

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
PORTADORES DE CATÉTER VENOSO CENTRAL TUNELIZADO
TRANSHEPÁTICO CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO EN EL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS; LIMA - 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

JUANA EDITH MANTILLA SALAZAR

Callao - 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES VOCAL

ASESORA: DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 014-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 02 de Febrero del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Al personal de Pediatría General y Especialidades del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins por su loable labor, entrega y dedicación a la atención de sus pequeños pacientes,

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la oportunidad de dedicarme a esta noble misión, en la atención de salud.

A mis amados padres, por su apoyo permanente e incondicional.

A mi amado esposo, por ser mi soporte y mi motivación al igual que mis queridos hijos.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por impartirme los conocimientos necesarios para lograr mi especialidad.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	5
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	8
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	8
2.1.2. Antecedentes Nacionales	13
2.2. BASE TEÓRICA.....	15
2.2.1. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem	15
2.2.2. Teoría de Virginia Henderson.	17
2.3. BASE CONCEPTUAL:.....	18
2.3.1. Catéter venoso central.....	18
2.3.2. Cuidados de enfermería en los accesos vasculares	20
2.3.3. Nutrición parenteral.....	24
2.3.4. Síndrome de intestino corto	25
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	25
CAPÍTULO III.	27
3.1. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	27
3.2 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	28
3.2.1. VALORACIÓN:.....	28
3.2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	40
3.2.3. PLANIFICACIÓN	42

3.2.4. EJECUCION Y EVALUACION	49
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS.....	55

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la ciencia avanza con pasos agigantados y los profesionales de la salud están a la vanguardia de esos avances. El uso del Catéter Venoso Central por parte de enfermería no está ajeno a estos avances. Los dispositivos intravenosos periféricos y centrales están bajo el cuidado y manejo del profesional de enfermería, por lo que debemos estar capacitados y preparados para manejar estos dispositivos intravenosos.

Las complicaciones infecciosas (contaminación, infección local y sepsis relacionada con catéter), representan el mayor problema relacionados con los dispositivos intravenosos. Los gérmenes pueden llegar al catéter a través de diferentes vías, para mantener un buen funcionamiento de los dispositivos intravenosos, se requiere mejorar la calidad de cuidados por parte de enfermería y reducir la tasa de infección. Es necesario que los enfermeros tengamos protocolizado el manejo y cuidado de estas vías venosas tan importantes en la vida de los portadores de estos dispositivos.

En el caso del síndrome de intestino corto es necesario del uso de estos dispositivos intravenosos para la administración de nutrientes que el niño necesita para vivir, a pesar de que esta patología es una enfermedad poco común, causada por diversas razones que están asociadas a una morbilidad y mortalidad significativas; así como la calidad de vida reducida y a elevados costos de atención. (1)

En el servicio de pediatría del hospital Edgardo Rebagliati Martins, se reciben algunos casos de síndrome de intestino corto, a quienes se les aplican dispositivos intravenosos como catéteres venosos tunelizados, algunos de estos pacientes han fallecido debido a una infección generalizada a raíz de la contaminación de dichos dispositivos, por lo que se hace necesario ahondar en mejorar los cuidados de este tipo de pacientes.

Para el presente trabajo se ha seleccionado un caso específico que corresponde a un paciente pediátrico con diagnóstico de síndrome de intestino corto, que fue intervenido en nuestro servicio a quien en algún momento se le colocó un catéter venoso central tunelizado transhepático, debido a la dificultad de lograr otro acceso

en esta oportunidad se hizo un buen manejo y se culminó con el retiro del mismo en buenas condiciones. Se recolectó la información de este paciente de los diferentes especialistas que atendieron este caso, así como entrevistas e historias clínicas.

Es por ello que se propone el presente trabajo, denominado “Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos portadores de catéter venoso central tunelizado transhepático con síndrome de intestino corto en el servicio del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins”, El objetivo de este trabajo es dar las pautas necesarias para un adecuado cuidado de los dispositivos intravenosos, en sus diferentes formas, este trabajo está basado en la teoría de Dorotea Orem, así como también la teoría de Virginia Henderson en la aplicación de diagnósticos de enfermería para la realización de los planes de cuidado, según NANDA NIC NOC (2018-2020).

Este trabajo consta de los siguientes capítulos, Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación con la Situación Problemática, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El síndrome de intestino corto (SIC) en la especialidad de pediatría es una enfermedad de baja incidencia, aunque en nuestro país no se cuentan con muchos datos, se tiene una incidencia de alrededor de 24 casos de cada 100,000 recién nacidos vivos, siendo de muy alta morbilidad (2).

La etiología en pediatría es neonatal, en la mayoría de los casos, debida a resecciones intestinales secundarias a malformaciones digestivas congénitas o a enteritis necrosante. Los casos más graves de síndrome de intestino corto cursarán con falla intestinal, condición clínica caracterizada por grave malabsorción de fluidos, electrolitos, macro y micronutrientes, y, por lo tanto, estos pacientes serán dependientes de nutrición parenteral. Dicha falla puede ser reversible o irreversible, dependiendo de diferentes factores, tales como la causa del síndrome de intestino corto; y la anatomía del intestino remanente, su longitud, su función, y el tratamiento médico y quirúrgico instituido. Los objetivos de tratamiento de la falla intestinal en pediatría son sustentar el crecimiento y el desarrollo normal del niño, minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a su patología de base y a la nutrición parenteral, y alcanzar el mejor nivel de calidad de vida. En este proceso, el foco está puesto en lograr la adaptación intestinal para alcanzar la autonomía enteral, en el menor plazo posible y en la mayoría de los pacientes. En los últimos años, se ha comprobado que el abordaje de este grupo de pacientes por un equipo interdisciplinario de expertos enfocados en la rehabilitación intestinal mejora los resultados a corto y a largo plazo. Si bien no existe evidencia suficiente sobre diferentes aspectos del abordaje médico o de las indicaciones quirúrgicas en el síndrome de intestino corto pediátrico, creemos que es de gran utilidad contar con un documento desarrollado por expertos en el tema, que sirva para unificar definiciones y criterios de abordaje, que sea de utilidad para los profesionales que asisten a estos niños, para los pacientes y sus familias, para las instituciones y para los financiadores involucrados en los tratamientos. (3)

Un estudio en la División de Cardiología Pediátrica, Departamento de Pediatría y Enfermedades Transmisibles, Universidad de Michigan C.S. Mott Children's

Hospital Congenital Heart Center, se analizó la aplicación en 54 pacientes de 92 catéteres venosos centrales transhepáticos (63% hombres), con una edad promedio de 5.7 meses, con un total de 86 complicaciones durante 2,166 días. Las principales complicaciones fueron disfunción del cateterismo, desprendimientos, infección sistémica, trombosis, infección local y sangrado. (4)

Según estadísticas del MINSA, del año 2015, la incidencia del síndrome de intestino corto (SIC) es de aproximadamente 0.02 a 0.1% entre todos los nacidos vivos, de 0,5 a 2,0 % entre las admisiones neonatales en la unidad de cuidados intensivos y de 0,7 % entre los lactantes de muy bajo peso al nacer. Aproximadamente el 80 por ciento de síndrome de intestino corto en pacientes pediátricos se desarrolla durante el período neonatal. Las tasas de mortalidad estimadas para los bebés y niños con síndrome de intestino corto varían considerablemente, en función de las definiciones y causas del síndrome de intestino corto en las poblaciones muestreadas. La mayoría de las estimaciones de mortalidad son entre 20 y 40%, siendo el 60% atribuida a muertes por insuficiencia hepática. En un informe del Consorcio de insuficiencia intestinal Pediátrica, el 27 % murió, el 26 % se sometió a trasplante intestinal, finalmente el 47% suspendieron la nutrición parenteral (NP). La nutrición parenteral es el factor de riesgo más importante para la enfermedad hepática en niños con síndrome de intestino corto. Por lo tanto, el manejo óptimo del síndrome de intestino corto para reducir la necesidad de nutrición parenteral es esencial. (5)

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, área de pediatría general y especialidades, se reciben entre 3-5 pacientes en forma simultánea con diagnóstico de intestino corto, con una alta tasa de mortalidad y con diversas complicaciones tanto en su colocación, así como en su cuidado. De estos pacientes, entre 1 y 2, tuvieron la necesidad de instalarles catéteres venosos centrales transhepáticos.

Es por ello, que se hace necesario conocer las diversas complicaciones que se pueden suscitar en estos procedimientos y tener en cuenta los cuidados respectivos para evitar malos funcionamientos, contaminaciones, sangrado, entre otros. Estos procedimientos y mejora en los cuidados, incluye una minuciosa atención a los detalles, la administración de antibióticos, productos sanguíneos, cierre del tracto y

otras acciones que permitan un adecuado funcionamiento de los catéteres y un mejor estado de salud del paciente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En el sentido indicado, el presente trabajo académico se fundamenta en los siguientes antecedentes.

2.1.1. Antecedentes Internacionales

IBARRA, A. MONAR, B. (2017) Guayaquil-Ecuador; en su estudio titulado “Cuidados de enfermería en el control de catéteres venosos centrales en la Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital del norte de la ciudad en el año 2017”, **Objetivo:** determinar los cuidados de enfermería en el control de los catéteres venosos centrales; **Método:** prospectivo, descriptivo y cuantitativo, siendo su población 47 enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos, utilizando como instrumentos un cuestionario, y guías de observación directa e indirecta. **Resultados:** obtenidos en la encuesta el 100% manifiesta realizar todas las actividades necesarias para los cuidados del catéter venoso central, así también como al mantenimiento del dispositivo de acceso venoso. Mediante la observación indirecta dio como resultado que el 64% de enfermeros garantiza una manipulación aséptica durante el cuidado del catéter venoso central, mientras que el 36% no lo realiza; también se observó que el 79% no lava la llave de la vía antes y después de administrar la medicación. Se obtuvo que el lugar de inserción más frecuente en un 70% fue en la zona subclavia, y dentro de las complicaciones asociadas el 23% fue de origen infeccioso, y el 10% por desvío de catéter. Otro de los resultados muestra que el 15% del personal que labora en el área de cuidados intensivos no mantiene una técnica de asepsia, ni observa signos y síntomas asociados a infección. **Conclusión:** que es necesario los conocimientos y el adecuado manejo en los cuidados del catéter venoso central después de ser colocado en el paciente; los cuales dependerán del rol de la enfermera, para prevenir complicaciones y

progresar en acciones que aseguren una buena práctica ayudando a disminuir la estancia hospitalaria. (6)

VÁSQUEZ C., GARCIA W., JUÁREZ H., CÁCERES S., MORALES D., PÉREZ A. (2016). En su tesis denominada “Infección en Catéter Venoso Central y Factores de Riesgo”, realizado en el Hospital Central San Juan de Dios, Guatemala; mayo 2016. **Población y métodos:** Estudio descriptivo longitudinal prospectivo, realizado en 100 pacientes de 15 a 70 años con catéter venoso central cultivado y revisión sistemática de expediente médico. **Resultados:** del total de pacientes 51% femenino, 49% masculino; 82% cultivos positivos: 22% *Acinetobacter baumannii* / *haemolyticus*, 14% *Staphylococcus epidermidis*, 9% *Pseudomonas aeruginosa*. Factores de riesgo: 31% Diabetes Mellitus, 28% Insuficiencia Renal; 15.5 promedio de días catéter; localización: 88% subclavio, 10% yugular; médico que colocó catéter: 97% residente, 3% especialista; servicio hospitalario: 93% emergencia, 5% encamamiento; 82% utilizó terapia antimicrobiana. Características clínicas de infección de CVC: 33% eritema, 23% calor local y 23% fiebre. La tasa de infección de CVC fue 52.82 por 1,000 días catéter. **Conclusiones:** Las infecciones de CVC son causa importante de morbilidad, ya que se presentan en 8 de cada 10 pacientes. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia: *Acinetobacter baumani* / *haemolyticus* (multirresistente), *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*. Factores de riesgo: Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica y días catéter. La tasa de infección de CVC es 20 veces mayor que la tasa estándar aceptada a nivel latinoamericano. (7)

DR.C. YDALSYS NARANJO HERNÁNDEZ (2017). Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus. Cuba. **Fundamento:** Dorothea E. Orem presenta su “teoría del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. **Objetivo:** Fundamentar la aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem en el entorno de la gestión del cuidado. **Conclusiones:** Esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad,

en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud. **Palabras clave:** Modelos de enfermería; teoría de enfermería; autocuidado; atención de enfermería; ética en enfermería. (8)

BRIAN A. BOE; JEFFREY D. ZAMPI Y OTROS; “Catéteres venosos centrales transhepáticos en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita”, (2015) **Objetivos:** Los pacientes con cardiopatía congénita pueden tener vías de acceso venoso limitados como resultado de múltiples catéteres venosos centrales, intervenciones quirúrgicas y procedimientos de cateterismo. El acceso venoso no convencional incluye el catéter venoso central transhepático. Evaluamos el catéter venoso central transhepático colocado en pacientes con cardiopatía congénita y factores de riesgo asociados con complicaciones y resultados. **Diseño:** Los datos demográficos, de procedimiento y de complicaciones se recopilaron retrospectivamente en todos los pacientes que se sometieron a la colocación de catéter venoso central transhepático en nuestro centro durante los últimos 10 años. Se colocaron un total de 92 catéteres venosos centrales transhepáticos en 54 pacientes (63% pacientes varones). La mediana de edad y peso de la población de pacientes fue de 5,7 meses y 5,5 kg, en sentido contrario. **Mediciones y resultados:** Se produjo una colocación exitosa del catéter en el 96% de los casos con una mediana de tiempo de procedimiento de 54 minutos con una tasa de complicaciones del procedimiento del 14%. Un total de 86 complicaciones ocurrieron en 54 pacientes y 92 catéteres colocados durante 2.166 días de catéter (39,7 complicaciones por 1.000 días de catéter). Las tasas de complicaciones individuales por 1.000 días de catéter incluyeron disfunción del cateterismo (14,8), desprendimiento (8,8), infección sistémica (5.1), trombosis (4.2), infección local (3.7) y sangrado (3.2). Dos complicaciones contribuyeron a la muerte de los pacientes. Los factores asociados con el desarrollo de complicaciones incluyeron catéteres venosos de poliuretano central ($p = 0,03$) y duración del catéter al menos 21 días ($p = 0,004$). La mortalidad global en esta población fue del 50% con una mediana de duración de la

hospitalización de 49 días. **Conclusiones:** Los catéteres venosos centrales transhepáticos representan una opción viable para los pacientes con acceso limitado. El cateterismo de poliuretano y la duración del catéter al menos 21 días se asocian con un aumento de las complicaciones del catéter venoso central transhepático. Aunque las tasas de complicaciones son más altas que de los catéteres venosos centrales tradicionales, la larga duración de la hospitalización y las altas tasas de mortalidad en esta población de pacientes atestiguan sus riesgos de malos resultados, independientemente del acceso venoso. (4)

RUIZ, ANA. En su trabajo “Síndrome de intestino corto en la población infantil: pronóstico y resultados”, realizado en el Hospital Infantil La paz (Madrid-España), (año 1990 – 2006) **Resumen:** El Síndrome de Intestino Corto es el cuadro clínico de mala absorción intestinal como consecuencia de una resección intestinal extensa. **Objetivo:** conocer la evolución clínica de los niños con síndrome de intestino corto en España e identificar los factores asociados al proceso de adaptación intestinal. **Metodología:** descriptivo retrospectivo que incluye todos los pacientes diagnosticados de síndrome de intestino corto en el Hospital Infantil La Paz, (n = 85). El estudio muestra que la tasa de Adaptación Intestinal en niños con síndrome de intestino corto es alta (64%), con una tasa de supervivencia global cifrada en un 71%. Los factores predictivos de evolución del paciente con síndrome de intestino corto hacia la Adaptación Intestinal y asociados a una mayor tasa de supervivencia son: mayor longitud de intestino residual; inicio precoz de la nutrición enteral; mayor proporción de calorías vía enteral versus vía parenteral inicialmente, y la ausencia de hepatopatía. **Conclusiones:** La CAUSA más frecuente de Síndrome de Intestino Corto es la enterocolitis necrotizante. El síndrome de intestino corto de origen NEONATAL se asocia a una mayor tasa de mortalidad y desarrollo de hepatopatía (63%). Un alto porcentaje de los pacientes padecían un Intestino corto extremo con un segmento yeyuno-ileal inferior a 38 cm (61%). El trasplante intestinal es a futuro una buena opción terapéutica. La presencia de hepatopatía empeora el pronóstico del enfermo con síndrome de intestino corto, La mayor duración de la Nutrición Parenteral no se asocia con aumento de la incidencia de

disfunción hepática. La tasa de adaptación intestinal en pacientes es alta (64%). (9)

PINO, P. 2012. “Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría”.

Introducción. La determinación adecuada de la carga laboral en enfermería debe ser real, para ello, las actividades deben estar registradas en un plan de enfermería y contextualizadas en base a un modelo teórico de la disciplina, dado que el diagnóstico médico no explica las cargas de trabajo. Siendo, el servicio de pediatría especialmente complejo debido al nivel de dependencia de los pequeños pacientes y al trabajo conjunto con sus familias. **Objetivo.** Determinar la aplicación de la teoría de Henderson durante el proceso de enfermería, realizar un análisis de la atención observada en el servicio de pediatría y definir estrategias para implementar cuidados avanzados en enfermería. **Metodología.** Para la obtención de los datos se aplicó el método de observación participante constructivista, ejecutado por una observadora vinculada al servicio de pediatría durante 6 años. **Resultados.** Se consideran las 14 necesidades básicas de Henderson en el servicio de pediatría, durante la valoración del paciente. Sin embargo, en la planificación y ejecución de los cuidados son tenidas en cuenta sólo las primeras 9 necesidades, dejando de lado las necesidades de comunicación, religión, adaptación, recreación y educación. **Conclusión.** El adecuado uso de una hoja de registros en base a la teoría de Henderson que incluyan todas las etapas del proceso de enfermería, junto a una gestión previa de sensibilización y capacitación que guie a las enfermeras a utilizar el modelo en el cuidado de sus pacientes incluyendo a la familia en los cuidados, permitiría a todos los profesionales implementar cuidados avanzados en enfermería en el servicio de pediatría. (10)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

HERRERA K. Piura – Perú (2019). En su estudio “conocimiento en el manejo de catéter venoso central en enfermeras de los servicios críticos del hospital III José Cayetano Heredia – Piura Abril 2019” **Objetivo.** -Identificar el conocimiento en el manejo de catéter venoso central en enfermeras de los servicios críticos del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura - Abril 2019. **Metodología.**- Estudio de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo de corte transversal y prospectivo; como muestra se tuvo a 37 profesionales de enfermería que tienen un tiempo de permanencia mayor a 6 meses, que trabajen en los servicios críticos del hospital III José Cayetano Heredia los cuales son UCI (unidad de cuidados intensivos), UCE (unidad de cuidados especiales), trauma shock y reposo I ; la técnica utilizada fue la encuesta y se utilizó como instrumento un cuestionario elaborado por la investigadora previamente validado y evaluado su confiabilidad. **Resultados.** – las enfermeras que participaron en el estudio, en un 86.5% presentaron conocimientos altos; el 13.5% presentaron un conocimiento medio. En la dimensión Mantenimiento del catéter venoso central, el 73% presentaron un conocimiento alto, y el 27% un conocimiento medio. Con respecto a la dimensión de Administración de soluciones por vía central el 91.9% presentaron un conocimiento alto y el 8.1% un conocimiento medio. Según la dimensión riesgos y complicaciones del catéter venoso central, el 84.1% presenta un conocimiento alto y el 15.9% un conocimiento medio. En términos generales, 86.5% demostraron tener un conocimiento alto, mientras que 13.5% mostraron un conocimiento medio, siendo el conocimiento en el nivel bajo el 0%. **Conclusiones.** - se llegó a la conclusión que más del 50% de la población encuestada tiene conocimiento alto. (9)

ARCE, P. en su trabajo “calidad del cuidado de enfermería y manipulación del catéter venoso central en pacientes renales del Hospital Nacional Dos de mayo”, 2018. **El objetivo** de la investigación fue determinar la relación que existe entre la calidad de cuidado de enfermería y la manipulación del catéter venoso central de alto flujo en pacientes renales del Hospital Nacional Dos de Mayo. **Metodología:** Investigación tipo cuantitativa, descriptivo de diseño

correlacional. La muestra se constituyó de 14 profesionales de enfermería. Como instrumento se utilizó la ficha de cotejo para ambas variables con confiabilidad de K de Richardson del 0,714 y 0,706. **Resultados** el 57.14% presenta una calidad de cuidado regular, el 21.43% presenta una calidad buena y otro 21.43% una calidad mala. Asimismo, el 42.86% presenta una manipulación del catéter venoso central regular, el 35.71% presenta una manipulación mala y solo el 21.43% presenta una manipulación buena. Se concluyó que existe relación directa entre la calidad de cuidado de enfermería y la manipulación del catéter venoso central de alto flujo. Se recomendó a la jefa de enfermería mantener la capacitación constante del personal de enfermería encargada de la manipulación del catéter venoso central del paciente renal, en cuanto a protocolos y la calidad del cuidado con un enfoque humanizado que este tipo de pacientes requiere. (10)

NAKACHI, G., ALVARADO M., SANTIAGO, M. SHIMABUKU, R. en su artículo "Disminución de las infecciones asociadas al catéter venoso central mediante intervenciones sencillas y de bajo costo, en una unidad de cuidados intensivos pediátricos", 2017. Lima. Objetivo. Disminuir las infecciones intrahospitalarias del torrente sanguíneo asociadas al catéter venoso central (ITS-CVC) mediante la aplicación de intervenciones sencillas de bajo costo basadas en evidencias, en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Diseño. Estudio prospectivo de cohorte. Institución. Unidad de Cuidados Intensivos, Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), Lima, Perú. Métodos. Se evaluaron todos los pacientes menores de 18 años con catéter venoso central (CVC) de 2007 a 2012. Se realizó una medida basal antes del inicio del proyecto del 2007 al 2010. Durante la duración del proyecto, del 2011 al 2012 se implementaron medidas sencillas y de bajo costo. Principales medidas de resultado. Tasa de infección del torrente sanguíneo asociado al catéter venoso central por 1 000 días catéter. Resultados. Durante el periodo preproyecto (2007-2010) se vigilaron 1 047 pacientes con Catéter venoso central durante 9 303 días de exposición al catéter venoso central; 60 hicieron infecciones del torrente sanguíneo asociados a catéter venoso central, con una tasa de incidencia anual promedio de 6,03 (10,01, 5,33, 3,28 y 5,49, respectivamente por año).

Durante el período del proyecto se vigilaron 267 pacientes, con 2 403 días de exposición con catéter venoso central; 4 pacientes presentaron infecciones del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central registrándose una tasa promedio anual de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central de 1,7%. Se estimó que en el 2011 se pudieron haber prevenido nueve infecciones del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central con un costo estimado de 338 364 soles por año. Conclusiones. La disminución de las infecciones del torrente sanguíneo asociado a catéter en la UCIP fue sostenida durante los meses de implementación del proyecto. Las medidas sencillas de bajo costo disminuyeron la tasa promedio anual de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter a 1,7. (13)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem

El autocuidado fue introducido por Dorothea E Orem en 1969. El autocuidado es una actividad que es aprendida por las personas, orientada hacia un objetivo determinado. Es una forma de actuar o conducta que existe en situaciones específicas de la vida, dirigida por las personas acerca de sí mismas, y orientada hacia los demás o hacia el entorno, para intervenir en los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su propia vida, salud o bienestar. (11)

La teoría determina los requisitos de autocuidado, que son un componente principal del modelo y forma parte de la valoración del paciente, el término “requisito” es usado en la teoría y definido como el conjunto de actividades que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

- Requisito de autocuidado universal.
- Requisito de autocuidado del desarrollo

- Requisito de autocuidado de desviación de la salud. (11)

Salcedo-Álvarez y colaboradores, plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar la brecha entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar esta brecha, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se eviten las desviaciones en la salud. (11)

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada persona para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. (11)

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que permite a los profesionales de la enfermería, herramientas para brindar una atención de alta calidad, en cualquier situación relacionada con la salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, incluso por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de enfermería. (11)

La toma de conciencia del autocuidado que necesita la persona afectada con alguna enfermedad en función de mejorar o mantener el estado de salud, a través de las distintas posibilidades que le brinda el personal de Enfermería, debe alimentarse de las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, que se puedan modificar o no, crear así el compromiso para conservar la salud y bienestar de las personas. (11)

Las formas de llevar a cabo el autocuidado dependen de cada persona y están influidos por los valores culturales del grupo social al que pertenece que condicionan su ejecución y la forma de hacerlo, requiere para ello de conocimientos. (11)

2.2.2. Teoría de Virginia Henderson.

“La teoría de Henderson es considerada una filosofía de enfermería. Para ella, todas las personas tienen capacidades y recursos para lograr la independencia y la satisfacción de las 14 necesidades básicas, a fin de mantener su salud”. Cuando dichas capacidades y recursos están disminuidas parcial o totalmente, durante la hospitalización las intervenciones deben ser planificadas y para ello se debe considerar tres causas que dificultan: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad. (12)

Cuando se utiliza la teoría de Henderson en el proceso de enfermería, se termina implementando estrategias para mejorar los cuidados en enfermería. (12)

Según Henderson, los cuidados de enfermería deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando el proceso de enfermería como método sistemático. Para ella, las 14 necesidades básicas humanas son las que determinan este proceso. Las enfermeras definirán si el paciente es independiente, parcialmente dependiente o totalmente dependiente, con respecto a las siguientes necesidades: (12)

- Respiración: respirar normalmente.
- Alimentación: comer y beber adecuadamente.
- Eliminación: eliminar los desechos corporales.
- Movilización: moverse y mantener posturas deseables.
- Descanso: dormir y descansar.
- Vestuario: seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- Termo-regulación: mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
- Higiene: mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
- Seguridad: evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.

- Comunicación: comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.
- Religión: rendir culto según la propia fe.
- Adaptación: trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.
- Recreación: jugar o participar en diversas formas de ocio.
- Educación: aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles. (12)

2.3. BASE CONCEPTUAL:

2.3.1. Catéter venoso central

Un catéter venoso central (CVC) es un dispositivo permanente que se inserta periféricamente en una vena central grande que puede ser la yugular interna, subclavia o femoral, y se avanza hasta que la luz terminal se encuentra dentro de la vena cava inferior, vena cava superior, o aurícula derecha. Estos dispositivos y técnicas se conocen como "vía central" o "acceso venoso central". En 1929 se describe por primera vez la colocación de un catéter venoso central. (13)

Se desarrollaron diversas técnicas y dispositivos de acceso para una variedad de indicaciones, que incluye diálisis, la administración de nutrición parenteral, plasmaféresis, administración de medicamentos, monitorización hemodinámica, quimioterapia, tratamientos de antibióticos y para intervenciones complejas adicionales tal es el caso de la colocación de marcapasos transvenosos. (13)

Es importante mencionar que el uso no se circunscribe solamente al ámbito hospitalario, sino también de forma ambulatoria.

Los catéteres venosos centrales tienen diversos usos, entre los que podemos mencionar:

- Administración de un tratamiento a largo plazo mediante medicamentos para las infecciones, el dolor, o el cáncer, o para suministrar nutrición parenteral. Un catéter venoso central tiene la

posibilidad de permanecer en su lugar durante mucho más tiempo que un catéter intravenoso, que administra medicamentos en una vena cerca de la superficie de la piel.

- Administrar medicamentos que afectan el corazón, de forma especial si se desea obtener una respuesta inmediata al medicamento.
- Administrar grandes volúmenes de sangre o líquido con rapidez.
- Tomar muestras de sangre en forma frecuente sin tener que "pinchar" constantemente.
- Recibir diálisis renal en caso de insuficiencia renal. (11)

Hay diversas formas de clasificar los catéteres venosos centrales. Según la duración se clasifican en dos grupos:

- Catéter de corta duración: menos de 30 días, pero en casos excepcionales se pueden usar en un mayor tiempo.
 - Catéter venoso central de inserción periférica.
 - Catéter venoso central no tunelizado, canalizados a través de la o mediante vena basilica o cefálica, hasta la aurícula derecha. yugular, la subclavia o la femoral.
- Catéter de larga duración: mayor a 30 días, insertados y retirados mediante cirugía.
 - Catéter venoso central tunelizado, Insertados en la yugular interna o subclavia. Tienen un trayecto subcutáneo entre la vena canalizada y el orificio de salida del dispositivo. Mediante el manguito de dacrón, se ancla al tejido celular subcutáneo.
 - Dispositivos intravasculares totalmente implantados (Porth), que es un catéter de silicona que accede a la vena subclavia o la cava superior, conectado a una cámara de silicona o poliuretano, con unos laterales de acero inoxidable o de titanio. Tiene una pared de látex que permite de mil a dos mil punciones. (11)

Otra forma de clasificación sería:

Vía de PICC. Una vía de catéter central introducido periféricamente o llamado también catéter central permanente percutáneo (PICC), por sus

siglas en inglés, es un catéter venoso central introducido en una vena del brazo en lugar de una vena del cuello o del pecho. (11)

Catéter tunelizado. Este tipo de catéter se introduce quirúrgicamente en una vena del cuello o del pecho y se pasa por debajo de la piel. Un extremo del catéter queda fuera de la piel. Los medicamentos se pueden administrar a través de una apertura en este extremo del catéter. Pasar el catéter por debajo de la piel ayuda a mantenerse mejor en su lugar, lo hace menos visible y le permite a usted moverse con mayor facilidad. (11)

Puerto implantado. Este tipo es similar a un catéter tunelizado, pero permanece debajo de la piel en su totalidad. Los medicamentos se inyectan en el catéter a través de la piel. Algunos puertos implantados contienen un pequeño reservorio que puede volver a llenarse del mismo modo. Después de llenarse, el reservorio libera lentamente el medicamento en el torrente sanguíneo. Un puerto implantado es menos evidente que un catéter tunelizado y requiere muy poca atención diaria. Tiene menos impacto en las actividades de una persona que una vía de catéter central permanente percutáneo (PICC) o un catéter tunelizado. (11)

2.3.2. Cuidados de enfermería en los accesos vasculares

Para garantizar un cuidado seguro por parte del profesional de enfermería, es importante que se determine y gestione el mejor dispositivo para el enfermo y se realice un manejo óptimo de dicho dispositivo. Es por ello que elaborar, disponer y seguir guías y procedimientos es de mucha ayuda en el manejo y adecuados resultados en la salud y vida del paciente.

A continuación, se presentan extractos de algunos de éstas guías y procedimiento que se pueden aplicar al presente estudio.

Cuidado del catéter venoso central tunelizado

Es el procedimiento especializado que incluye los cuidados que se deben tener en cuenta para el manejo del catéter venoso central tunelizado, con la finalidad de mantenerlo permeable y aséptico.

Aspectos epidemiológicos:

Los catéteres venosos centrales (CVC) son recomendables hoy en día como paso esencial para el uso de gran variedad de técnicas de seguimiento, monitorización y tratamiento, ayudan en el cuidado de los niños con enfermedades graves; frecuentemente su uso se relaciona con complicaciones infecciosas locales o sistémicas, siendo la más frecuente la infección del torrente sanguíneo, con consecuencias como hospitalización prolongada e incremento en morbilidad, mortalidad y costos.

Según información analizada, las infecciones de torrente sanguíneo asociadas al uso de catéter venoso central se vienen incrementando año a año, este incremento se debe a diversos factores asociados a la disponibilidad de insumos para el procedimiento, los cuidados de mantenimiento, así como prácticas estandarizadas.

Se calcula que cada año se producen más de 250,000 casos de infección del torrente sanguíneo asociados a catéteres centrales, variando entre 5 a 12 casos por cada mil días catéter. (15)

Factores de riesgo:

Los principales factores son los siguientes:

- Colonización de la piel debido a la migración de microorganismos en el lugar de inserción del catéter y posterior propagación a la punta.
- Colonización de conector del catéter, que es el acceso inicial de la luz interna del catéter.
- Los catéteres de material de PVC (policloruro de vinilo) son los que tienen la mayor exposición a las bacterias, comparados con los de poliuretano.
- Algunos tipos de bacterias son los que tienen mayor facilidad para adherirse a los catéteres.
- La colonización de los catéteres se incrementa de acuerdo al tiempo de permanencia.
- Fallas en la técnica de inserción y malos cuidados posteriores, incrementan el riesgo de contaminación.

- Una buena técnica de lavado de manos es indispensable para evitar infecciones.

Recomendaciones generales:

- Adecuada higiene de manos, con agua y jabón antiséptico o soluciones hidro-alcohólicas. Aplicación de los 5 momentos en la higiene de manos.
- Uso correcto del equipo de protección personal: mascarilla, mandilón, lentes, entre otros.
- Para la preparación de la piel, antes de la inserción, así como en el mantenimiento del catéter, usar clorhexidina
- Sólo el personal entrenado y calificado, debe manipular los dispositivos intravasculares.
- Los catéteres deben ser evaluados diariamente y retirados si son innecesarios.

Recomendaciones para la inserción:

- Sólo deben ser colocados por personal calificado y entrenado.
- La inserción debe hacerse en el área quirúrgica.
- Contar con los equipos necesarios, así como materiales adecuados y completos.
- Estricto lavado de manos con agua y jabón antiséptico, previo al procedimiento.
- Maximizar el uso del equipo de protección personal.
- Llevar a cabo la antisepsia en el área de la piel.
- Definir adecuadamente el sitio de inserción.
- Llevar a cabo los registros necesarios del procedimiento en la historia clínica.
- Adecuado número de personal.

Recomendaciones para el cuidado y mantenimiento:

- Revisión continua y diaria para verificar el estado del catéter, observar sangrado, signos de infección, desconexión del catéter.

- Valorar la ayuda del paciente en la curación y mantenimiento del catéter.
- Estricto lavado de manos teniendo en cuenta los cinco momentos.
- Uso correcto de las barreras de protección (mandilón, gorro, guantes, etc).
- Desinfectar puertos de inyección no menor de 30 segundos, previo a la manipulación.
- Con técnica aséptica realizar cambios de puertos de conexión (llave de tres vías y equipos).
- Cambiar el sistema de infusión cada 72 horas, en caso de hemoderivados o lípidos (nutrición parenteral) el cambio es inmediato.
- Realizar curación cada 7 días, o cuando la situación lo requiera (apósitos húmedos, sucios o desprendidos), para cubrir el punto de inserción se usarán apósitos transparentes.
- Si hay contaminación externa en equipos de infusión y llaves con secreción o fluidos corporales cambiarlos y desinfectar con alcohol al 70% el catéter.
- Verificar permeabilidad del catéter y las vías sin uso deben permanecer clampadas.

Recomendaciones para la curación del sitio de inserción:

- Estricto lavado de manos teniendo en cuenta los cinco momentos, antes y después del procedimiento.
- Usar técnica aséptica y correcto uso de las barreras de protección (mandilón, gorro, guantes, etc).
- Realizar curación cada 7 días, o cuando la situación lo requiera (apósitos húmedos, sucios o desprendidos), para cubrir el punto de inserción se usarán apósitos transparentes.
- En caso de sangrado o drenado o el paciente este diaforético se usará un apósito absorbente y su curación será cada 48 horas,
- Fijar adecuadamente el catéter y evitar codaduras, evitar movimientos que produzcan complicaciones o pérdida accidental del mismo, usar solo material estéril.

- No usar cremas o ungüentos en la piel, ya que pueden ocasionar resistencia microbiana e infección por hongos.
- La limpieza debe realizarse de adentro hacia afuera con movimientos rotatorios, abarcando de 5 a 10 cm.
- Registrar y colocar fecha de curación.

Recomendaciones para retiro:

- Una vez indicado retiro, debe hacerse inmediatamente.
- Presencia de secreción purulenta o sospecha de infección, si hubiera deterioro hemodinámico o necesidad de ventilación mecánica es necesario insertar otro catéter venoso central en otro lugar.
- Si el catéter venoso central fue colocado sin preparación adecuada en caso de emergencia deberá cambiarse en 48 horas.
- En caso de nutrición parenteral, no existe indicación exacta de cambio.

2.3.3. Nutrición parenteral

La nutrición parenteral (NP) consiste en la provisión de nutrientes mediante su infusión a una vía venosa a través de catéteres específicos, para cubrir los requerimientos metabólicos y del crecimiento. La nutrición parenteral puede ser utilizada en todo niño desnutrido o con riesgo de desnutrición secundario a una patología digestiva o extradigestiva, aguda o crónica para dar cobertura a sus necesidades nutricionales con el objetivo de mantener su salud y/o crecimiento, siempre que sus necesidades no logren ser administradas completamente por vía enteral. (14)

La nutrición parenteral se ha usado con éxito para promover el crecimiento en un amplio grupo de enfermedades en los primeros estadios de la vida, sobre todo en situaciones con afectación grave de la función intestinal. El desarrollo de nuevas formulaciones de nutrientes y el mejor conocimiento de los requerimientos han llevado a una reducción de la frecuencia de complicaciones, sobre todo metabólicas. Las complicaciones pueden minimizarse si la nutrición parenteral es supervisada por un equipo de soporte nutricional o si siguen unos protocolos de prescripción adecuados.

La nutrición parenteral a domicilio constituye una opción importante para una minoría de niños con situaciones de fracaso intestinal permanente. (14)

2.3.4. Síndrome de intestino corto

El síndrome de intestino corto (SIC) se refiere a la suma de alteraciones funcionales que resultan de una reducción crítica en la longitud del intestino, y que en ausencia de un tratamiento adecuado se manifiestan con diarrea crónica, deshidratación crónica, desnutrición, pérdida de peso, deficiencia de nutrimentos y electrolitos, así como falla para crecer que se presenta con mayor frecuencia durante el periodo neonatal. (15)

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes en pacientes con síndrome de intestino corto son nutricionales, metabólicas e infecciosas.

- Infecciones relacionadas a catéter venoso central
- Desnutrición. Deficiencias de vitaminas y minerales
- Hipergastrinemia
- Alteraciones óseas (enfermedad ósea metabólica)
- Hepatopatía secundaria a nutrición parenteral/colestasis
- Colitis (proliferación bacteriana)
- Detención de crecimiento
- Sepsis

El diagnóstico y manejo de un niño con síndrome de intestino corto implica un equipo de profesionales expertos en el manejo gastrointestinal, pediátrico y nutricional. El pronóstico del niño estará en función al manejo oportuno, así como a la longitud de la resección intestinal y a la presencia o no de la válvula ileocecal. (15)

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Cuidados de enfermería: “Son **atenciones** que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del

sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.” (16)

Pacientes pediátricos: “La edad **pediátrica** comprende desde el nacimiento hasta los 14 o 18 años, según los países, abarcando un variado surtido de **pacientes** -desde el neonato pretérmino hasta el adolescente- con muy diferentes características.” (17)

Catéteres venosos centrales de larga duración: “Son catéteres centrales externos insertados mediante técnica tunelizada percutánea. Parte del catéter se sitúa entre la vena canalizada y la salida subcutánea. El resto del catéter es visible sobre el punto de inserción. Llevan un “cuff”o brazaletes de dacrón en su parte extra vascular, que tiene como objeto provocar fibrosis para impedir el paso de agentes infecciosos y actuar como anclaje.” (18)

Catéter venoso central tunelizado trans-hepático: “El catéter venoso central es un dispositivo que se usa para administración de medicamentos y/o soluciones a través de una vena central de alto flujo para hemodiálisis. Esta técnica es segura, sin embargo, los catéteres de hemodiálisis trans-hepáticos pueden usarse en pacientes sin otras opciones de acceso venoso profundo para hemodiálisis, aunque sea como vía de acceso de último recurso”. (19)

CAPÍTULO III.

3.1. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Viendo actualmente la situación de los pacientes con intestino corto y siendo el catéter venoso central tunelizado un importante soporte para mantener una calidad de vida adecuado y digno, tener en cuenta lo que significa estos dispositivos para estos pacientes motivo por el cual estamos en la obligación de mantenerlos en condiciones adecuados de cuidado para evitar infecciones asociadas al catéter venoso central tunelizado, por lo cual presentamos este trabajo académico: Plan de cuidados de Enfermería en la atención de un paciente con Síndrome de intestino corto portador de catéter venoso central tunelizado.

Objetivo General:

Elaborar un plan de cuidados especializado de enfermería, en cuanto a la atención de un paciente con síndrome de intestino corto y al manejo del catéter venoso central tunelizado, para de esta manera favorecer a disminuir las complicaciones asociadas al dispositivo.

Objetivos Específicos:

Determinar y analizar los riesgos asociados al uso del catéter venoso central tunelizado por medio de un adecuado registro de eventos del paciente, así como revisión de la historia clínica respectiva.

Determinar los principales diagnósticos de enfermería en el paciente con síndrome de intestino corto portador de un catéter venoso central tunelizado.

Elaborar un manual de buenas prácticas en el cuidado de pacientes con síndrome de intestino corto.

Ejecutar las acciones definidas, para un adecuado tratamiento de las diversas complicaciones que pueda tener el paciente y evaluar los resultados del plan de cuidado elaborado.

3.2 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.2.1. VALORACIÓN:

DATOS DE FILIACIÓN.

- . Nombres y apellidos del paciente: K.R.C.
- . Documento de identidad: xxx
- . Grado de Instrucción: ninguna.
- . Edad: 2a 10m.
- . Peso: 11kg
- . Talla: 78cm.
- . Sexo: masculino.
- . Estado Civil: soltero.
- . Religión: católico.
- . Lugar y fecha de Nacimiento: Piura, 03/12/2018
- . Fecha de ingreso: 16/06/2019
- . Fecha de evaluación: 09/11/2021
- . Nacionalidad: peruano.

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente ingresa al servicio de pediatría especializada por presentar deposiciones líquidas y desnutrición severa, pesaba 4 kg a los 6 meses.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con antecedentes de:

- Síndrome de intestino corto
- Nutrición Parenteral prolongada.

- Retraso en el desarrollo psicomotor.

Actualmente con:

- Falla intestinal.
- Diarrea crónica congénita + enteropatía perdedora de proteínas.
- Desnutrición crónica severa.
- P.O. de laparotomía exploratoria + liberación de adherencias + anastomosis T.L + yeyunostomía para alimentación.
- P.O. de colocación de CVC Tunelizado (03/07/2021).
- Trombosis en tratamiento.
- Anemia leve.
- Talla corta extrema.

ANTECEDENTES.

ANTECEDENTES PERINATALES.

- Peso al nacer: 3.370 kg
- Apgar: 9
- Desarrollo sicomotor: normal.
- Edad gestacional: 39 semanas.
- Número de controles prenatales: 6
- Vacunas en el embarazo: completo.
- Enfermedades en la gestación. Ninguna.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: sano
- Madre: sana.
- Hermano: sano.

ANTECEDENTES PERSONALES:

a) Generales:

- Vestimenta: De acuerdo la edad, sexo y clima.
- Buen estado de conservación.
- Grupo sanguíneo y factor: Rh O+
- Alergias: no
- RAM: no
- Transfusiones: más de 4 ocasiones.

b) Fisiológicos:

- Nacido de parto: Normal.
- Vacunas: Completas.
- Comportamiento sexual: heterosexual.

c) Patológicos:

- Enfermedades de la Infancia: infecciones relacionadas al catéter venoso tunelizado y enfermedades relacionadas con su patología de fondo.
- Hipertensión Arterial (-)
- Tuberculosis (-)
- Hepatitis (-)
- Convulsiones (-)
- Intervenciones quirúrgicas: en varias oportunidades por enfermedad de fondo.
- Paciente que desde los 3 días de nacido presenta vómitos, le diagnosticaron reflujo gastroesofágico, con múltiples hospitalizaciones por vómitos.
- A los 6 meses pesaba 4 kilos, con diagnóstico reflujo gastroesofágico, es llevado al hospital del Niño, desde Piura (14-junio-2019), donde se le diagnostica por endoscopia, obstrucción duodenal y no pasaje de píloro.
- El 16 de junio del 2019 ingresa al hospital Edgardo Rebagliati Martins. A la semana se le coloca un catéter venoso central simple más sonda nasogástrica.

- El 21 de junio, se le hace una piloroplastía por obstrucción intestinal.
- El 09 de setiembre del 2019, se le hace una plexia gástrica por válvulo gástrico.
- En este año 2019, se le coloca el primer catéter venoso central tunelizado.
- El 14 de enero del 2021 se le hace una laparotomía exploratoria más liberación de adherencias, más banda gástrica y apendicectomía.
- El 25 de mayo del 2021, se le hace una laparotomía exploratoria más liberación de adherencias, más anastomosis gastroduodenal, Heinecke Miculicz más colocación de yeyunostomía para alimentación.
- En junio del 2021 se le coloca un catéter venoso transhepático, por el lapso de un mes.
- El 3 de julio se le coloca el catéter venoso central tunelizado, con el que se queda hasta el 14 de noviembre del 2021, donde fallece..

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES:

- Socioeconómicos:
 - Tipo de vivienda: material noble.
 - Tenencia de agua: Potable.
 - Desagüe: Red pública.
 - Alumbrado eléctrico: si
 - Presencia de mascotas en casa: no.
 - Desecho de basura: Servicio municipal.
- Culturales:
 - Nivel educativo de la mamá: superior universitaria.
 - Nivel educativo del papá: superior no universitaria.

EXAMEN FISICO:

Control de signos vitales.

- Presión Arterial: 88/52mmhg
- Frecuencia Cardiaca: 82Xmin.
- Frecuencia Respiratoria: 24Xmin.
- Saturación de Oxígeno: 98%
- Temperatura corporal: 36.5°C

Exploración Céfalocaudal.

- Ectoscopia: hidratado, en aparente regular estado general, activo, sonriente de acuerdo con su edad.
- Piel: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, ictericia (-), turgencia conservada, regular estado de conservación, buena higiene.
- Tejido subcutáneo: poca cantidad de grasa, distribución simétrica.
- Sistema linfático: no adenopatías.
- Sistema locomotor: retardo sicomotor, simétrico.
- Cabeza: Normo cefálico, no tumores.
- Cabello; Escaso, corto y poco implantado.
- Ojos: edema biparpebral, simétricos, móviles y húmedos.
- Nariz: fosas nasales permeables, simétrica central.
- Oídos: pabellones auriculares bien implantados, permeables.
- Boca: mucosa oral húmeda, lengua centrada, dentadura completa para su edad.
- Cuello: simétrico, no adenopatías.
- Tórax: Móvil, simétrico, con catéter venoso central tunelizado limpio en subclavia izquierda para nutrición parenteral.
- Pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos, no soplos, pulsos periféricos simétricos presentes.
- Abdomen: Gastrostomía, piel con múltiples cicatrices de intervenciones quirúrgicas.
- Genitourinario: De acuerdo con la edad y sexo.
- Extremidades: simétricas, con fuerza.

EXAMEN NEUROLÓGICO:

- Conciencia: despierto, activo, sonriente, no hay comunicación verbal, obedece ordenes simples y se deja entender.
- Actitud: hipoactivo por momentos, hiperactivo en otros.
- Facies: simétrica, dolorosa.
- Bipedestación, se levanta y camina en la cuna cogiéndose de la baranda. No camina solo.

EXÁMENES AUXILIARES:

Hemograma:

- HB: 10.7 g/ dl (11 a 12)
- Glóbulos blancos: 6563 /ml (9000 a 30000), Neutrófilos: 3521/ml (2000 a 7500), linfocitos: 2203/ml (1000 a 4500), Monocitos: 384/ml (200 a 800)
- Plaquetas: 166,000mcl (150 a 400 x10⁹/L)

Perfil de coagulación:

- TP:12.35 seg
- INR: 1.10
- TTPA:23 seg.

Fibrinógeno: 218.78 mg/dl (200 a 400)

Urea: 21.4mg/dl (12 a 54)

Creatinina: 0.29 mg/dl

Glucosa: 78mg/dl

Proteína Total: 5.32 g/dl (6 a 8.3)

Albumina: 3.1 g/dl (3.4 a 5.4)

Perfil Hepático:

- TGO: 462U/L
- TGP: 201U/L
- Fosfatasa alcalina: 281 U/L (104 a 345)

Colesterol: 178 mg/dl

Triglicéridos: 172 mg/dl

Electrolitos:

- Na: 142mEq/l
- K: 4.2 mEq/l
- Cl:104mEq/l
- Ca: 10.4 mg/dl

PCR: 0.8 mg/dl

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

- Fórmula baja en lípidos y rica en TCM (Kanso lipano 12 %) 28cc/h x 20 horas por ileostomía.
- NP: AA = 25cc/h x 24 h.
- Lípidos= 4.6cc/h x 24 horas.
- Enoxaparina 10md S/C cada 24 h.
- Domperidona 10 gotas cada 8 h. V:O.
- Colestiramina 500 mg diluido en 40 cc de formula cada 4 h. por yeyunostomía, cebar con 20cc de cloruro de sodio.
- Paracetamol 6cc V.O. PRN a fiebre o dolor.
- Fluticasona 50ug 1 puff cada 12 h. con aerocámara.
- Salbutamol 100 mcg inhalador 2 puff cada 4 h. con aerocámara.
- Dimenhidrinato 10 mg PRN a vómito.
- Nistatina 4 cc V:O. cada 6 horas.
- Pasta Darier: aplicar en región perineal c/8 h.
- Cuidados de CVCT, manipulación mínima.
- Reponer pérdidas con SPE 50%
- Balance Hídrico Estricto.
- CFV + OSA +Control PA cada 6 h. en hoja aparte.
- Hemoglucotest cada 12 h.

VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:

Respiración:

F.R= 24xmin.

Saturación de Oxígeno: 98%

FiO₂= 21%

Alimentación:

- NP = Aminoácidos: 25cc/h x 24 horas.
- Lípidos: 4,6 cc/h x 24 horas.
- Yeyunostomía: Formula baja en lípidos y rica en TCM. 28cc/h x 20 horas.
- SPE= Reposición 50% de perdidas por deposición.

Eliminación:

- Eliminación fecal: presente, con deposiciones líquidas, flujo variado.
- Eliminación urinaria: presente.

Movilización:

- Niño mueve todo el cuerpo, gatea dentro de la cuna y camina en ella con apoyo de las barandas.

Reposo y sueño:

- Duerme por las tardes un par de horas y durante la noche tiene sueño corrido.

Vestuario:

- Todos los días se cambian las sábanas y la ropa del paciente con apoyo del personal técnico.

Termorregulación:

- No se evidencia aumento de la temperatura corporal.

Higiene/Piel:

- Baño diario, buen estado higiénico.
- Piel y mucosas hidratadas.

Seguridad:

- Cuenta con protectores alrededor de la cuna y doble barandas para evitar golpes y caída

VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: no evaluable

Clase 2. Gestión de salud: no evaluable

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión: paciente recibe solo algunos medicamentos habituales: domperidona y nistatina, formula baja en lípidos y rica en TCM (Kanso lipano 12 %) 28cc/h x 20 horas por ileostomía. Recibe NPT prolongada: = Aminoácidos: 25cc/h x 24 horas y Lípidos: 4,6 cc/h x 24 horas

Clase 2. Digestión:

Clase 3. Absorción: con alteración en la absorción de nutrientes por el síndrome de intestino corto.

Clase 4. Metabolismo: Proteína total: 5.32 g/dl, albumina: 3.1 g/dl

Clase 5. Hidratación: mucosa oral hidratada, piel pálida, solución poli electrolítica reposición al 50% de perdidas sea por diarrea o vómito.

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: presencia de diuresis color amarillo claro.

Clase 2. Función gastrointestinal: evacua por recto.

Clase 3. Función tegumentaria: piel tibia elástica y pálida.

Clase 4. Función respiratoria: paciente respira espontáneamente, respiración simétrica, rítmica, FR=24 por minuto, murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares.

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: conservado, duerme de día un par de horas y toda la noche.

Clase 2. Actividad/ejercicio: paciente permanece en cama, pero si se mueve en toda la cuna gateando y camina cogiéndose de las barandas.

Clase 3. Equilibrio/energía: paciente en cama, no se puede evaluar.

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: no evaluable.

Clase 5. Autocuidado: paciente escolar con retardo del desarrollo psicomotor, no se vale por sí mismo, dependiente de cuidado de su madre y del personal técnico y enfermería.

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: permanece atento a la interacción, no se comunica verbalmente, pero si se deja entender.

Clase 2. Orientación: no orientado en tiempo espacio y persona.

Clase 3. Sensación-percepción: manifiesta sensaciones dolorosas de sensibilidad superficial y profunda.

Clase 4. Cognición: no evaluable

Clase 5. Comunicación: no se comunica verbalmente, pero si interactúa y se deja entender y obedece ordenes simples.

DOMINIO VI. Autopercepción

Clase 1. Autoconcepción: no evaluable

Clase 2. Autoestima: no evaluable

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: bajo el cuidado de la mamá en forma exclusiva, quien está atenta a la eliminación aseo, cuidado y cariño en el tiempo limitado que tiene actualmente.

Clase 2. Relaciones familiares: su padre y su hermano no se encuentran en Lima.

Clase 3. Desempeño del rol: bajo la atención del personal de salud y de su mamá.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: No evaluable.

Clase 2. Función sexual: no evaluable.

Clase 3. Reproducción: no evaluable.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: paciente cuando se encuentra solo llora por momentos, pero nos acercamos y se calma, le gusta estar acompañado.

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: durante un procedimiento invasivo llora, se resiste, no obedece las instrucciones.

Clase 3. Estrés neuro-comportamental: no evaluable.

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: la madre propicia el cuidado de su niño con responsabilidad, dedicación, puntualidad y con mucho amor, trata con respeto a las personas.

Clase 2. Creencia: madre católica.

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: existe congruencia entre las creencias y valores.

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: existe un evidente riesgo de infección por la presencia de yeyunostomía y catéter venoso central tunelizado.

Clase 2. Lesión física: no se evidencia ya que cuenta con protectores en las barandas.

Clase 3. Violencia: no signos de violencia.

Clase 4. Peligros del entorno: paciente con cuidados sólo por madre, con riesgo de peligros de entorno por exceso de movimiento. (retiro de catéter, golpes).

Clase 5. Procesos defensivos: no evaluable.

Clase 6. Termorregulación: paciente afebril, piel tibia.

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: hay bienestar, no presencia de dolor. Llanto en procedimientos que causan dolor.

Clase 2. Confort del entorno: entorno seguro cuenta con cuna con protección y doble barandas.

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: paciente con baja talla y peso actual de 11kg.

Clase 2. Desarrollo: no hay correlación entre la edad cronológica y edad mental. Motriz: gatea en la cuna y camina cogido de las barandas.

3.2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:

- Piel con presencia de CVC tunelizado en zona subclavia izquierda para nutrición parenteral., con yeyunostomía conectado a sonda Foley para alimentación.
- Hidratación: indicado con SPE al 50% de las pérdidas por diarrea o vómito.
- Paciente adelgazado, poca grasa magra, palidez de piel + +, tono muscular insuficiente, cabello escaso, Proteína total: 5.32g/dl, albumina: 3.1g/dl.
- Actividad y reposo: permanece en cuna, gatea en ella, camina con apoyo en barandas con riesgo de retiro de invasivos.
- Autocuidado: brindado por familiar (mamá) todos los días, paciente con retardo del desarrollo psicomotriz, limitación de autocuidado por diagnóstico y dispositivos invasivos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Riesgo de infección (00004) r/c, alteración de barreras primarias, procedimientos invasivos y desnutrición.
- Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195) r/c diarreas y vómitos.
- Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades corporales (Código 00002) r/c Trastornos de la asimilación o malabsorción.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) r/c alteración del estado nutricional, retiro de invasivos.
- Déficit de autocuidado: baño, higiene (Código 00108) r/c incapacidad para autocuidado.
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062) r/c Falta de descanso y distracción del cuidador.

ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Riesgo de infección	Desnutrición, alteración de barreras primarias, procedimientos invasivos.	Piel con presencia de CVC tunelizado en zona subclavia izquierda. Con yeyunostomía conectado a sonda Foley para alimentación.	Riesgo de infección r/ c alteración de barreras primarias, procedimientos invasivos y desnutrición.
Riesgo de desequilibrio electrolítico	Desequilibrio de líquidos	Presencia de diarreas y vómitos, balance hídrico negativo.	Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c diarreas y vómitos.
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	Trastornos de la asimilación o malabsorción. Incapacidad para absorber nutrientes. Peso corporal inferior en un 20 % o más de peso ideal.	Paciente adelgazado, con facies y mucosas pálidas, caída excesiva del cabello y tono muscular insuficiente, presencia de diarrea y vómitos. Proteína total: 5.32g/dl, albumina: 3.1g/dl. Tono muscular insuficiente. Peso corporal inferior al 20% o más respecto al rango de peso ideal Peso: 11 k. Peso ideal: 13 – 15 años.	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c Trastornos de la asimilación o malabsorción.

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Alteración del estado nutricional.	Paciente adelgazado, permanece en cama, pero si se moviliza (gatea y camina con apoyo).	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c, alteración del estado nutricional, retiro de invasivos.
Déficit de autocuidado: baño, higiene	Incapacidad para autocuidado	Cuidado brindado por familiar (mamá), paciente con retardo del desarrollo psicomotriz, limitación de autocuidado por diagnóstico y dispositivos invasivos.	Déficit de autocuidado: baño higiene r/c incapacidad para autocuidado.
Riesgo de cansancio del rol de cuidador	Falta de descanso y distracción del cuidador.	Cuidado brindado por familiar (mamá) casi todos los días.	Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c Falta de descanso y distracción del cuidador.

3.2.3. PLANIFICACIÓN

ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
Código: 00004 Riesgo de infección r/ c Desnutrición ,alteración de barreras primarias, procedimientos invasivos..	Código: 01902 Control de riesgo	Código: 3660 Cuidados de heridas <ul style="list-style-type: none"> Valorar el estado del ostoma en la pared abdominal, buscando signos de infección: calor, rubor, dolor, características de la secreción y registrarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente no presenta infección. Paciente no presenta fiebre. Paciente presenta borde de ileostomía sin signos de infección.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar baño con clorhexidina al 2% diluida, en forma diaria. <p>Codigo:6540</p> <p>Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar cuidados en el sitio de la vía venosa central, si es necesario. • Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. • Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. • Enseñar al paciente o miembro de la familia realizar la cura de la herida. • Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. • Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de cuidados del paciente según el protocolo del centro. • De preferencia mantenerlo en una habitación aislada. • Limitar el número de visitas. • Propiciar el lavado de manos antes, durante y después de su atención. • Poner en práctica precauciones universales. • Usar guantes estériles, y mandilón ante cada procedimiento al paciente. • Mantener un ambiente aséptico óptimo durante el cambio de líneas centrales a pie de cama. • Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian las líneas y bolsas de nutrición parenteral. • Proporcionar cuidados en el sitio de la vía venosa central, si es necesario. <p>Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en el punto de inserción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva • Administrar terapia de antibióticos, si amerita. • Enseñar familiar acompañante realizar la curación del CVC, preparándolo para NPT domiciliaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • El catéter venoso central no presenta signos de infección. .

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> Educar al familiar acompañante acerca de los signos y síntomas de infección. <p>Código: 6550</p> <p>Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciados. Limitar el número de visitas, si procede. Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica. Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. Facilitar el descanso. Proporcionar una habitación privada, si es necesario. Informar sobre los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00195</p> <p>Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c desequilibrio de líquidos.</p>	<p>Código:0600</p> <p>Equilibrio electrolítico y ácido-base.</p>	<p>Código: 2080</p> <p>Manejo de líquidos y electrolitos</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorara estado de hidratación del paciente: piel, mucosas, signo del pliegue, diuresis. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente permanece hidratado: Mucosa oral hidratada,

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
	Código:0602 Hidratación.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de manifestaciones clínicas de desequilibrio hidroelectrolítico: alteración del sensorio, convulsiones, piel turgencia, palidez, temperatura, sequedad, cianosis, etc. • Valorar pérdidas hídricas (volumen y características): diarreas y vómitos. • Monitorizar los niveles de electrolitos séricos (sodio, potasio, cloro, proteínas, albumina, etc.), así como del AGA venoso; reportar al médico tratante. • Monitoreo de funciones vitales: PA, FC. • Reponer pérdidas con solución poli electrolítica según indicación médica y de acuerdo a balance hídrico. • Administrar NPT de acuerdo a indicación médica: aminoácidos 73.5cc/h por 20 horas. Lípidos 6.5 cc/h por 20 horas • Monitoreo del BHE cada 6 horas, con un control estricto de ingresos y egresos. • Peso diario y grafica. • Control de glucosa después de administrar nutrición parenteral. • Valorar los resultados de osmolaridad en orina. • Administrar, según el requerimiento suplemento de electrolitos (sodio, potasio, gluconato, etc.) y /o proteico (albumina); con prescripción médica. • Valorar signos y síntomas de retención de líquidos: edemas. 	<p>sin confusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente no presenta alteración electrolítica.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
Código: 00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c Trastornos de la asimilación o malabsorción.	Código: 1004 Estado nutricional	Código: 1100 -Manejo de nutrición <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado nutricional del paciente, peso diario, valorar evolución del crecimiento con evaluación de talla semanal registrándolo en la ficha de registro de peso talla en la HC. • Medir en forma semanal el perímetro cefálico y registrarlo. • Administración NPT según indicación.: aminoácidos 25 cc/h por 20 horas. Lípidos 4.6 cc/h por 20 horas • Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mantiene aporte de acuerdo a requerimientos energéticos • Mejoría en los valores nutricionales: albumina, proteínas totales. • Mantiene el peso en

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
		<p>electrolitos alterados (niveles de hematocrito, proteínas, sodio y potasio, albúmina, proteínas totales, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (vómitos) y eliminación (diarreas) • Valorar la presencia de signo de desnutrición físicos: caída de cabello, uñas con poco crecimiento, mucosa oral etc. • Valora las mucosas bucales del paciente, la esclerótica y la piel por si hubiera indicios de anemia. • Administrar el suplemento de Vit k 5mg cada semana EV. 	ganancia diaria adecuada.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00047</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c Alteración del estado nutricional</p>	<p>Código: 1101</p> <p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p>	<p>Código: 740</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la piel: hidratación, textura, temperatura, presencia de lesiones y escoriaciones, temperatura, turgencia, perfusión tisular, zonas de prominencia ósea; registrarlos adecuadamente con seguimiento adecuado. • Propiciar una nutrición adecuada, e hidratación acorde a sus requerimientos energético-calóricos. • Valorar la zona adyacente a los invasivos. • Valorar el nivel de movilización del paciente, registrar su evolución. • Educar al paciente sobre la importancia de los invasivos que posee. • Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. • Mantener la ropa de la cama limpia, seca y libre de arrugas. • Utilizar dispositivos en la cama (protectores de cuna, boble barandas) que protejan al paciente. • Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivos y/o activos. • Mantener en vigilancia permanente por movimientos bruscos y sin control. • Fijar los invasivos a su ropa de tal manera que se evite la tracción. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente no presenta deterioro de la integridad cutánea. • La piel permanece hidratada. • La piel se encuentra con temperatura adecuada, elástica, coloración, turgencia, perfusión tisular adecuada. • Paciente entiende la importancia de los invasivos, cuidando no manipularlos ni jalarlos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00108</p> <p>Déficit de autocuidado: baño higiene r/c incapacidad para autocuidado</p>	<p>Código: 300</p> <p>Cuidados personales: actividades de la vida diaria.</p>	<p>Código: 1801</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar la edad del paciente al promover actividades de autocuidado. • Ayudar con los autocuidados baño higiene. • Valorar el grado de dependencia del paciente y proponer metas para lograr el autocuidado en forma progresiva. • Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño). • Facilitar que el paciente se bañe él mismo se enseña a la mamá los cuidados del baño. • Realizar el baño con agua a temperatura agradable. • Controlar y ayudar en la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados del paciente. • Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. • Lavar el cabello y secar con cuidado. • Utilizar productos para el cuidado del cabello. • Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. • Fomentar la participación de la mamá en las actividades de autocuidado. • Ingresar al paciente al programa familiar acompañante, brindando la educación permanente para el cuidado del menor. • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. • Enseñar a la mamá a fomentar las actividades de autocuidado en la independencia del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente participa en cierta medida en actividades relacionadas a su autocuidado. (baño, peina, aseo bucal). • Paciente gatea y deambula con apoyo de las barandas. • Mamá participa activamente en el cuidado del paciente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00062</p> <p>Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c Falta de descanso y</p>	<p>Código: 02508</p>	<p>Código: 7040</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la participación de la mamá como soporte principal del cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al cuidador se lo ve tranquilo. • Cuidador muestra

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
distracción del cuidador	Bienestar del cuidador familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay indicios de estrés del cuidador. • Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. • Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo. • Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. • Promover una red social de cuidadores. • Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. • Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo. <p>Código: 7110</p> <p>Fomento de la implicancia familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la capacidad de la madre para implicarse en el cuidado del paciente. • Apreciar los recursos físicos, emocionales y educativos de la mamá. • Identificar el déficit de cuidados propios del paciente. • Favorecer los cuidados por parte de la mamá durante la hospitalización, cuando sea posible. • Facilitar la comprensión por parte de la mamá en los aspectos médicos de la enfermedad. • Apreciar otros factores de estrés sobre la situación de la mamá. • Reconocer los síntomas físicos de estrés de la mamá (llanto, náuseas, vómitos y estado de distracción). 	<p>satisfacción con la realización de los roles habituales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidador muestra satisfacción con la salud física, emocional y estilo de vida. • Cuidador recurre a red social de apoyo.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (2021). (21)

3.2.4. EJECUCION Y EVALUACION

REGISTRO DE ENFERMERIA:

S	Paciente preescolar, no refiere nada, no se comunica, solo sonríe.
O	Paciente preescolar de 2 ^a 10 ^m de edad, varón despierto, permanece en cama sonríe cuando me ve, ventilando espontáneamente FiO2 21%, piel pálida, con mucosas orales hidratadas; presenta catéter venoso central tunelizado en subclavia izquierda recibiendo NPT (lípidos y aminoácidos) cubierto con parche con clorhexidina no signos de flogosis, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, respiración simétrica; abdomen blando globuloso, con ileostomía conectado a sonda Foley para alimentación, micción espontanea orina clara.
A	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de infección r/ c desnutrición, alteración de barreras primarias, procedimientos invasivos. • Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c desequilibrio de líquidos. • Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c Trastornos de la asimilación o malabsorción. • Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c presencia de invasivos, alteración del estado nutricional. • Déficit de autocuidado: baño higiene r/c incapacidad para autocuidado. • Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c Falta de descanso y distracción del cuidador.
P	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente disminuir� el riesgo de infección. • Paciente disminuir� el riesgo de desequilibrio electrolítico. • Paciente superara el desequilibrio nutricional en forma progresiva. • Paciente disminuir� el riesgo del deterioro de la integridad cutánea.

	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejorara su déficit de autocuidado. • Paciente disminuirá de cansancio del rol de cuidador.
I	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos. • Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente. • Baño de esponja con asistencia. • Valoración céfalo caudal en busca de signo de flogosis o presencia de infección en puntos de inserción de los procedimientos invasivos. • Curación de catéter venosos central tomando en cuenta las recomendaciones. • Se brinda comodidad y confort.
E	<ul style="list-style-type: none"> • El catéter venoso central no presenta signos de infección. • Paciente no presenta alteración electrolítica. • Paciente mantiene aporte de acuerdo con requerimientos energéticos • Mejoría en los valores nutricionales: albumina, proteínas totales. • Mantiene el peso en ganancia diaria adecuada. • Paciente deambula con apoyo. • Paciente permanece hidratado: Mucosa oral hidratada, sin confusión. • Familiar participa del cuidado del paciente en forma activa. • El cuidador no presenta stress. • El paciente no presenta deterioro de la integridad cutánea. • Paciente participa en cierta medida en actividades relacionadas a su autocuidado (baño, peina, aseo bucal). • La piel se encuentra con temperatura adecuada, elástica, coloración, turgencia, perfusión tisular adecuada. • Cuidador muestra satisfacción con la realización de los roles habituales. • Cuidador muestra satisfacción con la salud física, emocional y estilo de vida. • Cuidador recurre a red social de apoyo.

CONCLUSIONES

- El síndrome de intestino corto es una enfermedad de poca incidencia, especialmente en el área de pediatría. Actualmente no hay muchas estadísticas a nivel nacional y solamente se cuenta con alguna información de ciertos casos específicos. Esta patología tiene una alta morbimortalidad y son normalmente de larga estancia, las cuales tienen diversas complicaciones y requieren de cuidados especializados.
- En el servicio de pediatría, el Síndrome de intestino corto es una patología que se genera en la mayoría de los casos por resecciones intestinales secundarias debido a malformaciones digestivas congénitas o a enteritis necrosante, que en los casos más graves pueden decantar en falla intestinal, por lo que los pacientes serán dependientes de nutrición parental.
- El tratamiento al síndrome de intestino corto se hace con el fin de sustentar el crecimiento y desarrollo normal del niño, tratando en lo posible de minimizar el riesgo a que se presenten complicaciones debido a su patología base o a la nutrición parental.
- Las principales complicaciones son generalmente mal funcionamiento del catéter, desprendimientos, infección sistémica, trombosis, infección local, sangrado, entre otros.
- El catéter venoso central tunelizado transhepático, es la última opción de dispositivo intravascular, usado en pacientes que ya no tienen acceso venoso, se usa para administración de medicamentos y/o soluciones a través de una vena central de alto flujo
- En el diagnóstico de enfermería del caso en estudio, se tienen importantes hallazgos, como son: piel con presencia de CVC tunelizado, pérdidas de hidratación, adelgazamiento y autocuidado por parte de la madre con limitaciones. Dicho diagnóstico está circunscrito en aspectos como riesgo de infección, riesgo de desequilibrio electrolítico, desequilibrio nutricional, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, déficit de autocuidado y riesgo de cansancio del rol de cuidador.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda registrar los diversos casos que se presenten en nuestro servicio e institución, sobre las diferentes complicaciones y causas finales de mortalidad de los pacientes con síndrome de intestino corto, a quienes se les haya aplicado catéteres venosos centrales tunelizados.
- Integrar e implementar un manual de cuidados especializados a estos pacientes en cada servicio de pediatría, teniendo en cuenta los diferentes datos significativos del diagnóstico de enfermería, así como las buenas prácticas de Virginia Henderson y la teoría déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.
- Planificar e implementar capacitaciones al personal de enfermería, para mejorar la atención especializada, poniendo énfasis en el manejo de las diferentes complicaciones que se pueden presentar y que podrían afectar severamente al paciente.
- Analizar la posibilidad de implementar un sistema de chequeo y monitorización del cumplimiento real de las buenas prácticas de atención especializada planificadas y de los resultados en cada caso que se presente. Esto incluso serviría como registro de lecciones aprendidas para mejora continua y evidencia ante cualquier reclamo o demanda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Massiron S, Cavalcoli F, Rausa E, Otros. perspectivas; 2019.
2. Balaccoc M, Busoni V, Cabral A, otros. Guía clínica para el manejo de la falla intestinal secundaria a síndrome de intestino corto en pediatría. 2021.
3. Fernandez A, Desantadino V, Balacco M, otros. Guía Clínica Para el manejo de la falla intestinal secundaria a síndrome de intestino corto en pediatría La Plata - Argentina.; 2021.
4. Boe B, Zampi J, otros. Catéteres venosos centrales transhepáticos en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita. Cuidados Intensivos corazón. 2015.
5. MINSA. INFORME TÉCNICO N° SEMTS-DAUM-DIGEMID/MINSA. Técnico. Lima: MINSA; 2015.
6. Ibarra M, Monar B. Cuidados de enfermería en el control de Cateter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos. guayaquil. Ecuador; 2017.
7. Berrocal M, Daza E, Espinoza J. Relación entre la manipulación del catéter venoso central por el personal de enfermería y las infecciones asociadas al dispositivo Lima; 2015.
8. Naranjo Y, Concepción J, otros. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. SciELO. 2017.
9. Ruiz A. Síndrome de intestino corto en población infantil: pronóstico y resultados Madrid; 2008.
10. Pino P. Teoria de Virginia Henderson Santiago-Chile: Medwave; 2012.
11. Herrera K. "Conocimiento en el manejo de Cateter Venoso Central en Enfermeras de los Servicios Criticos del Hospital III. José Cayetano Heredia" Piura; 2019.
12. ARCE P. Calidad de cuidado de enfermería y manipulación del cateter venoso central en pacientes renales del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima - Perú; 2018.
13. NAKACHI G,AM,SMSR. Disminución de las infecciones asociadas al catéter venoso central mediante intervenciones sencillas y de bajo costo, en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. SCI-ELO Perú. 2017 Julio; 78(1025-5583).
14. Healthwise Epd. Catéteres venosos centrales. Cigna. 2021.

15. Kolikof J, Peterson K, Baker A. Catéter venoso central. StatPearls. 2021 agosto.
16. MINSA. Guía de prevención y control de infecciones del torrente sanguíneo, asociadas a catéter venoso central. Resolución Directoral. Lima: Hospital Nacional Dos de Mayo; 2021.
17. José Manuel Moreno Villares¹ CGJ. Nutrición parenteral. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre y Hospital Universitario Puerta de Hierro.
18. Valdovinos D, Cadena J, Montijo E, otros. Síndrome de intestino corto en niños: actualidades en su diagnóstico y manejo. Revista de gastroenterología de México. 2012.
19. Perez JGA. Cuidados de enfermería.; 2012. actualizado 2012.
20. García M, Muner F. Peculiaridades del paciente pediátrico. Barcelona. España.; 2012.
21. Hermosin APACI. Cuidados de enfermería en el manejo de catéteres venosos centrales en Hemodiálisis. España: Revista electrónica de portales médicos.; 2017.
22. da Motta-Leal-Filho J, Carnevale F, Nasser F, otros. Acceso venoso transhepático percutáneo para hemodiálisis: una alternativa para pacientes con insuficiencia renal crónica. Scielo Brasil. 2010.
23. International N. NANDA International Nursing Diagnoses 2021-2023. Thieme. 2021.
24. Vásquez C, García W, otros. Infección en Catéter Venoso Central y Factores de Riesgo Guatemala; 2016.

ANEXOS

A-1. FOTOGRAFÍAS

Imagen 01: Catéter venoso transhepático



Imagen 02: Material para la curación de catéter venoso tunelizado



Imagen 03: Punto de inserción del catéter venoso transhepático



Imagen 04: Paciente con 2 catéteres venosos centrales tunelizados, superior con tunelizado simple, el inferior con tunelizado transhepático.



Imagen 05: Proceso de cambio de nutrición parenteral



Imagen 06: Proceso de verificación de datos correctos del paciente, durante la administración de nutrición parenteral.



EJEMPLO DE MANUAL DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS:
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA INSERCIÓN DEL CATÉTER
VENOSO - CENTRAL

PERSONAL QUE INTERVIENE: Médicos y enfermeras

OBJETIVOS:

- Proporcionar una vía de acceso para administración de fármacos y soluciones intravenosas
- Monitorizar y medir constantes como: PVC, presiones pulmonares, gasto cardíaco, etc
- Reducir al máximo el número de infecciones por catéteres venosos centrales

CUIDADOS GENERALES:

- Higiene de manos: lavado higiénico de manos con agua y jabón y posteriormente solución hidroalcohólica o lavado antiséptico de manos

(Clorhexidina)

- Manipular lo mínimo indispensable el catéter
- Ponerse guantes estériles para cada manipulación.
- Posición adecuada y cómoda del paciente y del personal.

RECOMENDACIONES:

- Tener presente alergias al Látex.
- Vigilar presencia de arritmias sería deseable la monitorización del paciente con electrocardiograma.
- Vigilar presencia de hemorragia o hematoma.
- Evitar rotura del catéter, embolia gaseosa y hemorragia.
- Controlar constantes y estado general del paciente por posible producción de neumotórax-hemotórax.

- Animar a los pacientes a comunicar al personal sanitario, cualquier cambio notado en la zona de inserción de su catéter o cualquier molestia

MATERIAL:

- Mascarilla facial y gorro quirúrgico
- Bata y guantes estériles
- Solución antiséptica: Povidona yodada, Clorhexidina acuosa 2%,
- Clorhexidina alcohólica al 0,5% o Alcohol al 70% (Recomendaciones IA)
- 3 paños estériles o más (para disponer de un gran campo)
- Sistemas de suero
- Gasas estériles
- 2 agujas intramusculares, 2 jeringas de 10 cc, una bolsa de 50 – 100 ml. de suero fisiológico.
- 2 ampollas de 10 ml de Mevipacaina al 1% - 2% (Scandinibsa 1%, 2%)
- Set de vía venosa central.
- Hoja de bisturí N° 15
- Seda trenzada de 0/00 con aguja recta.
- Llaves de tres pasos.
- Apósitos estériles de gasa o apósitos estériles transparente semipermeable.
- Transductores de presión purgados (si se va a monitorizar alguna presión)
- Contenedor de objetos punzantes y cortantes.
- Mesa auxiliar para colocar el material.

EJECUCIÓN:

- Informar al paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino
- Lavarse las manos según recomendaciones generales.
- No rasurar; si se precisa retirar el vello, cortar con las tijeras.

- Lavar la zona de punción con agua y jabón.
- Aplicar solución antiséptica desde el centro de la zona de inserción con movimientos circulares hacia la periferia, dejándola actuar hasta que seque.
- Proceder por parte del facultativo a la inserción del catéter.
- Fijar la vía y tapar con apósitos estériles de gasa o transparentes semipermeables.
- Anotar fecha y hora de inserción en lugar visible.
- Retirar todo el material utilizado.
- Petición urgente de Rx. de tórax.

VIGILANCIA POST-IMPLANTACIÓN:

- Monitorización de tensión arterial cada 2 horas durante las primeras 8 horas.
- Control de la zona de inserción por si existen hematomas. Si se presentan, poner apósito compresivo y frío local. Vigilar frecuentemente la aparición de sangrado.
- Elevar el cabecero de la cama si lo tolera el enfermo durante las primeras 6 horas.
- Administrar analgesia prescrita si lo precisa el paciente.
- Cura estéril a las 24 horas.
- Revisión del estado y permeabilidad de las luces del catéter y heparinización con preparado comercial en monodosis. Cada luz se debe Heparinizar con una jeringa distinta.
- Registro de control y seguimiento.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO - CENTRAL

PERSONAL QUE INTERVIENE:

Enfermera/o y auxiliar de enfermería

OBJETIVOS:

Prevención de complicaciones asociadas a:

- Irritación local
- Deterioro del catéter
- Reflujo a través del punto de punción
- Transmisión de infecciones

CUIDADOS GENERALES:

- Higiene de manos: lavado higiénico de manos con agua y jabón y posteriormente solución hidroalcohólica o lavado antiséptico de manos (clorhexidina)
- Manipular lo mínimo indispensable el catéter
- Ponerse guantes estériles para cada manipulación.
- Posición adecuada y cómoda del paciente y del personal.

MATERIAL

- Mesa auxiliar
- Paños estériles
- Gasas estériles
- Solución antiséptica: povidona yodada, clorhexidina acuosa al 2%, clorhexidina alcohólica al 0,5% y alcohol al 70%.
- Apósito estéril, transparente semipermeable o de gasa
- Solución heparínica según preparado comercial
- Bolsa y contenedor de residuos
- Guantes estériles
- Suero salino y jeringa.

EJECUCIÓN

- Preparación del paciente
- Preparación del personal
- Higiene de manos según recomendaciones generales.
- Posición adecuada y cómoda del paciente

Cuidados del punto de inserción y cambio de apósito

- Disponer el material necesario en mesa auxiliar.
- Poner guantes estériles
- Retirar el apósito
- Cambiar de guantes
- Limpiar con suero salino empezando en el punto de inserción del catéter en forma circular. A continuación, se procede con el antiséptico de la misma manera.
- Observar el punto de punción cada 24 horas
- Usar apósito estéril de gasa o apósito transparente y semipermeable (que en este caso se puede mantener 7 días)(Recomendación IA).
- Cambiar los apósitos siempre que estén mojados, sucios o despegados
- Poner la fecha de los cambios en un lugar visible
- Inmovilizar de nuevo el catéter en caso de que haya necesidad de cambiarlo
- Proteger con gasa estéril las zonas de decúbito
- No mojar el catéter con agua en el momento que se realiza el aseo del paciente.
- No aplicar pomadas antibióticas en el punto de inserción del catéter

Cambio de sets de administración de fluidos y conexiones.

- Aplicar medidas estériles en el manejo de fluidos.
- Se recomienda distribuir las luces:
 - Luz distal: Preservar para la Nutrición parenteral.
 - Luz media: sueroterapia y drogas

- Luz proximal: Medicación intermitente.
- Cambiar los sistemas de suero cada 72 horas salvo que haya sospecha de infección. (Recomendación IA). Rotular el sistema con la fecha y la hora en que fue cambiado
- No mantener las soluciones de infusión más de 24 horas.
- Cambiar los sistemas de la Nutrición Parenteral a las 24 horas del inicio de la perfusión (Recomendación IB). Rotular el sistema con la fecha y la hora en que fue cambiado
- Cambiar los sistemas de las emulsiones lipídicas a las 24 horas del inicio de la perfusión (Recomendación IB). Si la solución sólo contiene glucosa o aminoácidos se cambiarán cada 72 horas
- Comprobar que la perfusión de la sangre se realiza en un periodo no superior a 4 horas.
- Lavar la luz del catéter con solución salina cada vez que se administra una medicación o se suspende (siempre que no sea un fármaco vasoactivo).
- Conocer la compatibilidad de las soluciones si han de ser administradas por la misma luz del catéter.
- Si se retira alguna droga, se debe extraer con una jeringa el suero de la vía hasta que salga sangre y después lavar con solución salina para impedir que se administra un bolo de dicho fármaco al torrente sanguíneo.

Puertos de inyección intravenosa

- Limpiar el puerto de inyección con alcohol al 70% ó povidona yodada antes de pinchar.
- Tomar precauciones para que no entren microorganismos al interior de las luces (tapones, plástico protector, válvulas de seguridad etc.)
- No cambiar los tapones con más frecuencia de 72 horas según las recomendaciones del fabricante.
- Tapar todos los accesos que no se utilicen.
- Conservar siempre las pinzas de clampado

- Cambiar los componentes de los sistemas sin aguja al menos con tanta frecuencia como los sistemas de administración.
- El número de llaves de tres pasos y/o alargaderas será el mínimo posible.
- Comprobar visualmente que ajustan las conexiones y llaves de tres pasos cada 4 horas.
- Asegurarse que todos los componentes del sistema son compatibles para minimizar los riesgos y roturas del sistema.
- Minimizar el riesgo de infección limpiando con antiséptico el acceso del sistema y usar sólo equipo estéril.

Filtros

- No usar filtros de forma rutinaria para prevenir la infección.

RETIRADA DEL CÁTER

PERSONAL QUE INTERVIENE:

- Enfermera/o

MATERIAL

- Guantes estériles
- Bisturí
- Solución salina y antiséptica
- Gasas estériles
- Apósito semi-adhesivo

EJECUCIÓN

- Informar al paciente
- Cerrar infusiones, llaves de tres pasos y luces del catéter.
- Higiene de manos según recomendaciones generales.
- Colocarse guantes estériles.
- Retirar punto de sutura.
- Retirar catéter lentamente para evitar rotura; si existiese resistencia avisar al médico.
- Tener en cuenta la posibilidad de aparición de arritmias.
- Ejercer presión con una gasa en el punto de inserción hasta que deje de sangrar (aproximadamente cinco minutos).
- Comprobar que el catéter está íntegro
- Cambiar los guantes por otros estériles para realizar la cura.
- Limpiar la zona y aplicar solución antiséptica.
- Colocar apósito semioclusivo .
- Observar la herida cada 24 horas y registrar en los documentos de enfermería: el día de la retirada del catéter y el seguimiento diario de la cura, y si existiese aumento de temperatura.
- El cultivo del catéter se hará sólo en caso de sospecha de infección.