

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



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON DESHIDRATACIÓN EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ, LIMA 2014 – 2016”**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

LIC. YENY MABEL PARRA TELLO

**Callao - 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	Presidenta
DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	Secretario
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 003

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 117

Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 31/03/2017

Resolución de Decanato N°729-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. PARRA TELLO YENY MABEL

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería, brindados a los pacientes con deshidratación en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, son atendidos de manera pronta y oportuna basados en protocolos y guías de atención establecidas por la institución. El Departamento de enfermería establece su atención basados a las Normas Técnicas, guías y protocolos de enfermería el cual permite dar al paciente pediátrico una atención oportuna de calidad y calidez y cuidado humanizado, muchas veces el usuario no alcanza la satisfacción en un 100% ya que existen limitaciones y carencias del Hospital ya sean dentro de las debilidades y amenazas de la Institución.

Los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias Pediátricas por deshidratación son atendidos de manera oportuna basándose en las guías de atención y se dan al momento que ingresa el paciente al servicio, brindándoles cuidados inmediatos al paciente, y orientando al familiar sobre como admitir al paciente, que muchas veces se ve afectado por la demora en el trámite.

La deshidratación puede ocurrir lenta ó rápidamente, según la manera en que se pierde el líquido y la edad del niño.

Los niños pequeños y los bebés tienen más probabilidades de deshidratarse porque sus cuerpos son más pequeños y tienen menores

reservas de líquidos. Los niños mayores y adolescentes pueden resistir mejor los desequilibrios de líquidos. Cabe resaltar que la deshidratación severa con shock es una enfermedad de alto riesgo en la morbilidad del paciente, siendo unas de las enfermedades que causa muerte en los niños menores de 5 años.

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) constituye un gran problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo y es causa importante de morbilidad durante la infancia. La mayor complicación presentada en niños menores de 5 años es la deshidratación que puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos; por lo cual, se están fortaleciendo las acciones de prevención dirigidas a los determinantes de esta enfermedad y su tratamiento oportuno.

Es por ello que conviene corregir las debilidades que se presentan durante la atención el servicio de Emergencias Pediátricas durante la atención de estos pacientes y así evitando las complicaciones que pongan en riesgo la salud del paciente pediátrico, para ello se buscará un plan de mejora del servicio de emergencia pediátrica.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La primera causa de deshidratación en el mundo es la diarrea aguda con mil millones de episodios anuales y más de 2.5 millones de muertes secundarias a deshidratación. (1)

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año se presentan 1300 millones de episodios de diarrea en niños menores de cinco años en países en desarrollo (África, Asia, excluida China, y América Latina), que ocasionan 4 millones de muertes, relacionadas en el 50-70% con deshidratación, lo que las ubica dentro de las principales causas de defunción en estos países. La mayoría de los niños que sobreviven, quedan con algún grado de desnutrición y los desnutridos, no sólo padecen con mayor frecuencia de diarrea, sino que los episodios son más graves. (2-3)

En los Estados Unidos se estima que se producen entre 211 y 300 millones de episodios anuales, es decir alrededor de 1,4 episodios por niño al año, que son responsables de más de 900 000 hospitalizaciones y 6000 defunciones anuales. Constituyendo la causa más frecuente de muerte prevenible a esa edad. (4)

En el Perú, existe un porcentaje aparentemente alto de la población que es rural, donde las condiciones de vida en algunas familias son deficientes, caracterizado por la insalubridad objetiva presentada por el deficiente saneamiento básico, la misma que condiciona la elevada prevalencia de enfermedades diarreicas que pueden degenerar en infecciones de alto riesgo, y en el déficit del desarrollo de los niños. La deshidratación como consecuencia de estas enfermedades ocasiona emergencias permanentes en los establecimientos de salud, más aun si se tratan de lactantes y niños con bajo peso o desnutridos. (5)

El Ministerio de Salud (MINSA), recopila información del primero de enero al 10 de marzo del 2016, se han registrado 93,443 casos de diarreas agudas (EDAS) en niños menores de cinco años a nivel nacional, siendo estos episodios una de las principales causas de deshidratación en el país. Las ciudades que registran mayor número de incidencias son Lima (22,529), Arequipa (7,817), Loreto (6,604), La Libertad (5,679) y Piura (4,653). Durante un episodio de diarrea aguda, que suele durar entre 7 y 14 días, el organismo pierde parte importante de agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) causando deshidratación. Por ello, a manera de prevención se recomienda incorporar rehidratantes orales dentro de la dieta de los menores con la finalidad de recuperar los nutrientes perdidos en la realización de actividades físicas y exposición a ambientes muy cálidos.

Mediante la revisión bibliográfica y datos recogidos a nivel local de los cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con deshidratación; identificaremos factores predisponentes, demostrando el impacto personal, familiar y social que tiene esta complicación; con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas en riesgo y a su vez fomentar en el profesional la Gestión de calidez y cuidados humanizados.

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con deshidratación en el servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital San Bartolomé.

1.3 Justificación

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es un importante problema de salud por ser una de las principales causas morbi-mortalidad en niños menores de 5 años. Tienen la deshidratación como una de las complicaciones más nefastas. Es cierto que en estadios incipientes la deshidratación no produce manifestaciones clínicas, sin embargo, si ésta progresa los efectos se acentúan y el paciente puede desarrollar choque hipovolémico con alteración de la conciencia, Liguria, hipotensión, cianosis periférica y de no iniciarse la rehidratación existen potencial riesgo de que ocurra la muerte.

Este informe de experiencia profesional que se desarrolla en el Servicio de Emergencia Pediátrica se presenta debido a la necesidad de fortalecer la atención y los cuidados en los pacientes pediátricos con deshidratación leve, moderada, severa, sin shock y con shock así generar una atención oportuna frente a las debilidades que existen en el Hospital generando obstáculos que retrasan la atención rápida del paciente, es por ello que se busca mejorar los cuidados y la atención de los pacientes pediátricos con deshidratación, mejorando la atención desde que ingresan al hospital cubriendo la emergencia y urgencia de acuerdo a las prioridades de atención de pacientes en el servicio de emergencia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes Internacionales

ANDRADE GARCÍA, DIANA MARICELA, Ecuador (2013) en su tesis titulada: **“Conocimientos y prácticas maternas para prevenir la Deshidratación en los niños con “E.D.A” del “Centro de Salud N° 1 Pumapungo”**. Cuenca, 2013. Siendo su objetivo determinar los conocimientos y prácticas maternas para prevenir la deshidratación en los niños con EDA del “Centro de Salud N°1 Pumapungo. Cuenca, 2013. Es una investigación descriptiva de corte transversal. Como técnicas, se utilizó las encuestas, observación directa. Teniendo como resultado que el 98.2% de madres viven en el área urbana, el 70% de madres no tienen ingreso económico. El 70.9% conocen las forma correcta de preparación de SRO. El 74.5% automedican a sus hijos con Diarrea. Concluyendo que de acuerdo a los datos de nuestra investigación concluimos que el 47.3% de madres tiene un bajo nivel de conocimientos sobre Diarrea y el 29.1% desconoce la forma de preparación del SRO. (6)

BOTAS SOTO, Irene; FERREIRO MARÍN, Alejandro y otros. México (2012), titulado **“Deshidratación en niños”**, donde nos refiere que la deshidratación se emplea para designar el estado clínico consecutivo a la

pérdida de agua y solutos, la causa más común en niños es la diarrea. En nuestro país, la diarrea infecciosa continúa siendo una causa de mortalidad importante en menores de cinco años. La exploración física y el interrogatorio a los padres son esenciales para el diagnóstico, con en ello el personal de salud puede clasificar el grado de deshidratación y formular un plan de tratamiento. Para la deshidratación leve a moderada la rehidratación por vía enteral continúa siendo el método de elección y la hidratación intravenosa para deshidratación grave o choque hipovolémico. El tratamiento adecuado y oportuno, así como el tratamiento de los desbalances electrolíticos que acompañan a la deshidratación son fundamentales para el pronóstico del niño. (7)

BERNIS MAREN; Melvis; ÁVILA LABRADA; Mayelin, Cuba (2013). En su artículo original titulado **“Factores de riesgo de Deshidratación en niños con diarreas. Hospital “General Luís A. Milanés Tamayo”. 2012-2013**, donde refiere en sus objetivos: identificar los factores de riesgo de deshidratación en niños con diarreas. Método: se realizó un estudio observacional analítico retrospectivo tipo caso y control en el Hospital Pediátrico General Milanés. Bayamo de enero de 2012 ha diciembre de 2013. Las variables en estudio fueron edad, sexo, estado nutricional, peso al nacer, lactancia materna y factor materno. Resultados: los menores de 7 meses presentaron 1,24 más posibilidades para deshidratarse por diarrea así como los varones 1.5 veces más. Los desnutridos tuvieron 5 veces más oportunidad para deshidratarse por un cuadro diarreico y los

bajo peso de 2 a 6 veces. Así también los hijos de madres que actuaron incorrectamente ante la aparición del síntoma digestivo. Conclusiones: los varones, menores de 7 meses, los que no recibieron lactancia materna exclusiva, la desnutrición y el bajo peso al nacer constituyeron factores de riesgo de Deshidratación por diarreas. La inadecuada conducta de la madre ante el cuadro diarreico terminó siendo otro factor. (8)

BAJAÑA ZAMBRANO, Levida Esther, Ecuador (2015) en su tesis titulada: **“Factores de riesgos que influyen en enfermedades diarreicas agudas y su relación con la deshidratación en niños menores de 5 años, atendidos en el Centro de Salud de Los Ángeles – Loreto en Quevedo, durante el segundo semestre del 2014”**, cuyo principal síntoma es la diarrea, afectando al 25% de la población infantil en el Ecuador y ocasionando la muerte en niños menores de 5 años por deshidratación. Son más frecuentes en verano debido al clima que favorece la diseminación de las bacterias que las provocan. Con las altas temperaturas, aumenta el riesgo de deshidratación. Se estima que a nivel mundial las enfermedades diarreicas afectan a más del 26% de la población infantil existiendo la necesidad de intensificar las acciones con el objetivo de disminuir la incidencia de infecciones intestinales y la mortalidad de las mismas. El presente trabajo investigativo es de campo porque permitió reunir la información necesaria y aplicada porque generó conocimientos a las pacientes atendidas en el Centro de Salud de Los ángeles- Loreto en el Cantón Quevedo. Para conseguir datos de

causa de la diarrea aguda infecciosa. Cuyo resultados son: En pacientes con deshidratación en diarrea aguda infecciosa, los signos que mejor rendimiento tienen para diagnosticar deshidratación son: mucosa oral seca, ojos hundidos, presencia del pliegue cutáneo, llenado capilar y alteración del estado de conciencia. Dos o más signos hacen el diagnóstico. Está indicada la hospitalización en cualquiera de las siguientes condiciones: shock, deshidratación severa (mayor de 9% de pérdida de peso corporal), alteración del estado de conciencia (letargia, convulsiones, etc.), vómitos intratables o biliosos, falla en la terapia de rehidratación oral, si los familiares no pueden proporcionar adecuado cuidado en casa y si en sospecha de patología quirúrgica. En los pacientes con Deshidratación de diarrea aguda infecciosa, son criterios de severidad: El llenado capilar prolongado, el signo del pliegue positivo, hipotensión arterial, las alteraciones del patrón respiratorio y del estado de conciencia. (10)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Definición de Deshidratación

Pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales particularmente el sodio y el cloro. Se produce después de períodos de fiebre prolongada, diarrea, vómito, acidosis y en cualquier trastorno que produzca una rápida depleción de los líquidos corporales, tienen particularmente trascendencia en los lactantes y niños pequeños ya que en su equilibrio electrolítico es normalmente precario, entre los signos de deshidratación destacan la disminución de las turgencias de la piel que aparece seca y enrojecida, lengua blanquecina, oliguria, irritabilidad y confusión.

El objetivo principal del tratamiento en estos casos es restablecer el volumen normal de líquidos y el equilibrio electrolítico. Se considera deshidratación la pérdida de agua y electrolitos en el 60 a 70% de los niños que fallecen con diarrea, la causa directa de la muerte es la deshidratación. La intensidad y el tipo de deshidratación depende de la cantidad y composición (concentración y osmolaridad) de los líquidos orgánicos perdidos por las evacuaciones, el vómito, la orina, el sudor y las pérdidas insensibles. Cuando las pérdidas de agua y electrolitos sobrepasan la capacidad de absorción renal compensatoria, puede ocurrir intensidad o tipo de deshidratación, independientemente del microorganismo causal. Los pacientes con deshidratación por diarrea aguda, casi siempre

tienen un déficit de sodio, potasio y agua con acidosis metanólica, ésta última por pérdida de bases y retención de hidrogeniones.

La pérdida de sodio en niños con deshidratación grave por diarrea varía habitualmente entre 80/120 mmol. Por litro de agua con pérdidas semejantes del cloro y potasio, tanto los lactantes como los niños mayores y los adultos. Esto hace factible el uso de soluciones de composición semejante para el tratamiento de la deshidratación por diarrea aguda independientemente de la causa y la edad. Por las características particulares de la composición orgánica en la edad pediátrica, la deshidratación se observa con mayor frecuencia en niños que en adultos, siendo los lactantes los más vulnerables y las enfermedades diarreicas su causa más frecuente.

2.2.2 Manifestaciones clínicas y Causas de deshidratación

Según las manifestaciones clínicas de cada paciente en particular, la deshidratación se clasifica de acuerdo a su intensidad y a la concentración de sodio en el espacio extracelular. La forma más objetiva de clasificar la intensidad de la deshidratación es por medio de la variación del peso corporal en los lactantes, se considera deshidratación leve cuando la pérdida de peso corporal es menor de 5% deshidratación moderada, cuando la pérdida de peso es de 6 a 9%, y deshidratación grave cuando el peso es de 10% o más, en niños mayores se observan casos de deshidratación grave, cuando la pérdida de peso es mayor de

8%. Esta clasificación, en base al peso del paciente es poco práctica y realista, ya que pocas veces se cuenta con el peso previo reciente; por otra parte es difícil diferencia en base exclusivamente a las manifestaciones clínica entre un caso con deshidratación leve y moderada. Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud, ha modificado la clasificación clínica de la intensidad de la deshidratación, de tal forma de diferenciar entre la presencia de deshidratación moderada y la presencia de deshidratación grave que amerita una acción agresiva e inmediata.

Las causas más comunes de deshidratación son:

- escasa ingesta de líquidos durante una enfermedad;
- pérdida de líquidos a causa de diarrea y/o vómitos.

Los niños sanos pueden vomitar o tener heces blandas de vez en cuando sin deshidratarse. Sin embargo, la deshidratación puede ocurrir de manera repentina y ser muy peligrosa, especialmente en el caso de los bebés y los niños pequeños. Si los niños vomitan, tienen heces acuosas y no son capaces de beber, pueden perder líquidos rápidamente y enfermarse mucho.

2.2.3 Signos y síntomas comunes de deshidratación

Su niño puede presentar uno o más de los siguientes síntomas:

- desasosiego, somnolencia, irritabilidad;
- piel fría o sudorosa;

- bajos niveles de energía, por lo que parece muy débil o flojo;
- ausencia de lágrimas al llorar;
- boca y/o lengua secas y pegajosas;
- ojos hundidos o la zona blanda (fontanela) de la cabeza del bebé hundida;
- menores cantidades de orina, ausencia de orina durante 8 a 12 horas u orina de color oscuro.

2.2.4 Medición de la deshidratación

Idealmente, mediríamos la deshidratación pesando cuidadosamente el niño enfermo y comparando este peso con el peso del niño antes de enfermarse. La diferencia entre los dos pesos sería la cantidad de líquido que ha perdido el niño. Sin embargo, esto por lo general no es posible: diferentes balanzas arrojan pesos levemente diferentes y normalmente no se cuenta con una medición precisa del peso justo antes de que el niño se enferme.

Para determinar la gravedad de la deshidratación, los profesionales de la salud utilizan la Escala de deshidratación clínica. Usted también puede usarla. Le ofrecerá una guía que le permitirá determinar si su niño mejora, continúa igual o empeora. Un médico puede usar más resultados para evaluar la deshidratación, pero esta escala es un buen comienzo.

El cuadro asigna puntos para ciertos signos o síntomas que usted observa en su niño. Cuanto mayor es el puntaje total, peor es la deshidratación.

Para calcular el estado de deshidratación de su niño:

1. Anote los síntomas de su niño.
2. Para cada síntoma, busque los puntos que le corresponden en el cuadro.
3. Sume los puntos y determine el puntaje.

Por ejemplo, si su niño presenta las membranas mucosas secas (2 puntos), una reducción en la cantidad de lágrimas (1 punto) y un aspecto sudoroso (2 puntos), el valor total de puntos es de 5. Un puntaje de 5 puntos significa que su niño tiene una deshidratación de moderada a grave.

2.2.5 Escala de deshidratación clínica

	0	1	2
Aspecto general	Normal	Sediento, inquieto o aletargado pero irritable cuando se lo toca	Somnoliento, flojo, frío, sudoroso
Ojos	Normal	Levemente hundidos	Muy hundidos
Membranas mucosas*	Húmedas	Pegajosas	Secas
Lágrimas	Presentes	Reducidas	Ausentes

*Las membranas mucosas incluyen el revestimiento húmedo de la boca y los ojos.

Puntaje de 0 = no hay deshidratación

Puntaje de 1 a 4 = algo de deshidratación

Puntaje de 5 a 8 = deshidratación moderada a grave

(Goldman 2008)

2.2.6 Tratamiento de la deshidratación

El tratamiento de la deshidratación se basa en el grado de deshidratación de su niño.

a) **Deshidratación moderada a grave (puntaje de 5 a 8 en la Escala de deshidratación clínica)**

Lleve al niño al médico de inmediato para que realice una evaluación y comience el tratamiento.

b) Deshidratación leve (puntaje de 1 a 4 en la Escala de deshidratación clínica)

Ofrézcale a su niño una solución oral de rehidratación para reemplazar el agua y las sales que ha perdido. Las soluciones orales de rehidratación de venta en el mercado, como Pedialyte, Gastrolyte, Enfalyte u otras marcas, contienen una cantidad equilibrada de agua, azúcares y sales que favorece la absorción del líquido. Es mejor utilizar estos productos en lugar de agua sola o soluciones caseras, especialmente para los bebés y los niños pequeños.

Adminístrele a su niño 5 ml (1 cucharadita) cada 5 minutos y aumente la cantidad según la tolere hasta 30 ml (1 onza) cada 5 minutos. El objetivo debe ser de 25 ml a 50 ml por kilogramo de peso corporal en el transcurso de 1 a 2 horas. Esto significa que si su niño pesa 13 kg (29 libras), el objetivo sería administrarle un total de 325 ml a 650 ml (11 onzas a 22 onzas) de solución oral de rehidratación en el transcurso de 1 a 2 horas. Si su bebé es lactante, continúe alimentándolo con leche materna.

c) No hay deshidratación (puntaje de 0 en la Escala de deshidratación clínica)

Continúe ofreciéndole a su niño líquido y una dieta apropiada según la edad. Si su niño tiene vómitos o diarrea, adminístrele 10 ml/kg de

solución oral de rehidratación por cada episodio de diarrea o vómitos.

Continúe ofreciéndole a su niño cantidades pequeñas y frecuentes.

2.2.7 Tratamiento luego de la rehidratación

Una vez que su niño esté mejor hidratado, el siguiente paso es lograr que vuelva a comer como lo hace normalmente. Habitualmente, esto puede ocurrir alrededor de 4 a 6 horas después del último episodio de vómitos.

Ofrézcale a su niño los alimentos y las bebidas habituales que le gustan.

No es necesario que le dé una dieta restringida como la dieta antidiarreica (plátano, arroz, puré de manzana, tostadas). Sin embargo, evite ofrecerle a su niño alimentos con un alto contenido de azúcar o dulces, alimentos fritos o con alto contenido de grasas y alimentos picantes hasta que se haya recuperado.

No diluya con agua, solución oral de rehidratación u otro líquido el preparado para lactantes o la leche que le va a dar a su niño.

Si su niño tiene vómitos o diarrea continuos, adminístrele 10 ml/kg de solución oral de rehidratación por cada episodio de heces o vómitos.

También puede ofrecerle los alimentos y las bebidas habituales que le gustan. Aunque tenga diarrea, habitualmente resulta mejor continuar ofreciéndole leche y otros alimentos nutritivos que el cuerpo de su niño necesita para recuperarse y curarse.

2.2.8 Prevención de episodios futuros con solución oral de rehidratación.

Usted puede evitar la deshidratación ofreciéndole a su niño solución oral de rehidratación tan pronto como note los síntomas de deshidratación. Estas soluciones se consiguen en la farmacia en forma de líquidos listos para beber, chupetines helados y polvos. Los polvos resultan más fáciles de guardar y tienen una vida útil más extensa, pero se deben mezclar con mucho cuidado para evitar administrar la concentración equivocada.

Si su niño rechaza la solución oral de rehidratación en el biberón o en una taza, dásela con cucharita o utilizando una jeringa. La temperatura de la solución no es importante. Puede mezclar la solución con líquidos calientes, fríos o a temperatura ambiente, como lo prefiera su niño.

2.2.9 Cuándo solicitar asistencia médica

Comuníquese con el pediatra si:

- su niño se niega a beber la solución oral de rehidratación;
- su niño tiene vómitos persistentes.

Lleve a su niño al servicio de urgencias más cercano, o si es necesario llame al 911, si:

- su niño parece no recuperarse o se deshidrata más;
- hay sangre en la diarrea o el vómito, o el vómito se torna de color verde;

- su niño tiene un dolor que usted no puede tratar con facilidad o que no le permite beber una cantidad suficiente de líquidos;
- la diarrea dura más de 10 días.

2.3 Teoría de Enfermería

SOR CALLISTA ROY. “MODELO DE ADAPTACIÓN”

La hermana Callista Roy inició su carrera como enfermera en 1963, tras recibir su BS en enfermería en el Mount Saint Mary's College, en los Ángeles, en 1966 obtuvo su MS en enfermería y en 1977 su doctorado en Sociología por la Universidad de California, en los Ángeles. En 1964, Roy comenzó a trabajar en su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños para adaptarse a los cambios más significativos.

En 1976 publicó “Introduction to Nursing: An Adaptation Model”, en 1984 publicó nuevamente una versión revisada de su modelo.

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados.
- **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona integrada y total.

- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- **Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación.

Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

- **Focales**, los que enfrenta de manera inmediata.
 - **Contextuales**, que son todos los demás estímulos presentes.
 - **Residuales**, los que la persona ha experimentado en el pasado.
- Considera que *las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, auto concepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia*. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que en su intervención, la enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia

atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería.

Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; también la considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación.

El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

El modelo se basa también en la observación y su experiencia con niños, acabando éste en un proceso realizado por inducción. (11)

a) Metaparadigmas

Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo. La salud no consiste en liberarse de la

muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

Cuidado de enfermería: Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Persona: Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable.

Ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Por lo tanto es necesario conocer al paciente en todos los ámbitos para favorecer la evaluación y consecuentemente obtener mejores resultados en el cuidado. Esto puede llevarse a la práctica con mayor facilidad ya que exige una actitud crítica, reflexiva y comprometida con el paciente y no el

manejo estricto de conocimientos teóricos. Además permite la relación, el establecimiento de vínculos con el paciente y participación por parte de él, que hará más fácil el diagnóstico o mejoramiento de la enfermedad.

2.4 Definición de Términos

- **Deshidratación.-** Pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente el sodio, potasio y cloro.
- **Deshidratación isotónica** (contracción de volumen isotónica o depleción de volumen isotónica): Se pierden cantidades proporcionales de agua y sodio ($130 \text{ mmol/L} < \text{Na} < 150 \text{ mmol/L}$).
- **Deshidratación hipertónica** (contracción de volumen hipertónica o depleción de volumen hipertónica): Se pierde proporcionalmente mayor cantidad de agua que de sales ($\text{Na} > 150 \text{ mmol/L}$).
- **Deshidratación hipotónica** (contracción de volumen hipotónica o depleción real de sodio o depleción de volumen hipotónica): Se pierde proporcionalmente más cantidad de sales que agua ($\text{Na} < 130 \text{ mmol/L}$).
- **Deshidratación Ligera:** Cuando hay pérdidas del 2 % del peso corporal y los síntomas son escasos, solamente hay sed.

- **Deshidratación Moderada:** Cuando ocurren pérdida del 6-30 % del peso corporal; hay sed, sequedad de la piel y mucosas, hipotensión postural, oliguria, pérdida de la turgencia cutánea, obnubilación, náuseas y vómitos.
- **Deshidratación severa:** Pérdida de más del 30 % del peso corporal, hay intensificación de síntomas previos.
- **Rehidratación oral.-** La rehidratación oral es un tratamiento efectivo y de bajo coste. En un proceso leve o moderado puede evitar agravamientos y las hospitalizaciones necesarias para rehidratar mediante suero por vía intravenosa. Evita la deshidratación.
- **Intervención de Enfermería.** Las Intervenciones son las actividades o acciones encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que se pueda alcanzar resultados establecidos previamente, de tal forma que la intervención está basada en el conocimiento y juicio clínico para favorecer el resultado esperado del paciente.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Los datos se recogieron de datos estadísticos de pacientes que acudieron al servicio por un problema de salud, como EDA que lleva a la deshidratación. Se hizo una lectura del total de historias clínicas, sacando datos importantes, tanto de la anamnesis, anotaciones de enfermería, evaluación médica, tratamiento y exámenes de laboratorio.

Se tomó en cuenta los datos desde el año 2014 al 2016 del historial estadístico del servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital San Bartolomé.

Asimismo se revisó los libros de ingresos y egresos del servicio de Emergencias pediátricas y así también como las Normas Institucionales Administrativas como funcionales y la revisión de guías de procedimientos de la Institución, así como la misión, visión del servicio.

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia laboral inicia en el año 1999 realizando mi SERUMS (Servicio Rural y Urbano) de Modalidad electiva en el Hospital de Apoyo I, Villa Rica, Provincia de Oxapampa, Departamento de Cerro de Pasco. Posteriormente ingreso al Centro de Salud "La Preventiva" – Rímac en el

año 2000 (Febrero), en donde laboré 1 a 9 años, luego en el Centro de Salud Ciudad y Campo 4 meses siendo destacada al Centro de Salud Cueto Fernandini en los Olivos. Asimismo seguí laborando en la Provincia de Andahuaylas en DISA – Apurímac II, y el Centro Materno San Jerónimo del mismo departamento en los años 2006 y 2007.

De Enero a Setiembre del 2008 laboré en el Hospital Canto Grande – San Juan de Lurigancho.

En Octubre del 2008 ingreso al Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé y paso a formar parte del equipo del servicio de Emergencia Pediátrica. Actualmente vengo laborando 8 años en el Servicio de Emergencia Pediátrica.

Como Enfermera Asistencial inicio mis funciones de Enfermería, llegando puntual al reporte de enfermería, asimismo obteniendo el reporte y ocurrencias en los pacientes hospitalizados, para observación de la Unidad de shock trauma y pacientes ambulatorios. También hacemos entrega de material e insumos de stock y coche paro, como también las salidas de ambulancias que realiza el personal de enfermería designando para el día, en transportar a los pacientes y todo lo ocurrido durante el turno antecesor, como personal nombrado de enfermería vengo laborando 8 años en el Servicio de Emergencia Pediátrica, cumplo mis funciones, realizando un trabajo en equipo multidisciplinario, médico, enfermera, personal técnico de enfermería, servicio asistencia y el área de admisión de pacientes en

situaciones críticas que acuden al servicio de Emergencias, Hago mención que como Enfermera, realizo funciones asistenciales, administrativas y docente por que el Hospital es un Hospital Docente en donde hacen su rotación los alumnos de enfermería, técnicas de enfermería e internos de medicina.

A lo largo de mi experiencia profesional durante estos años he aprendido que la enfermera cumple una labor digna y de sacrificio en una Unidad Crítica, en donde ella es líder, capaz de manejar y tomar control de situaciones de stress y de dar soluciones como: apoyo emocional al paciente – familia, para minimizar la dolencia del paciente y de dar seguridad al que lo necesita.

En el Hospital en estos últimos años (03 años) se observa el incremento al paciente por estar considerado como un hospital de referencia a nivel nacional, para brindar atención especialidad, asimismo se suma lo de Lima –Cercado, sino también de los demás distritos ya que los mismos pacientes y familiares refieren que reciben una calidad y calidez en el cuidado de enfermería humanizado en su atención.

Las visitas médicas son programas de acuerdo a las especialidades de Hospitalización, como médicos internistas para medicina, cirujanos, Pediatras, ginecólogos y traumatólogos/o gastroenterólogo si hubiera el caso.

Funciones desarrolladas en la actualidad

a) Área Asistencial en General

- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en el paciente.
- Realizar y controlar la recepción del paciente revisando la historia clínica.
- Controlar y ejecutar cuidados de enfermería aplicando los diagnósticos de la NANDA.
- Identificar pacientes con signos y síntomas de alarma.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferente vía.
- Planificar, controlar y ejecutar la preparación del paciente en: radiografías, ecografías y otros.
- Decidir administrar oxígeno por diferentes métodos.
- Evaluar y comunicar estado neurológico del paciente pediátrico a través de la escala de Glasgow y otros.

b) Área Administrativa

- Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias.
- Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de las actividades de enfermería.

- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticas.
- Desarrollar actividades administrativas de la composición del trabajo de equipo de enfermería.
- Participar o dirigir las reuniones del servicio d enfermería que sean programadas por el equipo de trabajo d enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.
- Participar en el pase de visitas en conjunto de médicos y enfermera.
- Planificar, controlar y supervisar los pases de visitas.
- Dirigir, controlar y supervisar la entrega y recibo del servicio.

c) Área Docencia

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería, estudiantes de enfermería y otros profesionales de salud.

- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería y estudiantes de enfermería.
- Coordinar cursos, estancias u otros en el servicio.
- Impartir docencia en el puesto de trabajo.

d) Área Investigativa

En el área de investigación, aún no se desarrollan investigaciones, pero se cuenta con guías, protocolos y manuales que se encuentran en constante revisión y actualización.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

La deshidratación es más probable que ocurra en bebés y niños pequeños que en niños mayores o en adultos debido a que los cuerpos pequeños son capaces de almacenar menos fluidos y de perderlo más rápidamente.

Además, los niños tienen un área de superficie corporal mayor en relación con su peso que un adulto, lo que significa que el riesgo de deshidratación de un niño es mayor que en un adulto.

Los efectos de la deshidratación pueden ser serios, y en ocasiones incluso fatales, ya que pueden desencadenar convulsiones, insuficiencia renal, coma e incluso la muerte.

A continuación explicaré un caso relevante en mi servicio sobre deshidratación:

Niño de 5 años, 18 kilos con deshidratación leve o moderada estimada en 5% y sodio sérico de 137 mEq/l.

Plan: Solución glucosada al 5%.....	1000 cc
Cloruro de sodio 3M.....	20cc
Cloruro de Potasio 3M.....	10cc

Goteo: 87.5 ml/hora

COMENTARIOS La evolución clínica de la paciente fue favorable, fueron desaparecieron los vómitos y las deposiciones diarreicas fueron disminuyendo en intensidad y frecuencia, de manera que mejoraron las manifestaciones de deshidratación. La diarrea había cesado, por lo cual se le dio de alta al paciente con mejoría total de los síntomas y buena vitalidad fetal.

Innovaciones - Aportes

- ✓ Se logró involucrar la participación del personal en el servicio (trato humanizado con la madre del niño).
- ✓ Se brindó educación individualizada a los familiares de los niños con riesgo de deshidratación

Limitaciones para el desempeño profesional

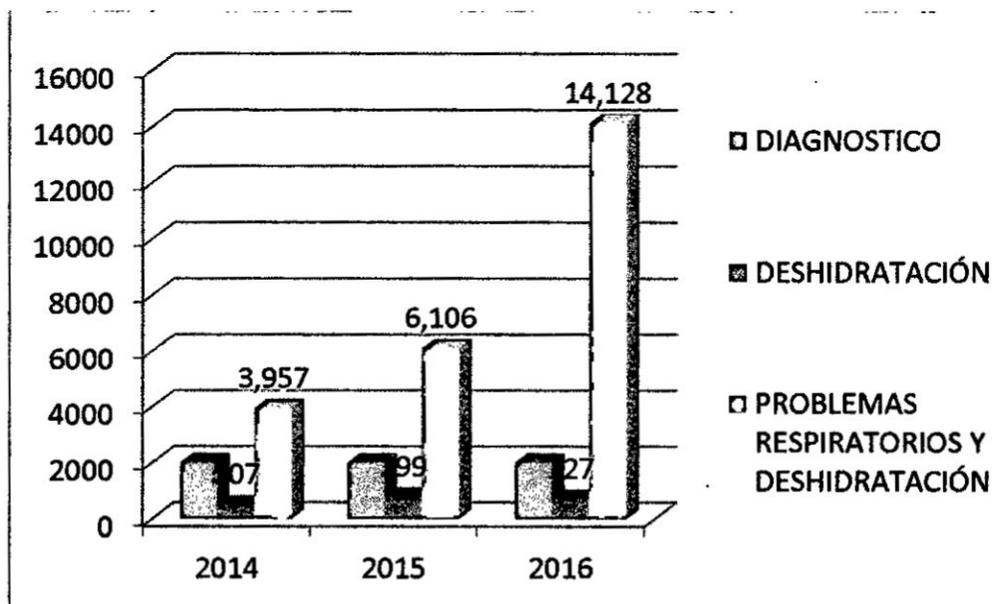
- ✓ Aumento de niños por deshidratación en fechas no citadas acuden a la atención.
- ✓ Aumento de niños transeúntes y niños de EsSalud que acuden a nuestro establecimiento.
- ✓ Falta de personal para la atención de los niños.
- ✓ Falta de personal para realizar seguimientos a los niños con deshidratación
- ✓ Abandono de algunos familiares directos o responsables del niño; lo cual dificulta educarlos y orientarlos en la prevención de la deshidratación
- ✓ Bajo grado de instrucción de familiares de los niños, no permite que se logre la participación activa en los cuidados de los niños y falta de apoyo del equipo de gestión.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 4.1

Pacientes pediátricos con deshidratación que acuden al servicio de emergencias pediátricas del Hospital San Bartolomé Docente Madre Niño Lima 2014-2016

DIAGNÓSTICO	2014	2015	2016
DESHIDRATACIÓN	507	799	727
PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y DESHIDRATACIÓN	3,957	6,106	14,128
	3,957	6,905	88,555

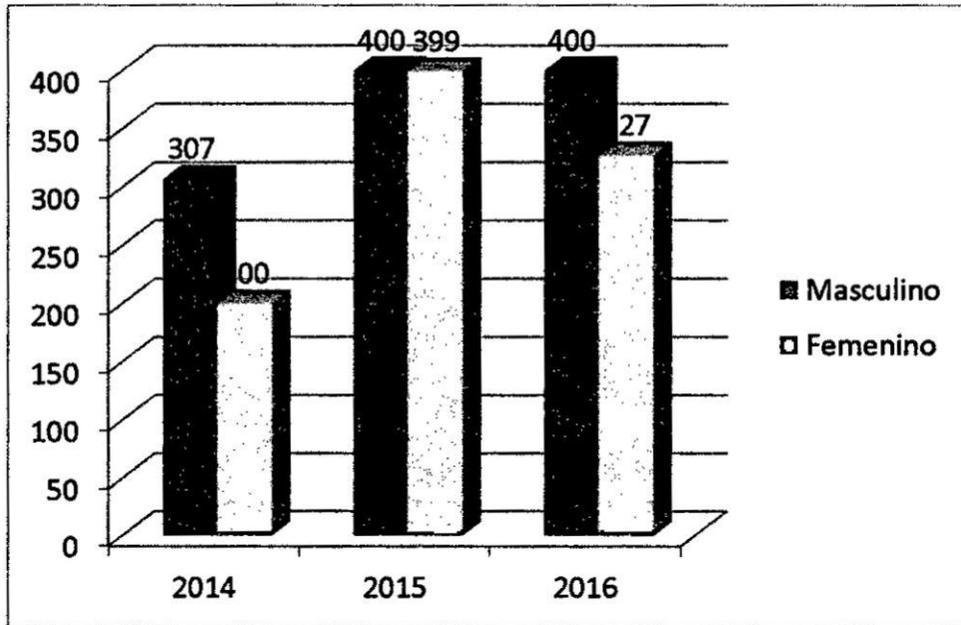


De acuerdo a la gráfica podemos ver que la incidencia de pacientes fue en el año 2014 ingresaron 507 pacientes, seguido en el año 2015 799 y por último en el año 2016 727 pacientes con diagnóstico de deshidratación.

Tabla N° 4.2

Sexo de pacientes pediátricos con deshidratación que acuden al servicio de emergencias pediátricas del Hospital San Bartolomé Docente Madre Niño Lima 2014-2016

Sexo	2014	2015	2016
Masculino	307	400	400
Femenino	200	399	327

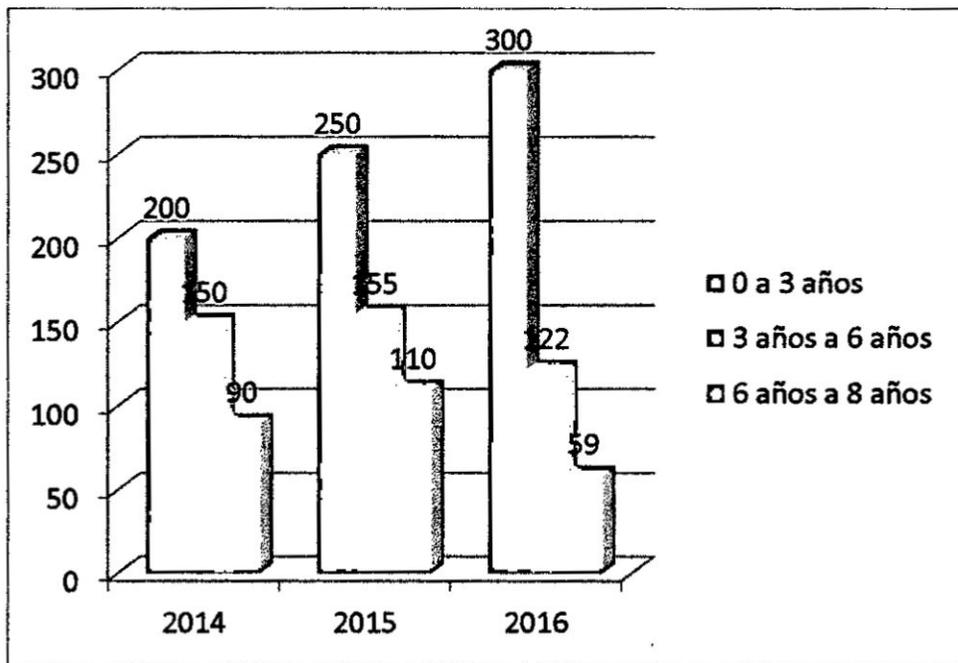


De acuerdo al gráfico 4.2 podemos apreciar que hubo más incidencia en el sexo masculino en los años 2014 (307 pacientes) en el 2015 (400 pacientes) y el 2016 (400 pacientes), mientras que el sexo femenino hubieron menos casos de pacientes que acudieron al servicio de emergencias pediátricas.

Tabla N° 4.3

Edad de pacientes pediátricos con deshidratación que acuden al servicio de emergencias pediátricas del Hospital San Bartolomé Docente Madre Niño Lima 2014-2016

Edad	2014	2015	2016
0 a 3 años	200	250	300
3 años a 6 años	150	155	122
6 años a 8 años	90	110	59

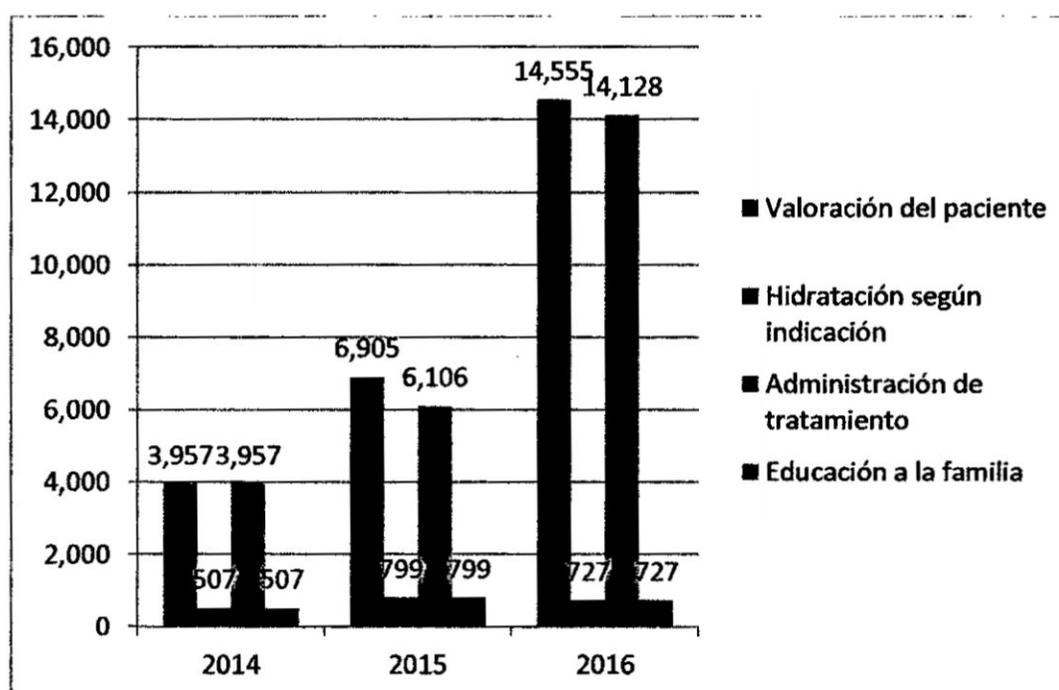


De acuerdo al gráfico 4.3 podemos apreciar que hay más incidencia significativa de pacientes de 0 a 3 años en los años 2014 (200), 2015 (250) y 2016 (300), seguido de 3 a 6 años, y por último de 6 a 8 años.

Tabla N° 4.4

Cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con deshidratación que acuden al servicio de emergencias pediátricas del Hospital San Bartolomé Docente Madre Niño Lima 2014-2016

CUIDADO DE ENFERMERÍA	2014	2015	2016
Valoración del paciente	3,957	6,905	14,555
Hidratación según indicación	507	799	727
Administración de tratamiento	3,957	6,106	14,128
Educación a la familia	507	799	727



De acuerdo al gráfico 4.4 se evidencia los principales cuidados de enfermería, como la valoración general del paciente así como de la hidratación y la administración de tratamiento. Por otro lado, la hidratación a pacientes sin problemas respiratorios no es superior a los 1000 pacientes al año.

V. CONCLUSIONES

- a) Durante los años de servicio laboral profesional he desarrollado habilidades y destrezas en la atención y cuidado de los pacientes con deshidratación que acuden al servicio de emergencias pediátricas.
- b) La valoración inicial, y monitoreo constante del estado de hidratación del paciente garantizan una atención oportuna, así como la prevención de complicaciones en el tratamiento y recuperación.
- c) Los casos de deshidratación de pacientes pediátricos que ingresan al servicio de emergencia pediátrica son principalmente de 0-3 años de edad, por lo que es esencial educar a la madre en la identificación temprana de signos de alarma, así como la actuación inmediata o referencia un centro de atención especializada.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales de Enfermería, realizar estrategias que puedan dar al paciente pediátrico una atención oportuna, de calidad, calidez y cuidado humanizado. Así mismo, el capacitarse continuamente fortalecerá la atención del paciente deshidratado, evitando así las complicaciones que pongan en riesgo la salud del paciente pediátrico.

- b) Fortalecer la atención y los cuidados de los pacientes pediátricos con deshidratación leve, moderada, severa, con shock y sin shock para brindar una atención oportuna frente a las limitaciones que existen en el hospital, generando así obstáculos que retrasan la atención rápida del paciente.

- c) Educar al familiar acompañante del paciente en los cuidados que debe tener en el manejo de la deshidratación, teniendo en cuenta los signos de alarma, así como también la higiene y el buen manejo en la manipulación de los alimentos.

VI. REFERENCIALES

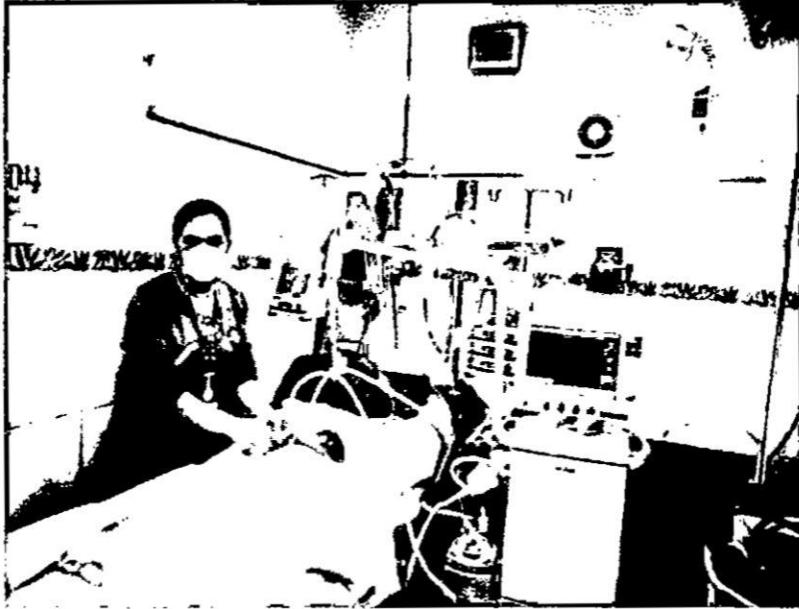
1. FLEISHER GR, Ludwig S, Henretig FM. Textbook of pediatric emergency medicine. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Manual de tratamiento de la diarrea [Internet]. Washington: OPS; 2010. p.1. [citado 12 de marzo de 2015]. Disponible en:

<http://bvs.per.paho.org/texcom/colera/047014.pdf>
3. GIUGNO S, ODERIZ S. Etiología bacteriana de la diarrea aguda en pacientes pediátricos. Acta Bioquím. Clín. Latinoam [Internet]. 2010 Mar [citado 25 de mayo de 2013]; 44(1). Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572010000100009&lng=es&nrm=iso.
4. SÁNCHEZ Santos L, AMARO CANO MC. Salud Pública en Cuba. En. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. V.I. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 1-6.
5. MINSA " Normas para la prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años Lima – Perú 2013

6. ANDRADE GARCÍA, DIANA MARICELA, Ecuador (2013) en su tesis titulada: "Conocimientos y prácticas maternas para prevenir la Deshidratación en los niños con "E.D.A" del "Centro de Salud N° 1 Pumapungo". Cuenca, 2013
7. BOTAS SOTO, Irene; FERREIRO MARÍN, Alejandro y otros. México (2012), titulado "Deshidratación en niños",
8. BERNIS MAREN; Melvis; ÁVILA LABRADA; Mayelin, Cuba (2013). En su artículo original titulado "Factores de riesgo de Deshidratación en niños con diarreas. Hospital "General Luís A. Milanés Tamayo". 2012-2013,
9. BAJAÑA ZAMBRANO, Levida Esther, Ecuador (2015) en su tesis titulada: "Factores de riesgos que influyen en enfermedades diarreicas agudas y su relación con la deshidratación en niños menores de 5 años, atendidos en el Centro de Salud de Los Ángeles – Loreto en Quevedo, durante el segundo semestre del 2014"
10. GONZALES S., Carlos; BADA M. Carlos, Lima (2011) en su Revista titulada "Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la deshidratación en la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú – 2011,

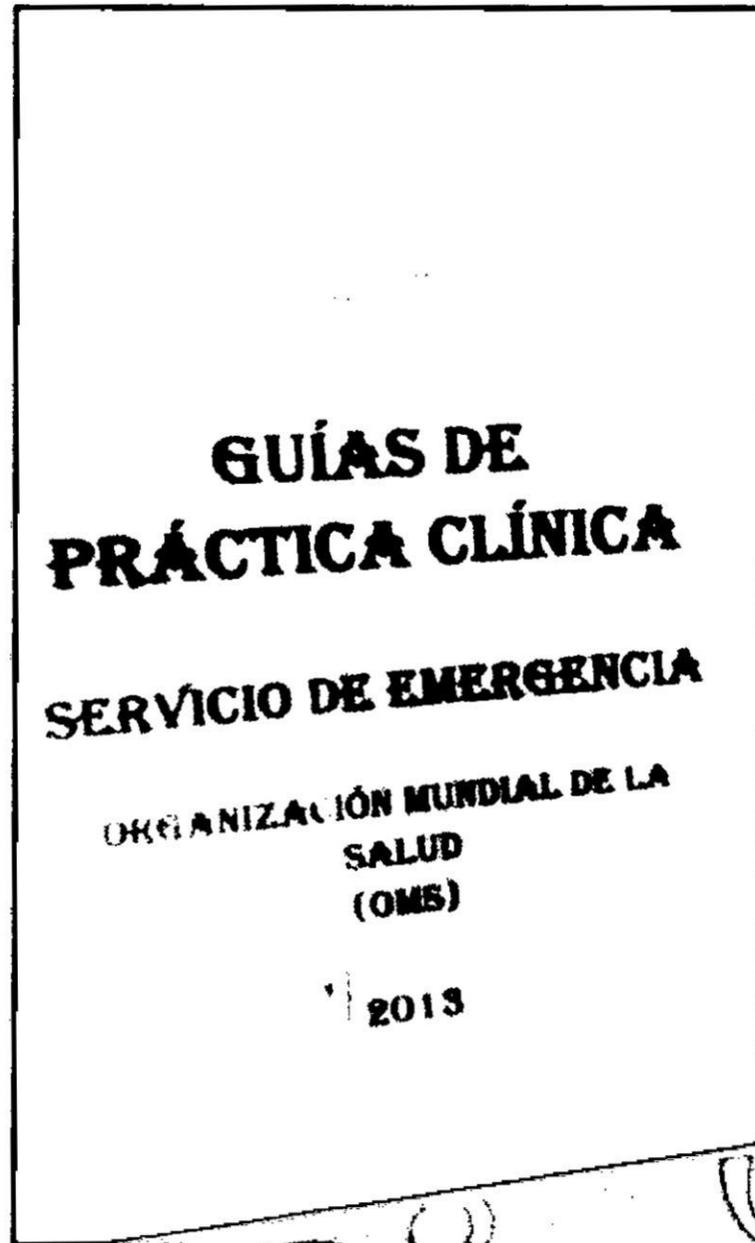
ANEXOS

Anexo 01: Paciente con deshidratación severa con shock



Anexo 02: Deshidratación moderada





Anexo 05: Orden de hospitalización

HOSPITAL SAN BARTOLOME
GERIATRIA
EMERGENCIA

HISTORIA CLINICA:

ORDEN DE HOSPITALIZACION

WBO No.
 'S' 'W' 'O' 'L' 'D' 'E'

CATEGORIA SEÑ

FECHA DE INGRESO

FECHA DE EGRESO

SERVICIO SOCIAL

CATEGORIA A % DESCUENTO CONVENIOS

CATEGORIA B % DESCUENTO IPSS CAMILLAS

CATEGORIA C % DESCUENTO COLIGIOS OTROS

NOMBRES

DIRECCION

CALLE, JR., AV., LT. N/A. No. DE LOTE LUGAR

DISTRITO

CODIGO DE UBIGE

OX. DE INGRESO 1)
 2)
 3)

DEPARTAMENTO No. DE CAMA:

LUGAR DE INGRESO CONSULTORIO
 EMERGENCIA
 TRANSFERENCIA ESPECIFIQUE

ESPECIFIQUE

NOMBRE DE FAMILIAR DEL PACIENTE

No. DE L.E.

FIRMA Y CODIGO DEL COLEGIO MEDICO

NOTA: ES RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ADMISION Y DEL MEDICO LLENAR ESTE FORMATO

Anexo 06: Anamnesis



UNIDAD DE CAPACITACION PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA (UCPTD) PLAN B

ANAMNESIS

F. Ingreso: ___/___/___
Hora (0-24): ___/___

NOMBRES: _____
DIRECCION: _____

- 1.- F. Nacimiento: ___/___/___
- 2.- Edad: ___/___/___
- 3.- Sexo: F () M ()
- 4.- Duración de Diarrea ___ día ___ horas
- 5.- N. Deposiciones 24 H. Previas _____
- 6.- Características de deposición
 - () Líquida o Acuosa () Disentérica
 - () Semilíquida () Otros. _____
- 7.- Presencia moco y/o sangre en Deposiciones
 - () Sin moco y sin sangre
 - () Solo con moco
 - () Solo con sangre
 - () Con moco y con sangre
- 8.- Disminución del Volumen urinario en las 24 hs. Previas.
 - () Si () No () No Sabe
 - Hrs última micción _____
- 9.- Fiebre
 - () Si () No () No Sabe
- 10.- Vómitos en 24 horas previas:
 - () Si No. de vómitos _____
 - () No () No Sabe
- 11.- Dolor abdominal:
 - () Si () No () No Sabe
- 12.- Hiporexia en 24 horas previas
 - () Si () No () No Sabe
- 13.- Convulsiones 24 hs. previas
 - () Si () No () No Sabe
- 14.- Lactancia Materna al iniciar enfermedad
 - () Si, exclusiva () Si, Mixta
 - () No () No sabe
- 15.- Fluidos orales en 24 horas previas
 - () Si SRO.OMS () COC. ARROZ ()
 - SRO. CASERO () SRO. COM ()
 - Otros _____
 - () No
- 16.- Vol. Aproximado de fluidos orales administrados 24 hs. Previas _____
- 17.- Alimentación 24 hrs. Previas
(Describe) _____
- 18.- Distensión abdominal
 - () Si () No () No Sabe
- 18.- Tos
 - () Tos sola () No
 - () Tos + catarro nasal
- 20.- Medicamentos Utilizados durante este episodio.
 - () Antibióticos: * () Antieméticos: *
 - () Antidiarréicos: * () Otros: *
- 21.- Número episodios de diarrea anterior actual _____
- 22.- Servicios básicos Intradomiciliarios
 - () Con agua potable y desagüe
 - () Con agua potable sin desagüe
 - () Sin agua potable sin desagüe
- 23.- Historia Clínica Narrativa: _____

- 24.- Antecedentes: _____



Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

Departamento de Enfermería

Servicio de Emergencia Pediátrica

Servicio de Emergencia Pediátrica

"Año de la Consolidación del Mar de Grau".

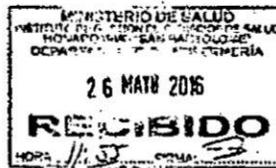
NOTA INFORMATIVA N° 110- 2016- SEP-DE-HONADOMANI-SB.

A : Mg. Mirlam Ortiz Espinoza
Enf. Jefa del Departamento de Enfermería.

Asunto : Guías de Intervención de Enfermería

Fecha : 26 de Mayo del 2016

Me dirijo a Ud. para saludarla muy cordialmente y a la vez hacerle llegar las Guías de Intervención de Enfermería del Servicio de Emergencia Pediátrica.



Atentamente.

ETR.

AMEXO 08



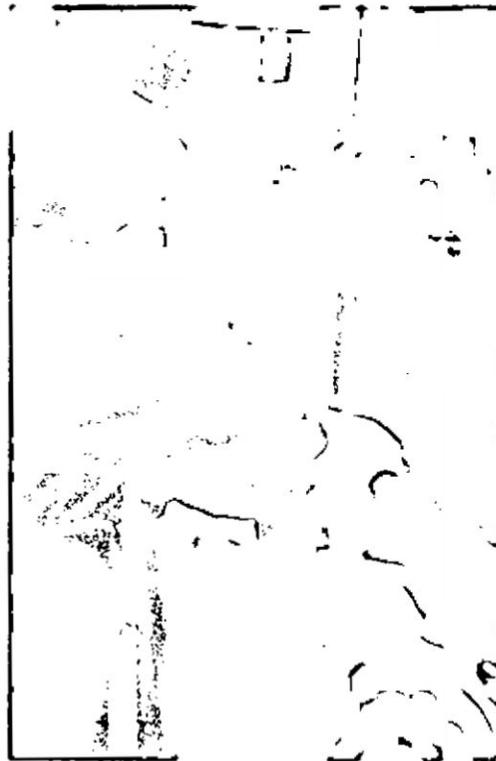
Instituto de Gestión
de
Servicios de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre ASIS San Carlos

Departamento de
Enfermería

Servicio de
Emergencia
Pediátrica

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HONADOMANI – SB



2016

ANEXO 09

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA:

- **Mg. Miriam Ortiz Espinoza**

JEFA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA:

- **Lic. Elsa Antonia Tasayco Retuerto**

ELABORADO POR:

- **Lic. Jessica Mogollon Vigo**
- **Lic. Vilma Melgar Salcedo**
- **Lic. Miriam Magallanes Hernández**
- **Lic. Guiliana Medina Grimaldo**
- **Lic. Liliana Cueva Flores**
- **Lic. Lizet Oscco Valenza**
- **Lic. Raquel Calderón Villavicencio**
- **Lic. Rosa Moreno Zurita**
- **Lic. Luis Esteban Munayco**
- **Lic. Aurelia Vega Salazar**
- **Lic. Janeth Briceño Fernandini**
- **Lic. Mabel Parra Tello**
- **Lic. Yanina Céspedes Castro**
- **Lic. Rosario León Sánchez**
- **Lic. María Ramos Pillaca**
- **Lic. Roxana Roldan Espinoza**
- **Lic. Flor De María Quea Vélez**

MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICÍTIS AGUDA

Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de enfermería	Complicaciones	Intervenciones Interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicador de seguimiento
<p>00060 Interrupción de los procesos familiares R/C cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.</p>	<p>2600 Familiares mostrarán gradualmente Afrontamiento de los problemas de la familia.</p>	<p>7140 Apoyo a la familia. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> * Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. * Favorecer una relación de confianza con la familia. * Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas. </p> <p>5230 Aumentar el afrontamiento. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> * Alentar a la familia manifestar sus sentimientos por el miembro familiar </p>	<p>Trastornos de adaptación.</p>	<p>Médico pediatra, Médico Cirujano Pediatra y Enfermera Especialista.</p>	<p>IV</p>	<p>Estrategias de afrontamiento familiar.</p>

ANEXO 10