal e inmediatamente penetran al espacio subaracnoideo (Coria et al., 2001).

Cuadro Clínico.

El inicio suele ser agudo de menos de una semana de evolución, que se caracteriza por temperatura de 39° a 40°C, malestar general, inapetencia, mareos y cefaleas que se acompañan de cambios en la personalidad, confusión, desorientación y alteración del nivel de conciencia, disfunción cognitiva o síntomas neurológicos focales, seguido de convulsiones y disartria (alteración del habla por parálisis, de origen neurológico, estas se acompañan de trastornos de la deglución (disfagia) (Avilés, 2008).

El proceso fisiológico subyacente, es la infección sistémica y la inflamación meníngea, que provoca un reflejo protector para evitar el estiramiento de las raíces inflamadas e hipersensibles, que se detectan por la rigidez de nuca, que también pueden ser causantes de cefaleas y parálisis de pares craneales. Si el proceso inflamatorio progresa hasta causar vasculitis cerebral u origina edema cerebral y presión intracraneal elevada, puede ocasionar cambios en el nivel de conciencia, cefalea, vómitos, convulsiones y parálisis de pares craneales (Conde et al., 2017).

Hemorragia subaracnoidea.

Es la extravasación de sangre hacia los espacios subaracnoideos, que pueden afectar las estructuras del parénquima cerebral y el sistema ventricular. Al ocurrir la hemorragia se eleva la presión intracraneal (PIC) y como consecuencia, disminuye la presión de perfusión cerebral; que produce isquemia cerebral y pérdida de la conciencia (Rodríguez y Rodríguez, 2011). Los signos caracterizados son la disminución progresiva del nivel de conciencia, desorientación temporo – espacial. Estupor el paciente tiene tendencia a quedarse dormido y

despierta ante estímulos externos, la agitación puede alternarse en esta fase, entra en situación de hiperactividad intelectual y psíquica, sin responder al entorno (Villanueva, Domínguez, Huidobro, Barrio y Pérez, 2008).

Etiología.

La Hemorragia subaracnoidea (HSA) puede ser de origen traumático o no. La HSA traumática es la forma más común y se produce por la laceración de las venas o arterias corticales que atraviesan el espacio subaracnoideo, pero también de contusión cerebral que puede estar asociada con microhemorragias múltiples, con fugas en el tejido cerebral o laceraciones corticales con extravasación en el espacio subaracnoideo (Rodríguez & Rodríguez, 2011).

Clasificación.

En los pacientes con HSA la evaluación es según los resultados de la TAC y gravedad de hemorragia subaracnoidea, según (Hunt – Hess 1968) comprende las siguientes categorías:

Grado	Hunt – Hess	WFNS	
		GCS	Focalidad
I	Asintomático o cefalea y rigidez de nuca leves	15	Ausente
II	Cefalea y rigidez de nuca moderada o grave Afectación de un par craneal	13 - 14	Ausente
III	Confusión o letargia; puede haber leve déficit focal	13 - 14	Presente
IV	Estupor, hemiparesia moderada o severa	7 - 12	Presente o ausente
V	Coma profundo, descebración, (apariencia moribunda)	3 - 6	Presente o ausente

GCS: Glasgow Coma Scale (escala de coma de Glasgow)
WFNS: World Federation of Neurological Surgeons(escala de la Federación Mundial de Neurocirujanos)

Complicaciones.

Edema cerebral, hidrocefalia, crisis epiléptica, bradicardia, taquicardia, hipervolemia, hipernatremia, fiebre, neumonía, hipertensión e hipotensión, hiperglicemia

Medios diagnósticos.

La prueba inicial de elección es la TAC. Otros medios de diagnóstico son el cultivo de LCR, así mismo se realiza el examen de Ifi sérico – Igm.

Cultivo de LCR: Epstein Barr virus (Positivo).

Asimismo, Alonso, Olazabal y Ayo (2006) menciona que ocasiona mononucleosis infecciosa, que es una enfermedad causada por el virus de Epstein Barr (VEB) que se caracteriza por fiebre, adenopatías y faringitis. Es el agente causal del meningoencefalitis, que puede desencadenar trastornos neurológicos como el síndrome de Guillain – Barre, cerebelitis aguda (González Martín, Pérez Gutiérrez, Alcalde Martín, & Gutiérrez Abad, 2009). También se vincula con diversos tumores de los seres humanos, como el carcinoma faríngeo, el linfoma de Burkitt, la enfermedad de Hodgkin y en pacientes con inmunodeficiencia (Kasper et al., 2015). Los humanos son el único reservorio natural del VEB se transmite por contacto salival, mediante los besos de la persona infectada durante la fase aguda, es asintomática (Alonso et al., 2006). El virus infecta células epiteliales de la orofaringe y glándulas salivales donde tiene lugar el proceso de replicación, con producción de viriones, que penetran en el torrente sanguíneo, donde ataca directamente a los linfocitos B. En raras ocasiones se pueden transmitirse por transfusiones sanguíneas o trasplante de médula ósea (Ruano & Ramos, 2014).

Ifi Sérico- Igm: Coxiella Burnetti (positivo).

La fiebre Q es causada por la infección de *Coxiella burnetti*, se transmite por contacto directo, aerosoles o ingestión. Se localizan en las glándulas mamarias, placenta, feto de los animales; las bacterias se diseminan a través de la leche, placenta durante la preñez y lactancia

posterior; también se pueden encontrar en la orina, heces y semen de los toros. La infección en humanos es mediante aerosoles, esto se asocia con el ganado vacuno, ovejas, cabras cuando estos paren; también puede ocurrir con la ingestión de leche no pasteurizada u otro producto contaminado. El *coxiella burnetti* es altamente resistente a las condiciones ambientales, se transmite por aerosol que pueden viajar hasta 19 kilómetros, se encuentran hasta por 30 días en expectoraciones secas, 120 días en polvo, 49 días en orina seca de cobayos infectados, los organismos pueden sobrevivir por 42 meses en la leche y 12 a 16 meses en la lana.

El periodo de incubación en la infección de humanos varía de 2 a 48 días, estos presentan signos clínicos muy similares a los de la gripe, que pueden incluir fiebre alta, escalofríos, dolor de cabeza, fatiga, malestar, mialgia, dolor de garganta y dolor en el pecho, que duran de 1 a 3 semanas y algunos pacientes presentan tos seca y los rayos X indican neumonía. Esta infección también puede producir hepatitis que se acompaña de hepatomegalia, ictericia, pero no es común.

La transmisión de persona a persona es poco común. Después de la exposición y un periodo de incubación de 10-17 días, se presenta distres respiratorio y radiografía inespecífica como un cuadro de neumonía con fiebre alta (40°C). En la fase aguda se ha descrito otras manifestaciones clínicas como miocarditis, pericarditis, meningoencefalitis asociada a pleocitos en líquido cefalorraquídeo y otras menos frecuentes como anemia hemolítica, pancreatitis, neuritis óptica (Fariñas & Collado, 2010).

Signos y síntomas.

Los más frecuentes son fatiga, dolor de garganta, similar a una faringo-amigdalitis bacteriana, dolor de cabeza, erupción cutánea, pérdida del apetito, adenopatías (aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello y axila) y esplenomegalia (aumento del tamaño

del bazo) (Giménez, 2012). En niños suele ser asintomática o producir síntomas inespecíficos, en adolescentes y adultos se manifiesta como una MI (mononucleosis Infecciosa); estos duran de 1 a 2 semanas y se caracteriza por la triada de fiebre, faringitis, odinofagia y linfadenopatías, a la que se añade con frecuencia hepatoesplenomegalia y edema parpebral. Fiebre de 39° que puede durar de tres a cuatro semanas, faringitis desde amígdalas tróficas hasta exudados blanquecinos o grisáceos- necróticos; astenia síntoma observado por los padres como disminución importante de la actividad física normal del niño que puede durar varios meses (Ruano y Ramos, 2014).

Modelo teórico de enfermería

La investigación guarda relación con la teoría de Virginia Henderson, que a través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes a fin de conocer que ayuda necesitan (Harmer y Henderson, 1955, p.5). Henderson afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios, con el objetivo de hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado con las catorce necesidades básicas:

Respirar normalmente

Comer y beber adecuadamente

Eliminar los desechos corporales

Moverse y mantener posturas deseables

Dormir y descansar

Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse

Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno

Mantener el cuerpo limpio, bien cuidado y proteger la piel

Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros

Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones

Rendir culto según la propia fe

Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro

Jugar o participar en diversas formas de ocio

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo, salud normal y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles

Los metaparadigmas comprende los elementos siguientes:

Salud: Estado de bienestar físico, mental y social, básica para el funcionamiento del ser humano.

Entorno: Conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

Enfermería: Asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, recuperación o muerte pacífica que realice sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, de tal manera que ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible (Rayle y Marrine, 2010).

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

El tipo de estudio fue descriptivo, analítico y el método es el proceso de atención de enfermería.

Sujeto de estudio

Paciente pediátrica de sexo femenino, de 3 años de edad, hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Emergencias Pediátricas.

Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la entrevista y observación. El instrumento fue la Guía de Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon brindada por la Universidad Peruana Unión.

Consideraciones éticas

Se solicitó la autorización al jefe del servicio de UCI Pediátrica, para realizar el PAE en este servicio, en la realización del trabajo los principios éticos que se garantizan este estudio fueron:

No maleficencia

No se realizó ningún procedimiento que pueda hacerle daño a la participante en este estudio.

Justicia: No existe ningún tipo de discriminación, en la presente investigación prevalece consideración y respeto.

Beneficencia: Mediante el proceso de atención de Enfermería y el continuo cuidado, permitirá que el paciente reciba una atención de calidad.

Autonomía: En el estudio los padres aceptan voluntariamente que su menor hijo participe, respetando la decisión de querer permanecer dentro del mismo.

Confidencialidad: El proyecto reconoce que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato un principio que reconoce que las personas tienen derecho de mantener confidencialidad sobre cualquier información concerniente a su estado de salud.

Capítulo IV

Resultados y discusión

Resultados

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	fi	%	fi	%
Diagnóstico 1	1	20				
Diagnóstico 2			1	20		
Diagnóstico 3	1	20				
Diagnóstico 4	1	20				
Diagnóstico 5			1	20		
Total	3	60	2	40		

Análisis de los diagnósticos

En el primer diagnóstico hipertermia, la paciente logra disminuir la temperatura durante el turno con la administración de metamizol por vía endovenosa.

En el segundo diagnóstico disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, produce alteración del estado de conciencia con la escala de Glasgow 12/15,.

En el tercer diagnóstico dolor agudo, la paciente logra disminuir el dolor con la administración de metamizol y el confort que se le brinda.

En el cuarto diagnóstico infección fue alcanzado por que la paciente no presenta fiebre durante el turno, se realiza curación de lesiones vesiculares y se observa disminución del tamaño de lesiones.

En el quinto diagnóstico deterioro de la integridad cutánea la paciente presenta lesiones vesiculares en mejillas y encías.

Discusión

Después de la ejecución de las intervenciones de enfermería se observaron que de cinco diagnósticos de enfermería propuestos se lograron cumplir de la siguiente manera: el 60% fueron objetivos alcanzados y el 40% parcialmente alcanzados.

El primer diagnóstico hipertermia objetivo alcanzado tras la administración de metamizol E.V, confort.

El segundo diagnóstico disminución de la capacidad intracraneal el objetivo fue parcialmente alcanzado se observa P.A 128/69, PAM 94 elevada para su edad, Sat. 98%, escala de Glasgow 12/15; pupilas isocóricas 2D/ 2I, se administra manitol 20% 18 cc endovenoso, fenitoina 50 mg vía oral y la vía periférica queda heparinizada. Estos resultados se relacionan con los encontrados por (Chávez, Sánchez y Leyanis, 2014) en su trabajo “Meningoencefalitis bacteriana en niños menores de 15 años” encontraron la hipertensión endocraneana en un 38,9 %, además (Llorente y niño, 2015) “manitol versus solución salina hipertónica en neuroanestesia” evidencian que el manitol, actúa como diurético osmótico y disminuye la PIC.

El tercer diagnóstico dolor agudo el objetivo fue alcanzado por que se administró que se administró tratamiento por vía E.V, (Abreu, 2018) menciona que la dipirona, es un analgésico, antipirético y espasmolítico utilizado en el tratamiento del dolor y fiebre.

El cuarto diagnóstico infección el objetivo fue alcanzado por que no se evidencian signos de inflamación e infección, durante el turno se administra Ceftriaxona 725 mg, vancomicina 200 mg. endovenoso y se usa medidas de bioseguridad. (Moyanoc et al, 2014) en su trabajo “Infecciones de piel y partes blandas en pediatría” evidencian que la mayoría de las infecciones son de origen bacteriano y hacia ellos se dirige la antibioterapia empírica inicial.

El quinto diagnóstico deterioro de la integridad cutánea el objetivo fue parcialmente alcanzado, porque se observa úlceras en remisión en mejillas y encías.

Se evidencia que los cuidados brindados a la paciente en estudio fueron acertados en la recuperación de su salud; evitando las complicaciones como la severidad de las infecciones y las graves secuelas que puede producir como: daño cerebral severo, convulsiones, discapacidad intelectual, retraso mental, daño auditivo y pérdida de funciones cognitivas.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Se logró aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con meningoencefalitis gracias a los cuidados de enfermería oportunos que permitieron evitar las complicaciones como el edema cerebral grave que incrementa la presión arterial, esta se presenta como consecuencia de la elevación de la PIC y puede ser una de las principales causas de muerte o lesiones irreversibles en el SNC (Solórzano, Miranda, & Díaz, 2002).

Se logra desarrollar todas las etapas del proceso de atención de enfermería como son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Recomendaciones

Al personal de UCI Pediátrica a realizar investigaciones con las alteraciones que se presenten en el servicio y continuar el perfeccionamiento, aplicando el proceso de enfermería al niño hospitalizado con diferentes patologías con un enfoque multidisciplinario para desarrollar técnicas y procedimientos específicos de enfermería pediátrica.

A la Universidad Peruana Unión para que continúe fomentando la investigación a través del Proceso de Atención de Enfermería.

Bibliografía

Alonso, A., Olazabal, E., & Ayo, M.

(2006). Infeccion por virus de Epstein Barr y Esclerosis multiple. *Neurología*, 21.

Alberto, C. P.

(2014). *Balance Hidrico*. Universidad de Coruña-España, 33–40. Retrieved from
Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/265649358/Balance-Hidrico>

Asencio, J.

(2010). *Factores que influyen en las enfermeras para la realización del balance hídrico en los pacientes críticos en el servicio de emergencia del INEN (febrero - abril 2010)*.

San Marcos. Recuperado de:

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4404/1/Asencio_Lopez_Juana_Isabel_2010.pdf

Alonso, Olazabal, & Ayo

(2006) EEUU “Infección por virus de Epstein-Barr y esclerosis múltiple”

<https://docplayer.es/78997195-Infeccion-por-virus-de-epstein-barr-y-esclerosis-multip>.

Baptiste, S.

(2008). *Eyaluación Clínica de la Herida Quirúrgica*. *Revista Colombiana de Cirugia*,

13. Recuperado de: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-132/evaluacionclinicadelaherida/>

Bastidas, D.

(2015). "Metamizol Sódico". *HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA*, 27, 3. Recuperado de:

<http://www.blogichics.com/2017/05/26/metamizol-sodico-mecanismo-de-accion-dosis-nombre-comercial/>

Calderon, V., & Saenz, X.

(2005). *Cuidado de hemorragia subaracnoidea, revista de enfermería. Revista de Enfermería*. Recuperado de: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-81/enfermeria8105-cuidado/>

Clarett, M.

(2012). *Escala de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Instituto Argentino de Diagnostico y Tratamiento*, 1, 1–39.

Davalos, L., Terrazas, Y., Quintana, A., Egoavil, M., Sedano, K., Castillo,

(2016). *Epidemiologic, clinical and bacteriologic characteristics of pneumococcal meningitis in pediatric patients from Lima, Peru*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 425–431. Recuperado de: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2349>

Eberhard, M. E., & Mora, X.

(2004). *Manejo del dolor en el paciente pediátrico*. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(3). <https://doi.org/10.4067/S0370-41062004000300012>

Ecured.

(2018). *Meningoencefalitis*. Retrieved July 17, 2018, from <https://www.ecured.cu/Meningoencefalitis>

Espinoza, Berenice, Díaz, Ortega y Barrera

(2017) “Factores de riesgo asociados al desarrollo de complicaciones neurológicas tempranas en meningitis purulenta” en México
www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2017/gm173d.pdf

Fernandez, A., Calleja, B., & Garcia, J.

(2001). *Exploración Física. ELSEIVER*, 37, 230–245. Recuperado de: [///C:/Users/user/Downloads/12003811_S300_es.pdf](http://C:/Users/user/Downloads/12003811_S300_es.pdf)

Lab.Cofana.

(2016). *Gingisona LNf Toques*. Retrieved November 13, 2017, Recuperado de:
<http://pe.mivademeccum.com/medicamento-gingisona-l-nf-toques-id-3149>

Llorente, G., & Niño, M.

(2015). *Manitol versus solución salina hipertónica en neuroanestesia*. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43, 29–39. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1016/j.rca.2014.07.010>

Martin, J., & Lazaro, J.

(2014). *Mononucleosis infecciosa en la infancia*. *Pediatría Integral*, 18(3), 141–152.
Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-04/mononucleosis-infecciosa-en-la-infancia/>

Moreno, M., Vicente, M., Alvarez, I., Perez, C., & Tlaque, A.

(2016). *Intervenciones de enfermería para la valoración y manejo del dolor agudo en niñas y niños de 3 a 6 años*. Instituto Mexicano Del Seguro Social, 45. Recuperado de:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/796GER.pdf>

Moyanoc, Peuchota, Giachettid, Morenoa, Cancelaraa, Falaschia, ... Roldána.

(2014). *Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento*. *Arch Argent Pediatr*, 112(1), 96–102. Recuperado de:
<https://doi.org/10.5546/aap.2014.e96>

Muñana-Rodríguez, J. E., & Ramírez-Elías, Y. A.

(2014). *Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado*. *Enfermería Universitaria*, 11(1), 24–35. Recuperado de: www.elsevier.es/

Niuvis, Chávez, Sánchez y Leyanis

(2014) “Meningoencefalitis bacteriana en niños menores de 15 años” Cuba)
scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000100005

Pediamecum.

(2015). *Vancomicina. Pediamecum*. Retrieved from <http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Vancomicina.pdf>

Rodriguez, P., & Rodriguez, D.

(2011). *Hemorragia subaracnoidea: epidemiología, etiología, fisiopatología y diagnóstico*. *Rev Cubana Neurol Neurocir*, *1*(1), 59–73. Recuperado de:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-HemorragiaSubaracnoidea-4790507 (5).pdf

Rodríguez, P., & Rodríguez, D.

(2011). *Hemorragia subaracnoidea: epidemiología, etiología, fisiopatología y diagnóstico*. *Rev Cubana Neurol Neurocir*, *1*(1), 59–73. Recuperado de:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-HemorragiaSubaracnoidea-4790507 (1).pdf

Roemmers, A. J.

(2012). *Enfermería en Curación de heridas. Igarss 2014*. Argentina. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

Serrano, M.

(2012). *Exploración neurológica por enfermería: valoración del nivel de conciencia y pupilas. ¿como detectar el deterioro neurológico en un paciente con TCE leve?* *Neurotrauma.net*, 1–7. Recuperado de: <https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/MercedesArribas.pdf>

Solórzano, Miranda, & Díaz.

(2002). *Meningoencefalitis bacteriana. Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, *22*(1), 2–13. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2002/ei021b.pdf>

Tamay de Dios, L., Ibarra, C., & Velasquillo, C.

(2013). *Fundamentos de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y de la PCR en tiempo real. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2(5), 70–78. Recuperado de: <https://doi.org/10.1157/13059826>

Tisné, L.

(2004). *Técnica Aseptica y sus Componentes*. Hospital Santiago Oriente, 10. Recuperado de: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/11/iih-normastecnicaasepticaysuscomponentes.pdf>

Vademecum.

(2004). *Ceftriaxona*. Retrieved April 15, 2018, Recuperado de: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c039.htm>

Vademecum. (n.d.).

Mupirocina. Retrieved April 13, 2018, Recuperado de: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/m066.htm>

Velásquez, J., Gonzáles, M., Astete, L., Loyola, W., Rodríguez, Y., & Rosas, Á.

(2016). *Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013*. *Biomédica* Artículo Biomédico, 3636, 220–9220. Recuperado de: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i2.2896>

Videla Balaguer, L.

(2009). *Revisando Técnicas: Control de signos vitales*. *Revista de Enfermería*, 9. Recuperado de: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Revisando Técnicas - Control de signos vitales.pdf>

Videla Balaguer, L.

(2009). *Revisando Técnicas: Control de signos vitales*. *Revista de Enfermería*, 9. Recuperado de: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Revisando Técnicas - Control de signos>

vitales.pdf

Villanueva, Domínguez, Huidobro, Barrio y Pérez

(2008) España “Hipertensión intracraneal”

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/33-htic.pdf>

Web, P. (n.d.).

Higiene diaria. Retrieved September 25, 2018, from Recuperado de:

<http://andarrat.free.fr/cap2.htm>

Apéndices

Apéndice 1: Fichas farmacológicas

Nombre genérico: Ceftriaxona

Nombre comercial: Acantex; Bioteral; Ceftriax; Exempla 1000; Rivacefin

Clasificación: Antibacterianos de uso sistémico sg químico/ terapéutico: cefalosporinas de tercera generación.

Indicaciones: Infecciones causadas por los gérmenes sensibles a ceftriaxona, tales como: Sepsis, Meningitis, Infecciones abdominales (peritonitis, infecciones de los tractos biliar y gastrointestinal), Infecciones de huesos, articulación.

Mecanismo de acción: La ceftriaxona , como todos los beta-lactámicos es bactericida, inhiben la síntesis de la pared bacteriana al unirse específicamente a unas “proteínas ligando de la penicilina(PBPs)” que se localizan en dicha pared. Las paredes son responsables de varios de los pasos en la síntesis de la pared bacteriana y su número oscila entre varios de cientos a miles de moléculas en cada bacteria. En todos los caso , una vez que el antibiótico se ha unido a las PBPs estas pierden su capacidad funcional, con lo que la bacteria pierde su capacidad para poder formar la pared, siendo el resultado final de la lisis de la bacteria.

Nombre genérico: Vancomicina

Nombre comercial: Vancocín; Vancoled; Vancomax; Vancotie.

Clasificación: Bactericida

Indicaciones: Vancomicina es el medicamento de elección para tratar infecciones severas por Staphylococcus spp meticilino-resistente, incluyendo: neumonía, empiema, endocarditis,

osteomielitis y abscesos de partes blandas. También es de elección en infecciones severas por cepas de *Staphylococcus* meticilino-sensibles en enfermos alérgicos a los betalactámicos.

Mecanismo de acción: La vancomicina inhibe la síntesis de la pared celular y del RNA bacteriano, siendo quizás este mecanismo dual el responsable de que la resistencia a la vancomicina sea muy poco frecuente, si bien se han detectado algunas cepas de estreptococo D que lo son.

Nombre genérico: Dexametasona

Nombre comercial: Fortecortín

Clasificación: Antiinflamatorio

Indicaciones: Enfermedades dermatológicas, respiratorias, y hematológicas, Síndrome nefrótico de tipo idiopático o el causado por el lupus eritematoso. Edema cerebral asociado a tumor cerebral, primario o metastásico, craneotomía o lesión craneal.

Mecanismo de acción: Disminuye o previene la respuesta del tejido a los procesos inflamatorios, reduciendo la dilatación y permeabilidad de los capilares inflamados y la reducción de la adherencia de los leucocitos al endotelio capilar, provocando la inhibición tanto de la migración de los leucocitos como la formación de edema.

Nombre genérico: Fenitoina

Nombre comercial: Epanutin[®], Fenitoina Combino Pharm[®], Fenitoina Generis[®], Fenitoina G.E.S.[®], Fenitina Rubio[®], Sinergina[®]

Clasificación: Antiepiléptico

Indicaciones: Epilepsia, Crisis de Gran Mal. Epilepsia del lóbulo temporal. Otros estados convulsivos.

Mecanismo de acción: Inhibe la propagación de la actividad convulsivante en la corteza motora cerebral: estabiliza el umbral promoviendo la difusión de sodio desde las neuronas. También es antiarrítmico, al estabilizar las células del miocardio.

Nombre genérico: Manitol

Nombre comercial: Manitol osmofundina

Clasificación: Diurético osmótico

Indicaciones: Reducción de la presión intracraneal asociada a edema cerebral, oliguria o fracaso renal agudo

Mecanismo de acción: Eleva la osmolaridad de la sangre, lo que aumenta el gradiente osmótico entre la sangre y los tejidos, facilitando de este modo el flujo de fluido fuera de los tejidos, incluyendo el cerebro y el ojo, así como en el líquido intersticial y la sangre. Esta actividad reduce el edema cerebral, la presión intracraneal, la presión del líquido cefalorraquídeo, y la presión intraocular.

Nombre genérico: Metamizol

Nombre comercial: Dipirona

Clasificación: Analgésicos, pirazonas (Dolor y fiebre)

Indicaciones: Para el dolor severo, dolor postraumático y quirúrgico, cefalea, dolor tumoral, reducción de la fiebre, asma, dolor espasmódico asociado con espasmos del músculo liso como cólicos en la región gastrointestinal, tracto biliar, riñones y tracto urinario inferior.

Mecanismo de acción: El mecanismo de acción de dipirona se relaciona con la inhibición de síntesis de las dos isoformas de las ciclooxigenasas (COX-1 y COX-2) a nivel periférico, reduciendo la actividad de nociceptores sensibles a la activación del dolor y activando las vías inhibitorias del dolor, por lo que se obtiene un efecto analgésico. A su vez, por medio de la activación de la vía de óxido nítrico-GMPcíclico-canales de potasio, se activa un grupo de enzimas para la síntesis de GMPc (Guanosin monofosfato cíclico), que lleva una hiperpolarización de la neurona primaria, lo que provoca desensibilización y relajación del musculo liso; generándose un efecto antiespasmódico.(Bastidas, 2015).

Nombre genérico: GINGISONA L NF Solución

Nombre comercial: Bencidamida

Clasificación: Antiinflamatorio, analgésico, antibiótico.

Indicaciones: Gingivitis, estomatitis pseudomembranosa, aftas, encías hemorrágicas, ulceraciones de la cavidad gingivobucal, alveolitis, piorrea alveolar

Mecanismo de acción: Difunde a través de las membranas celulares y forma complejos con receptores citoplasmáticos específicos; estos complejos penetran en el núcleo de la célula, se unen al DNA (cromatina) y estimulan la transcripción del mRNA y la posterior síntesis de varias enzimas, que son las responsables en última instancia de los efectos de los corticosteroides sistémicos. Sin embargo, estos agentes pueden suprimir la transcripción del mRNA en algunas células (por ejemplo, linfocitos). Disminuye o previene las respuestas del tejido a los procesos inflamatorios (Lab.Cofana, 2016).

Nombre genérico: Mupirocina

Nombre comercial: Bactroban, Plasimine

Clasificación: Antibiótico tópico

Indicaciones: Para el tratamiento de infecciones de la piel y la estructura de la piel (por ejemplo, impétigo, eczema con una infección secundaria, foliculitis, o heridas de la piel infectadas) por microorganismos sensibles como *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*.

Mecanismo de acción: La mupirocina es bacteriostática a bajas concentraciones y bactericida en altas concentraciones. Antibiótico de amplio espectro, inhibe la síntesis bacteriana de proteínas mediante la ligazón específica y reversible a isoleucil – tRNA sintetasa.

Apéndice 2: Guía de valoración

UCI – pediátrica

DATOS GENERALES	
NOMBRE DEL PACIENTE:	_____
FECHA DE NACIMIENTO:	_____
EDAD:	SEXO: _____
H.C:	Nº CAMA: _____
PROCEDENCIA:	_____

<p>DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD: Estado de higiene: Bueno () Regular () Malo () Baño: Si () No () Inmunizaciones: Si () No ()</p> <p>DOMINIO II: NUTRICIÓN Clase: 1 Ingestión 2 Digestión 3 Absorción 4 Metabolismo</p> <p>Estado nutricional: Normal () Riesgo () Obeso ()) Adelgazado () Bajo peso () Marasmo () Apetito: Normal () Disminuido () Náuseas () Vómitos () Regurgitaciones () Características..... Alimentación: NPO () LME () FM () AC () DB () DC () NPT () Dificultad para deglutir: SI () NO () Uso de: SNG/SOG/STA : SI () NO () Clampada () Abierta () Drenaje () características.....</p> <p>Abdomen: Blando () Depresible () Distendido () Tenso () Globuloso () Doloroso ())</p> <p>RHA: Presentes () Disminuido () Aumentados ()</p> <p>Clase 5: Hidratación Piel y mucosas: Húmeda () Seca () Edema () Signo de Pliegue () Hidratación: Enteral () EV () Tipo.....</p>	<p>Clase 2: Sistema Gastrointestinal Hábitos Intestinales: Normal () Incontinencia () Diarrea () Caract.....Frec.....Estreñimiento () Ostomia () Deposiciones: Amarillo () Melena () Líquido () Semilíquido () Pastoso () Grumoso ()</p> <p>Clase 4: Sistema Pulmonar Respiración: MV ACP : Si () No () Roncos () Sibilantes () Crepitos () Tiraje () Signos: Cianosis () Agitación () Aleteo nasal () Disnea () Uso de músculo accesorios () Gasometría: Acidosis () Alcalosis () tipo:</p> <p>DOMINIO IV: ACTIVIDAD Y REPOSO Clase 1: Reposo y Sueño Normal () Tranquilo () Intervalos () Clase 2: Actividad y ejercicio Movilidad de miembros: Superiores () Inferiores () Contracturas () Paraplejia () Flacidez () Parecía () lugar Fuerza muscular: Conservada () Hipotonía () Hipertonía () Aditamentos: Férula () Yeso () Tracción () Zona.....</p> <p>Clase 3: Equilibrio de la energía: Fiebre Si () No () Clase 4: Respuestas cardiovasculares respiratorias: Frecuencia Cardíaca: Rítmica () Bradicardia () Taquicardia () Arritmia () Piel: Normal () Pálida () Cianótica () Rosada () Marmórea () Hematomas () equimosis () Diaforético ()</p> <p>Clase 4: Cognición Confuso: Si () No () Agitación Psicomotriz () Clase 5: Comunicación Alteración del habla: Si () No () Ausente por sedación () TET () TQT ()</p> <p>DOMINIO VI: AUTO PERCEPCION Clase 1: Autoconcepto; Clase 2: Autoestima; Clase 3: Imagen corpora Participación en el cuidado del niño: Si () No ()</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DOMINIO III: ELIMINACION

Clase 1: Sistema Urinario

Hábitos Vesicales: Normal () Globo vesical ()
 Incontinencia () Oliguria () Anuria () Poliuria ()
 Colúrica () Hematúrica () Sedimentada () Uso de pañal
 () Sonda vesical () Espontáneo ()

Llenado capilar: >3seg () <3seg ()

Presión Arterial: Normal () Hipotenso () Hipertenso ()

Actividades respiratorias:
 Normal () Bradipnea () Taquipnea () Disnea ()
 otros.....

Ventilación: Espontánea () Cánula binasal () MR () MV ()

TET () TQT () CPAP () VM 18 () BPAP () VAFO ()

Oxígeno por tubo en T ()

Clase 5: Autocuidado:

Dependiente () Independiente ()

Grado de dependencia: I () II () III () IV ()

DOMINIO V: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Clase 1: Atención; Clase 2: Orientación; Clase 3: Sensación y Percepción:

Orientado () Desorientado () Sedado ()
 Activo () Reactivo () Hipoactivo () Irritable ()
 Deprimido () Comatoso () Secuestrado () Sedado ()
 Relajado ()

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas ()

OD > OI ()

OD < OI ()

Reflejo corneal: Si () No ()

Escala de Glasgow: Lactante

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 4	Baluceo 5	Mov. Espont. 6
Al hablarle 3	Llanto Irritable 4	Retira al tacto 5
Al dolor 2	Llanto al dolor 3	Retira al dolor 4
Ninguno 1	Se queja al dolor 2	Flexión anormal 3

Aceptación en el tratamiento:

Si () No ()

Reacción frente a la enfermedad:

Temor () Ansiedad () Apatía () Aceptación () Indiferencia ()

DOMINIO VII: ROL/RELACIONES

Clase 1: Rol del Cuidador; Clase 2: Relaciones

Familiares

Reacción de padres: Indiferencia () Rechazo ()

Aceptación () Preocupación () Negación () otros.....

Visita: Si () No () Frecuencia.....

Fuente de apoyo: Familia () Otros () observaciones.....

Temor () Ansiedad () Apatía () Normal ()

Lesiones de Piel: Si () No ()

Úlceras de presión: Si () No ()

Grado de Úlcera: I () II () III () IV ()

Herida Cx: Lugar..... Secreción.....

Característica.....

Eritema de pañal:

Si () No ()

Leve () Moderado () Severo ()

Vía aérea: Permeable () Secreciones ()

Características.....

Uso de Barandas. Si () No ()

Sujeción Mecánica: Si () No ()

Riesgo o Suicidio: Si () No ()

Sangrado: Si () No () lugar.....

Termorregulación: Hipertermia () Hipotermia ()

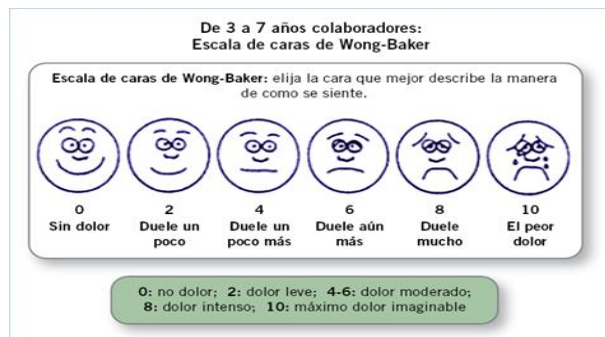
Normotermia ()

DOMINIO XII: CONFORT

Clase 1: Confort Físico; Clase 2: Confort Ambiental

Dolor/molestias: Si () No () Flebitis () Lugar

Evaluación del dolor: Según Wong-Baker;



	Sin respuesta 1	Ext. Anormal 2
		Sin respuesta 1

Puntaje Total: _____

Escala de Glasgow: Pre- Escolar

Apertura ocular	Verbal	Motor
Espontáneo 4	Orientado 5	Obedece órdenes 6
Al hablarle 3	Confuso 4	Localiza el dolor 5
Al dolor 2	Inapropiado 3	Retira al dolor 4
Ninguno 1	Sonido inespec. 2	Decorticación 3
	Ninguno 1	Descerebración 2
		Ninguno 1

Puntaje Total: _____

Escala Ramsay:

Nivel	Definición
1	Paciente ansioso, agitado, intranquilo o ambos
2	Paciente cooperativo, orientado y tranquilo
3	Paciente dormido con respuesta a las órdenes
4	Dormido con breve respuesta a la luz y el sonido
5	Dormido con solo respuesta al dolor
6	Sin respuesta a estímulos incluido el dolor fuerte

DOMINIO VIII: SEXUALIDAD

Género: Masculino () Femenino ()

**DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO/
TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Clase 2: Respuestas Afrontamiento:

Conducta del niño:

Normal () Apatía () Agresivo () Tímido () Inquieto ()
Tristeza () Otros

Clase 3: Estrés Neurocomportamental:

Aumento del perímetro cefálico: Si () No ()

Signos: Irritabilidad () Nervioso () Inquieto ()
Movimientos desordenados ()

DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES

Clase 3: Religión:

Católico () Evangélico () otros.....

DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCION

Clase 1: Infección; Clase 2: Lesión Física; Clase 3: Violencia; Clase 4: Peligros Ambientales; Clase 5: Procesos Defensivos; Clase 6: Termorregulación

Procedimientos Invasivos:

CVP () CVC () PIC () Dren.....

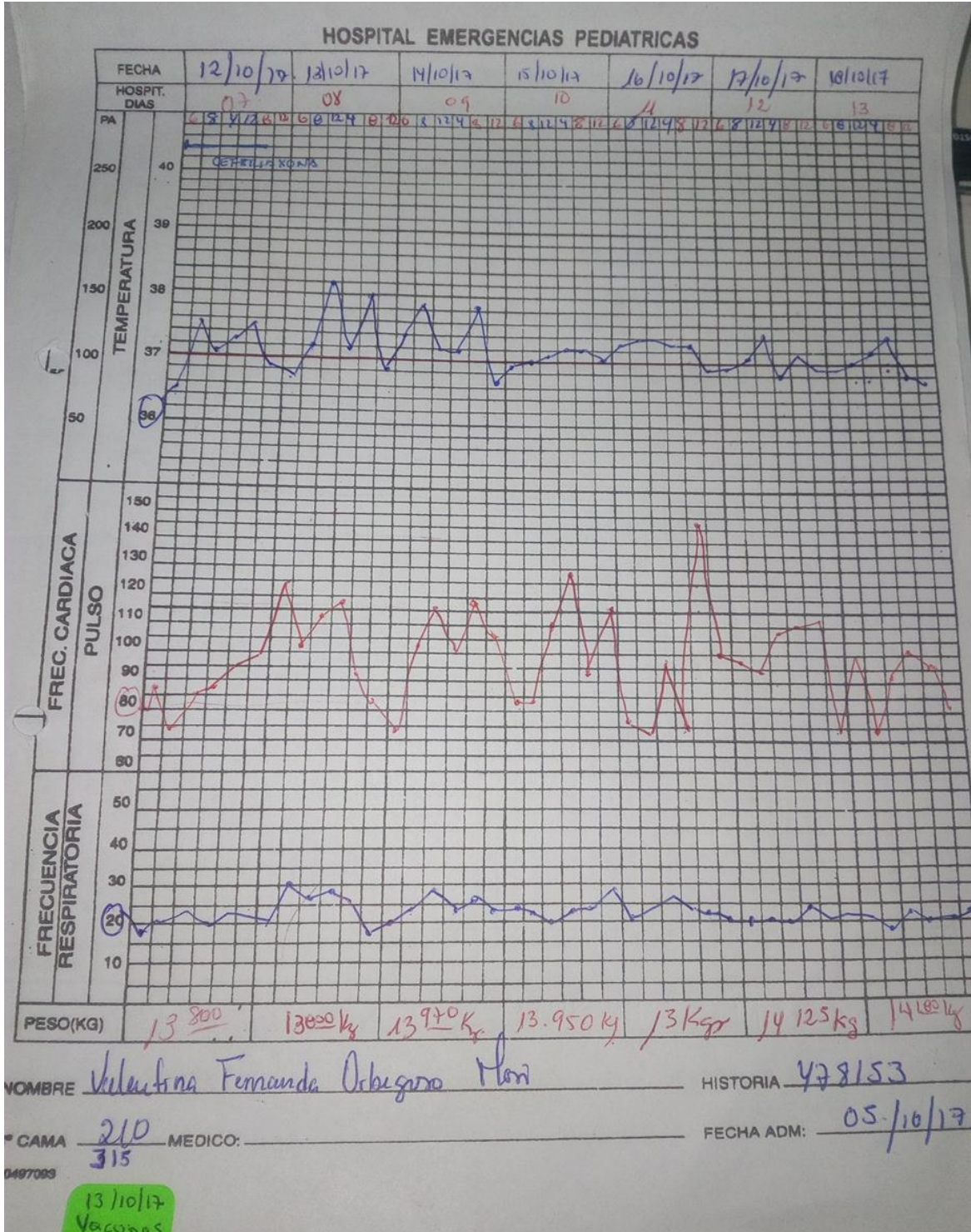
SDVP () SDVE () VAS () CO2 () TET () TQT ()

GTT () SV () SOG () SNG () Otros.....

Integridad piel y mucosas:

Escala de braden Q.....pts.

Apéndice 3: Hoja de monitorización de funciones vitales.



Apéndice 4: Kardex de enfermería



ALERGIAS SI () NO (X)
especificar: _____

KARDEX DE ENFERMERIA
SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS



SIS (X) SOAT () PART ()

Departamento de Enfermería

NOMBRES Y APELLIDOS: Valentina Delgado Mendi H.C.: 47653 Nro. CAMA: 210

EDAD: 2 años SEXO: F PESO INGRESO: 14 kg F. INGRESO: 5/X/17 F. EGRESO: _____



DIAGNOSTICO MEDICO INGRESO: Dic HSA / Snd. Convuls DIAGNOSTICO MEDICO ACTUAL: _____

FORMULA: Le 1/2 + 5/ 250 8-8-8

DIETA: Dieta blanda A-C

FINICIO	MEDICACION	FECHA			HORARIO	FECHA			HORARIO	FECHA			HORARIO
		DOSIS	VIA	FREC		DOSIS	VIA	FREC		DOSIS	VIA	FREC	
5/X/17	Ranitidina	15g	EV	q/12h	8/X/17								
5/X/17	Hydroxyzol	300g	EV	q/6h	8/X/17								
5/X/17	Mylandel 20g	35g	EV	q/4h	8/X/17								
5/X/17	epifenona	725g	EV	q/12h	8/X/17								
7/X/17	Vancomicina	200g	EV	q/6h	8/X/17								
8/X/17	Dexametazon	1.15g	EV	q/6h	8/X/17								
5/X/17	Fentone	50g	EV	q/12h	8/X/17								
8/X/17	Metaxolol	18ml	EV	q/6h	8/X/17								
8/X/17	Metaxolol	300g	EV	PRN	8/X/17								

Apéndice 5: Carnet de vacunas



Ministerio de Salud

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA

N° HC: **40326** N° Carpeta FAM: _____
 Cod. de Afiliación: _____
 Fecha de Nacimiento: **14 FEB 14** CUI/DNI: **78486811**
 Nombres y Apellidos: _____
 - De la Niña: **ORBEGOSO MORI Valentina**
 - De la Madre: **ALICIA MORI CERNADNI: 41440319**
 - Del Padre: **JUSTO ORBEGOSO PAREDES DNI: _____**
 Dirección: **"EL ARENAL"**
 E-mail: _____ Teléfono: _____
 Establecimiento: **U. d. PEDRO TABOIA "ALICIA" MARQUEZ**
 Programa de Apoyo Social: _____

VACUNACIÓN (Anotar Fechas):

Tuberculosis (BCG):	(Recién Nacido)	14-02-2014
Antihepatitis (HvB):	(Recién Nacido)	14-02-2014
Antipolio:	(OPV ó IPV*)	*Condición Especial
Fechas de las próximas dosis:		
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)
17-06-14	14-07-14	14-08-14
Pentavalente:	(DPT + Hib + HvB)	
Fechas de las próximas dosis:		
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)
15-04-14	17-06-14	14-08-14
Neumococo:	menor de 1 año	1 año
Fechas de las próximas dosis:		
1ra (3 meses)	2da (5 meses)	3ra (12 meses)
15-04-14	14-07-14	20-03-15
Rotavirus:		
Fechas de las próximas dosis:		
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	
15-04-14	17-06-14	
Influenza:	1er Año	
Fechas de las próximas dosis:		
1ra (7 meses)	2da (8 meses)	
16-09-14	19-01-15	
Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR):	Antiamarílica:	
12 Meses	15 Meses	26/05/2015
1er. Refuerzo DPT+ Hib (18 meses ó 6 meses después de la 3era Pentavalente):		2do. Refuerzo DPT (4 años) Refuerzo SPR (4 años)
14-08-15		