



Universidad
Nacional
de Córdoba



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



EE
Escuela de
Enfermería | **FCM**



2018 - "Año del Centenario de la Reforma Universitaria"

ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO

TRABAJO FINAL INTEGRADOR PRESENTACION DE UN CASO- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Autora: Calderón, Liliana del Valle

Tutoras: Dra. Cometto María Cristina

Dra. Gómez Patricia

Córdoba, Julio de 2019

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios por sobre todas las cosas, por darme las fuerzas necesarias y por acompañarme durante todo este tiempo para concluir con esta etapa.

A mi madre quien estuvo apoyándome para seguir creciendo profesionalmente.

A los docentes de la Especialidad en Enfermería en Cuidados Críticos, tutoras Dra. Cometto, María Cristina y la Dra. Gómez, Patricia Fabiana quienes me han guiado durante estos dos años con la mejor dedicación y profesionalismo que un alumno necesita.

Y por último, a los profesionales que se desempeñan conmigo en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad que aportaron sus conocimientos.

DATOS DE LA AUTORA

Calderón Liliana del Valle, Lic. en Enfermería, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba .

Actualmente cumple funciones operativas en terapia intensiva del hospital de niños de la Santísima Trinidad de Córdoba.

INDICE

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7-8
Desarrollo.....	9-14
Presentación de caso.....	15-16
Proceso de Atención de Enfermería	17-25
Conclusión.....	26
Referencias bibliográficas.....	27-29

RESUMEN

Introducción: El siguiente trabajo es la presentación de un caso de un paciente que ingirió accidentalmente soda caustica, fue atendido en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, con el que se planifica un Proceso de Atención de Enfermería con los Patrones de Mayory Gordon. La ingesta de Causticos representa un grave problema, de consecuencia desastrosas tanto en el esófago como en el estomago. La mayoría de las ingestas de productos cáusticos se produce de manera accidental y en el hogar. El grupo de mayor riesgo son los niños menores de 5 años, con un pico de incidencia alrededor de los 2 años. Los cáusticos más frecuentemente utilizados son productos de limpieza, blanqueadores, detergentes, cosméticos, tintes, jabones, entre los cuales podemos identificar ácidos (ácido clorhídrico, sulfúrico, acético) o álcalis (lejía, soda caustica, hidróxido de litio). La ingesta accidental de soda caustica puede provocar lesiones de gran compromiso del tracto digestivo superior, desde una pequeña quemadura en la mucosa hasta la necrosis total de la pared del tubo digestivo.

Palabras claves: Ingesta caustica, Acido, Alcanis, enfermería, PAE

ABSTRACT

Introduction: The following work is a case of a patient who ingested Caustic soda, who was treated at the Children's Hospital of the Santísima Trinidad in Cordoba, with which a Nursing Care Process is planned with the Patterns of Mayory Gordon. The intake of Caustics represents a serious problem, with a devastating consequence both in the esophagus and in the stomach. Most intakes of caustic products occur accidentally and at home. Children under five years of age are at the highest risk, with a peak incidence around two years. The most frequently used caustics are cleaning products, bleaches, detergents, cosmetics, dyes, soaps, among which we can identify acids (hydrochloric acid, sulfuric ,acetic) or alkalis (bleach, caustic soda, lithium hydroxide). The accidental intake of Caustic Soda can cause injuries of great compromise of the upper respiratory tract, from a small burn in the mucosa to the total necrosis of the wall of the digestive tract.

Key words: austic intake, Acid, Alcanis, nursing, nursing care process

INTRODUCCION

El siguiente trabajo es el caso de un paciente que ingirió Soda Caustica que fue atendido en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, con el que se planifica un Proceso de Atención de Enfermería con los Patrones de Mayory Gordon.

La ingesta de cáusticos representa un grave problema, a menudo de consecuencias desastrosas, tanto sobre el esófago como en el estomago. La mayoría de las Ingestas de productos Causticos se producen de forma accidental y en el hogar. El grupo de mayor riesgo son los niños menores de 5 años, con un pico de incidencia alrededor de los 2 años. Momento en que los niños logran autonomía para la deambulación y búsqueda pero carecen de habilidades para el reconocimiento de situaciones de riesgo.

Se pueden producir ingestas voluntarias en adolescentes, con ingesta mayor de la cantidad del producto, y por consecuencia, sufrir mayor riesgo de lesiones graves del tracto digestivo.

La ingesta del caustico se relaciona con el tipo de producto acido o álcali, las propiedades físicas liquido, polvo y las propiedades químicas concentración PH. La actividad ingerida también influye en el riesgo de aparición de lesiones digestivas y esta va a depender principalmente del motivo principal de la ingesta, accidental o voluntaria, así como del envasado del producto, envase original, el sabor y el olor.

La presentación clínica del paciente con ingesta de Caustico abarca un amplio espectro que incluye desde el niño asintomático hasta el gravemente enfermo con signos de perforación y de Shock.

Existe una amplia variedad de soluciones con propiedades corrosivas.

Los cáusticos más frecuentemente identificados son productos de limpieza, blanqueadores, detergentes, cosméticos, tintes, jabones, entre los cuales podemos identificar ácidos (ácido clorhídrico, sulfúrico, acético) o álcalis (lejía, soda caústica, hidróxido de litio).

La ingesta accidental de soda caústica puede provocar lesiones con gran compromiso del tracto digestivo superior, desde una pequeña quemadura en la mucosa hasta la necrosis total de la pared del tubo digestivo.

En el siguiente trabajo de búsqueda bibliográfica, se presenta un caso clínico, como lo dijimos anteriormente, de un paciente de 12 meses de edad que ingirió Soda Caústica, aplicando un Proceso de Atención de Enfermería, basándose en la Teoría de Mayory Gordon.

DESARROLLO

En la población pediátrica la Ingesta de cáusticos sigue siendo un grave problema médico- social. Su prevención es esencial para evitar las lesiones, el pronóstico de los cuales parece guardar más relación con el daño inicial que con los diferentes tipos de tratamientos utilizados (1).

En España alrededor de un 5% de los accidentes domésticos se produce por la ingestión de sustancias causticas. Una de las características más importante en los casos de ingesta en la edad pediátrica es que generalmente se producen de manera accidental, mientras que en adolescentes y adultos la ingesta es usualmente ingerida de forma deliberada (2).

La facilidad para adquirir soluciones de álcalis y ácidos para su uso en el hogar, así como la introducción de nuevos potentes limpiadores alcalinos concentrados, han producido un aumento de la frecuencia de estos accidentes. Las cifras de incidencia real varían según la estructura del país (3).

En Francia alcanza hasta el 4,5% del total de ingresados por accidentes de ingesta causticas. En áreas del Norte de Europa, la frecuencia anual alcanza unas cifras del 5 / 1000 000 pacientes de menos de 16 años, de los que el 94% son menores de 5 años. En Estados Unidos, anualmente, se producen más de 5000 casos de ingestión de sustancias químicas causticas, de estos, el 50%-80% ocurren en la infancia. En 12 años Estados Unidos redujo en un 30% el número de ingestiones y un 35% la tasa de hospitalización. La causa residió en las restricciones en los permisos de fabricación y envasado de estos productos, así como el incremento de los cuidados por parte de los usuarios (4) .En nuestro país, no existen datos epidemiológicos y tan solo se conocen algunos datos aislados de algunas zonas geográficas (5). En Acta Toxicológica Argentina (2009), reportaron a través del Registros y Estadísticas de consultas Toxicológicas de Córdoba, 254

niños que fueron atendidos en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba en un periodo entre 2001 y 2008, todos entre en 1 y 5 años de edad (6).

Los agentes cáusticos son sustancias o elementos cuya naturaleza físico química determina que, al ponerse en contacto con los tejidos, ocasionan lesiones semejantes a las quemaduras con inflamación aguda, formación de ampollas, escaras y necrosis, que pueden llegar a la perforación de los tejidos involucrados (7).

La gravedad de las lesiones que se pueden presentar, tras la ingestión de tales sustancias, dependen de la naturaleza y toxicidad de las mismas, así como de su concentración, cantidad deglutida, localización de las quemaduras, estado de la mucosa en el momento de la digestión y presencia o ausencia de alimentos. El lugar de asiento de las lesiones varía también notablemente en dependencia si el paciente deglute o no la sustancia (8).

Las sustancias causticas alcalinas con un PH superior a 12 producen necrosis por licuefacción con destrucción de las membranas celulares por saponificación, acción solvente sobre las lipoproteínas y a la vez trombosis de vasos sanguíneos, por lo que pueden rápidamente penetrar en la pared del tubo digestivo, pudiendo perforar. Las sustancias causticas acidas con un PH menor a 2 suelen ser inodoras e insípidas, provocan intenso dolor en la orofaringe por lo que provocan, reflejos protectores, producen necrosis por coagulación con la formación de una escara protectora que limita de alguna manera la injuria y la penetración del caustico (9).

El espectro sintomático de las lesiones por cáusticos es amplio y oscila desde casos asintomáticos hasta situaciones que comprometen la vida del enfermo, como la perforación (10).

Es importante averiguar el tipo y la cantidad de sustancia ingerida, así como el tiempo transcurrido desde su consumo hasta el momento de recibir la atención médica, si ocurrió de forma accidental o intencionada o si le habían administrado algún producto al paciente para neutralizar o diluir la materia o líquido digerido (11).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: Sialorrea y lesiones bucales, disfonía o estridor, o ambos (como signos de compromiso de la laringe, epiglotis o faringolarige así como odinofagia y disfagia. dolor epigástrico, náuseas, vómitos borraeos o hematemesis franca, taquipnea, disnea. estridor y choque con mediastinitis o sin ella (indicativos de perforación esofágica). En presencia de perforación gástrica fuerte reacción peritoneal y contractura abdominal (12).

Diagnostico: es importante realizar un buen interrogatorio a los padres con respecto al tipo de caustico ingerido, el volumen ingerido, el tiempo trascurrido desde la ingesta, si se han realizado medidas para neutralizar el caustico que puedan añadir un efecto térmico y la voluntariedad o no de la ingesta. Se sugiere traer el envase que contenía el producto para ver la concentración y el pH (13). Estudios complementarios en emergencias: VEDA; es el método de elección para evaluar el grado y la extensión de la lesión. Se indica siempre que exista evidencia y/ o sospecha clínica y por el interrogatorio de quemadura esofágica por ingesta de caustico. La endoscopia debe realizarse entre las 12 y posteriores 24 horas a la ingesta. Cualquier endoscopia adicional y estudio con traslado debe postergarse hasta después de los 20 días (14). Clasificación Endoscópica de la Esofagitis Causticas por grados. Grado I: Simple hiperemia en orofaringe y esófago. Grado II: Escasas ulceraciones (Fondo rojo) y áreas necróticas (fondo blanco) limitadas aparte del esófago o estómago, con signos de leve sangrado. Grado III: Ulceras múltiples extensas y marcados signos de hemorragia. Grado IV: Gangrena en grandes áreas alternantes con necrosis, perdidas de partes blandas faríngeas

(úvula) y hemorragia. Complicaciones: Tempranas; perforación esofágica o gástrica o ambas, con mediastinitis o peritonitis. Trastornos respiratorios por lesión en laringe, tráquea o bronquios. Estado de choque (neutrogenico, hemorrágico o séptico). Muerte. Tardías; infecciones agregadas, predisposición maligna a la estenosis, fistulas cervicales esfagotraqueales, trastornos metabólicos, estenosis digestiva alta (con los estrechamientos más frecuentes cricofaríngeos broncoaorticos, diafragmáticos y antropilórico). Fracaso para restablecer la vía digestiva. Desnutrición grave (deben nutrirse por yeyunostomía por 6 meses para su operación definitiva). Estenosis postoperatoria de la interposición intestinal. Compromiso de la deglución por sinequias en los senos piriformes y laríngeos (15).

Estadios Histicos de las lesiones por sustancias causticas: inflamación aguda; dura entre 3-4 días acompañada de trombosis vascular, necrosis celular y ulceraciones. Periodo de granulación latente: demora entre 4-14 días, durante los cuales se produce fibrosis y colágeno. Usualmente aparecen las perforaciones. Periodo de cicatrización crónica; abarca desde los 14 días hasta varios meses, con formación de cicatriz y contractura (16).

Radiografías de tórax, abdomen y análisis de laboratorio con medio interno: deben realizarse cuando se sospechen por evaluación clínica y endoscópica complicaciones, como perforación y aspiración pulmonar. TAC: esta indicada para evaluar la extensión de las lesiones en complicaciones de perforación y es el método mas sensible para su detención, con o sin contraste, hidrosoluble (17).

Tratamiento: Medico; como se trata de una Emergencia medico quirúrgica, se impone hospitalizar de urgencia, que incluye: medidas de soporte general. Administración de antieméticos potentes para evitación del vómito y de eficaces analgésicos por vía endovenosa. Antibióticos. Contraindicación de sonda nasogastrica y neutralizantes como bicarbonato de sodio o vinagre, en

dependencia de la gravedad del cuadro clínico. No ingestión de alimentos hasta después de realizada la endoscopia. Prescripción de glucocorticoides como la metilpredisolona (desaconsejada en presencia de perforación). Anticolinérgicos para la disminución de secreciones salivales y gástricas. Antagonistas H2 (ranitidina, cimetidina, famotidina u otros). Radiografía de tórax (diariamente) para detección de neumomediastino o neumoperitoneo. Contra lesión de grado I, Indicación restringida de líquidos por vía oral. Inicio precoz de dilataciones esofágicas (a partir de las 48 horas) después de la ingestión del caustico inicialmente con frecuencia semanal y luego más espaciada para estenosis cicatrizal. Supresión de ese mecanismo inmediato en presencia de lesiones de grado IV, ante evidencia de perforación o sangrado masivo (en cuyo caso el tratamiento es eminentemente operatorio) (18).

Quirúrgico: Si la ingestión del caustico ha producido complicaciones hemorrágicas masivas, perforación de la peritonitis, las medidas terapéuticas deben estar encaminadas a eliminar la lesión e incluir la ejecución de una yeyunostomía para garantizar la alimentación enteral. En ocasiones debe efectuarse una traqueotomía previa cuando el daño laríngeo es de gran magnitud. El tratamiento quirúrgico se reserva para la fase crónica de la ingestión de la sustancia caustica, cuando aparecen la estenosis esofágica (faringolarige) o gastro duodenal, o ambas, y han fracasado las dilataciones endoscópicas, con vista a restablecer continuidad del tracto digestivo. Entre las posibilidades quirúrgicas figuran la transposición del colon o de un tubo gástrico y el empleo de un segmento de íleon, sin embargo, como constituyen operaciones de alto riesgo, el paciente debe ser ingresado en un servicio de cuidados intensivos para que sea monitorizado y tratado con medidas generales de hidratación, antibioticoterapia, antiácidos, analgésicos, aspiración de secreciones y fisioterapia, así como también nutrición parenteral total y enteral por yeyunostomía (19).

Cuidados de Enfermería: valoración del estado general, exploración física,

control de constantes vitales, valoración respiratoria; disnea, bradipnea, valoración de la frecuencia cardiaca, bradicardia taquicardia, perfusión periférica, color y temperatura de las extremidades, presencia de edemas, valoración neurológica; nivel de conciencia, tamaño y reactividad pupilar y miosis o midriasis, valoración digestiva; presencia de vómitos, náuseas, distensión abdominal, deposiciones; valoración de piel y mucosas; color, temperatura e integridad, sequedad cutánea y de mucosas, ictericia, ulceraciones de mucosas por ingestión de Causticos; valoración de la progresión de los síntomas (20).

El objetivo es de interrumpir la exposición del toxico, es importante la identificación del toxico con el fin de administrar el antídoto específico. En intoxicación por vía digestiva se realizara la descontaminación intestinal por medio de la evacuación, absorción y catarsis (21).

PRESENTACION DE CASO

Paciente de 12 meses de edad, que ingresa al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, el día 29 de marzo de 2019, por guardia, por ingesta de Soda Caustica, presentando luego de la ingesta tres episodios de vómitos. Viene intubado. En la guardia Central se valora al paciente y se decide ingresarlo a Unidad de Terapia Intensiva.

Ingres a UTI se lo coloca en Asistencia Respiratoria Mecánica modo Presión controlada por volumen, Presión inspiratoria máxima 17, Presión positiva al final de la espiración 6, Frecuencia respiratoria 25, Fracción inspirada de oxígeno 60%. Por compromiso de cavidad oral se decide llevarlo a quirófano para realización de traqueotomía y colocación de vía central.

Paciente post quirúrgico, signos vitales: T° 38,3°C, TA 70/50, FC 180, SAT. 98%. Se le realiza expansión con solución fisiológica por presentar hipotensión arterial. Comienza con goteos de inotrópicos, Adrenalina, Noradrenalina, Milrinona y Dopamina.

Presenta registros de hiperglucemia por lo que se le coloca goteo de insulina.

Paciente con acidosis metabólica, se realiza correcciones con Bicarbonato.

También se le intenta realizar en quirófano una Video Endoscopia Digestiva Alta pero debido a la extensa necrosis se suspende y se le realiza Laparotomía exploradora, esofagectomía, Esofagostomía, con abdomen abierto y contenido colectomía transversa, observándose lesiones en hígado, páncreas y bazo.

El 31/03 por glucemias estables de 100 mg/dl y 110 mg/dl se logra suspender goteo de insulina.

El 01/04 ingresa nuevamente a quirófano donde se realiza resección de zonas necróticas, yeyuno, Íleon, ángulo hepático, colon descendente y anastomosis. Se coloca una sonda de Pezzer en duodeno y tres drenajes parietocolico y Douglas. Se cierra abdomen.

El 03/04 comienza a alimentarse con Nutrición Parenteral por vía central.

El 05/04 se le realiza curación de drenajes y herida quirúrgica. Se le suspende inotrópicos, paciente estable evolucionando favorablemente.

Medicación: Antibióticos; Clindamicina, Cefriaxona, Metronidazol.

Goteos de sedación: Fentanilo, Midazolam, Dexmedetomidina, Morfina.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

1) PATRON PERCEPCION DE SALUD- MANEJO DE SALUD

Su estado de salud general es grave, se espera evolución favorable.

Integridad cutánea: piel seca, áspera y agrietada.

Riesgo de infección por presentar catéter urinario y catéter venoso central femoral derecho triple lumen, esta cubierto con un parche.

Deterioro sensitivo motor, presente en miembros inferiores y superiores, solo retira a estímulos dolorosos. Sin apertura ocular espontanea.

En ARM por traqueotomía, con abundantes secreciones espesas.

Mucosa bucal y labios secos.

2) PATRON NUTRICIONAL METABOLICO

Sin aporte nutricional, se encuentra en reposo gástrico, debido a la cirugía de abdomen.

Mucosa bucal y labios secos.

Características de la piel, cianótica en miembros inferiores, fría, seca, áspera y con signos de agrietacion. No se moviliza sin medidas de sujeción.

Goteos de inotrópicos, Adrenalina, Noradrenalina, Milrinona y dopamina.

Goteos de sedación, Fentanilo, Dexmedetomidina, Midazolam, Morfina.

Nutrición Parenteral pasando por vía central.

3) PATRON DE ELIMINACION- SUEÑO Y DESCANSO

Intestinal: Deposiciones en pañal blandas con una frecuencia de una vez por día

Urinario: Diuresis por catéter vesical, Foley nº8 a bolsa colectora, fijada en cara interna del muslo, conservada de características normales.

4) PATRON DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

No se moviliza por la cirugía. Permanece en posición supina.

5) PATRON SUEÑO DESCANSO

Somnoliento inducido por sedación.

6) PATRON COGNOSITIVO PERCEPTUAL

Paciente bajo efectos de sedación, pupilas isocóricas reactivas.

7) PATRON AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

No se puede valorar este patrón

8) PATRON ROL- RELACIONES

Los padres del paciente manifiesta temor y preocupación por la evolución de su hijo.

9) PATRON SEXUALIDAD REPRODUCCION

No se pudo valorar este patrón.

10) PATRON DE ADAPTACION- TOLERANCIA AL ESTRES

No se pudo valorar este patrón.

11) PATRON DE VALORES - CREENCIAS

No se pudo valorar este Patrón.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de obstrucción de la vía aérea relacionada con la acumulación de secreciones espesas en cánula traqueal.

OBJETIVO

El paciente mantendrá la cánula traqueal libre de secreciones y la vía aérea permeable.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Realizar lavado de manos antes y después de cada contacto.

Monitorear los signos vitales.

Preparar el material necesario para realizar la aspiración de secreciones.

Controlar y valorar la saturación de oxígeno.

Auscultar ambos campos pulmonares antes y después de cada aspiración.

Mantener la cabeza elevada, de preferencia 30 grados en relación al plano de la cama.

Vigilar los signos clínicos que indican fallo respiratorio agudo.

Mantener ocluidos los ojos con apósitos humedecidos en solución estéril.

Realizar higiene bucal según programa, uso de clorexidina 2%.

Facilitar acompañamiento familiar.

Conocer el funcionamiento del ventilador y detectar rápidamente cambios no programados mantener alarmas activadas.

Mantener niveles de agua establecidos en humidificador o filtros.

Realizar baño en cama evitando posibles accidentes.

Revisar al comienzo de turno el ventilador alarmas y sus conexiones.

Mantener al alcance carro de paro y material para utilizar en caso de emergencia.

Vigilar mecánica ventiladora.

Mantener en la unidad del paciente la bolsa Ambu.

Control estricto de los parámetros prefijados en el ventilador.

Integrar los principios de Bioética al cuidado.

Cumplir principios de Bioseguridad.

EVALUACION

La vía aérea se mantuvo permeable.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alto riesgo de infecciones del tracto urinario relacionado con la presencia del catéter vesical.

OBJETIVO

Evitar infecciones del tracto urinario.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Lavado de manos 5 momentos.

Control de signos vitales, principalmente temperatura.

Observar permeabilidad del catéter vesical.

Valorar color, olor y utilizar técnica aséptica al manipular bolsa colectora.

Realizar higiene perineal con clorexidina y agua.

Verificar el periodo de tiempo que lleva el catéter vesical.

Evitar desconexión del catéter vesical, realizando fijación del mismo en la cara interna del muslo.

Controlar que la bolsa colectora este por debajo del nivel de la vejiga.

Registrar todo lo realizado.

EVALUACION

No presenta signos de infección.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alto riesgo de infección del sitio de punción relacionado con procedimientos invasivos y manipulación inadecuada del catéter venoso central.

OBJETIVO

Evitar infecciones en el sitio de inserción del catéter.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Realizar lavado de manos antes de manipular el catéter venoso central.

Realizar curación del catéter venoso central con técnica estéril y utilizando clorexidina de base alcohólica.

Realizar cambios de sistemas de infusión cada 48 a 72 horas.

Valorar el sitio de punción en busca de signos de enrojecimiento, calor, supuración.

Control de signos vitales.

EVALUACION

No presenta signos de infecciones.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Deterioro en la integridad cutánea en miembros inferiores en miembros inferiores relacionada con la permanencia en la cama, sin realizar movimientos.

OBJETIVO

Recuperar la integridad cutánea en los miembros inferiores del paciente mientras dure su internación.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Lavado de manos 5 momentos y colocación de guantes.

Realizar baños de cama al paciente y colocar parches antiescaras en puntos de apoyo.

Cambiar ropa de cama según necesidad.

Rotar de posición de cubito cada dos horas.

Controlar el estado del colchón antiescaras.

Controlar todos los días el estado de la piel en las zonas de presión.

Colocar cremas con vitamina A en miembros inferiores, realizando masajes.

Registrar todo lo realizado en el informe de enfermería.

EVALUACION

La piel se mantiene en condiciones, no se han observado nuevas escaras.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de Trombosis Venosa relacionada con inmovilización prolongada post operatoria.

OBJETIVO

Mejorar la circulación de miembros inferiores

ACCIONES DE ENFERMERIA

Aplicar vendaje elástico de compresión gradual en las extremidades inferiores.

Colocar medidas de compresión intermitente.

Iniciar profilaxis con heparina de bajo peso molecular según indicación médica.

Realizar cambios posturales cada 2 horas.

Evitar no masajear la zona.

Registrar todo lo realizado.

EVALUACION

No presenta signos de Trombosis Venosa.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Déficit de volumen y líquidos relacionado con el fallo en los mecanismos reguladores.

OBJETIVO

Asegurar que el paciente reciba la cantidad de líquidos necesarios según los requerimientos de los organismos.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Controlar signos vitales.

Valorar y controlar la reposición de líquidos según tratamiento.

Valorar el estado hemodinámico.

Valorar llenado capilar.

Control de ingresos y egresos.

Registrar todo lo realizado en el informe de enfermería.

EVALUACION

Se mantuvo estabilizado.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de caídas debido al deterioro de la inmovilidad física.

OBJETIVO

Evitar caídas accidentales.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Mantener siempre barandas laterales levantadas.

Colocar medios de sujeción.

Rotar de posición al paciente de manera frecuente.

Facilitar acompañamiento familiar.

EVALUACION

Se mantuvieron todas las medidas de prevención.

CONCLUSION

A pesar de que la Ingesta de Caustico continua siendo un problema significativo en la población Pediátrica, su manejo y el de las lesiones derivadas en el tracto digestivo superior a un es objeto de debate y controversia. En su abordaje se debe establecer un plan de actuación tanto en fase aguda como crónica, cuyo objetivo principal debe ir encaminado a preservar el esófago nativo. Si existe acuerdo en que sin duda, la mejor intervención sanitaria posible es la prevención.

Es necesario mejorar la educación sanitaria informando a las familias sobre medidas preventivas, almacenamiento de los productos domésticos fuera del alcance de los niños y en su envase original y de manejo inmediato, evitando maniobras que puedan agravar la situación. Algunos pacientes podrían beneficiarse de una observación clínica sin medida de tratamiento más agresivas, como aquellos con escasos síntomas, que no han presentado vómitos ni presenten lesiones orales. Los pacientes con ingesta de una cantidad importante, fundamentalmente ingestas voluntarias o ingesta de producto fuera de su envase original, los que refieran al menos dos síntomas o aquellos que hayan realizado algún vomito, así como los que presentan lesiones orales en la exploración física, se beneficiaran de la realización precoz para valorar la existencia de lesiones digestivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 Losada M M, Rubio M M, Blanca G J A, Pérez A C, Ingesta de Cáusticos en niños, experiencia de 3 años.

Rev.chil.pediatr.[Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Jun 30];86(3);189-193. Disponible en: <https://scielo.conicyt.SL/SciELO.php?=-sci_arttext&pid=So370-41062015000300009&ing=es.http//dx.doi.org//10.1016/jrchi.2015.06.04>.

2 Elsevier Revista Chilena de Pediatría. Vol 86.Num.3 paginas 135-220 (Mayo-Junio2015) Doi:10.1016/j.rchi.2015.06.004. Ingesta de Causticos en niños experiencia de 3 años. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-pediatria-2019-articulo-ingesta-causticos-niños-experiencia-3S0370410615000650>.

3 Ninomiya I, Ussher F, Vásquez J, Paz S, Riga C. Consenso Nacional de Urgencias Endoscópicas en pediatría 2016. Sociedad Argentina de Pediatría 2017. Disponible en https://sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_consenso-nacional-de-urgencias-endoscopia-en-pediatría-2016-comité-nacional-de-gastroenterologia-64.pdf

4 Casasnovas A, Arguelles M. F. Ingesta de Causticos. Diagnósticos y Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y nutrición Pediatría SEGHP. AEP 206; 14:121-30.

5 Muller c, Costaguta A, Sasson L, Ninomiya I, Dvorkin P, Cichowolski V, Donatone J, Nuñez M. Ingesta de cuerpos extraños en pediatría. Guías de patología endoscópicas pediátricas. Ingesta de sustancias causticas en Pediatría. Congreso Arg., Gastroen y Endoscopia Digestiva 2008. Edición impresa. Roemmers.19-23.

6 Frassa MJ, Gait N. Accidentes por sustancias Causticas en niños

atendidos en Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, Argentina. 2001- 2008. Acta Toxicológica Arg 2009; 17 (suplem):2-56.

7 Camara M.A., Belmont L.F., Cuevas S. F. Tratamiento estomatológico de pacientes que ingirieron sustancias causticas. Ruta de atención interdisciplinaria y reporte de caso. Acta pediátrica de México versión one line ISSN 23958235 versión impresa ISSN 0186-2391. Mex vol. 36 no.3 México mayo./junio.2015. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php? Script=sci_artttx&pid=s0186-23912015000300005&ing=es&ting=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_artttx&pid=s0186-23912015000300005&ing=es&ting=es).

8 Sánchez Aguilar José Raúl, Delgado Marín Neyda, Allende Rivera Adys. Comportamiento de la ingestión de cáusticos en edad pediátrica AMC [internet]. 2006 Abr [citado 2019 jun 29] ; 10(2); 42-53. Disponible en:

http://scielo.sid.cu/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000200005&ing=es.

9 Rodríguez Vargas B. O., Monge Salgado E., Montes Teves P., Salazar Ventura S., Guzmán Calderón E. Lesiones por Causticos del tracto digestivo superior: características clínicas y endoscópicas. Rev. Gastroenterol. Perú [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 jul 11]; 36(2): 135-142. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000200006&Ing=es.

10 Montoro M, De Sousa M, Santolaria S. Lesiones por Causticos en el tracto digestivo superior. Medicine 2008; 10(3):148-55.

11 Chemli J, Bouguila J, Harbi A, Essoussi AS, Himida RB, Bouzouita H, et al Ingestión caustica accidental en niños. Túnez Med 2004, 82 (5): 411-9.

12 Frassa MJ, Gait N. Algoritmo de diagnostico y tratamiento de

Endoscopia Pediatrica de Servicio de Gastroenterología de H.Notti

Mendoza, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Hospital italiano de Buenos Aires [citado 2008].

13 Espinel D.J, Bello G, Bianchi E. Gastroenterología: Endoscopia diagnóstica y terapéutica Ed.2 2007.

14 Ramírez R. J. M. Control y tratamiento médico por ingestión de sustancias causticas. Medissan [internet] 2010 Ab [citado 2019 Jul 11]; 14(3). Disponible en [http:// Scielo.sid.cu/Scielo. Php? Script=sci_ arttext&pid=S1029-30192010000300019&lng=es](http://Scielo.sid.cu/Scielo.Php?Script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300019&lng=es).

15 Mamede RC, De Mello F. Tratamiento de la ingestión de causticos. Dis Esophagus 2002; 15: 210-6.

16 Nagi B, Kochhar R, Tapa BR, Singh. Espectro radiológico de secuelas tardías de lesiones corrosivas en el tracto gastrointestinal superior. Acta Radiol 2004; 45 (1): 7-12.

17 Kamijo Y, Kondo Y, Kokuto M, Kataoka Y, Soma K. Miniprobe ecografía para determinar el pronóstico en la esofagitis corrosiva. Am J Gastroenterol 2004; 99 (5): 851-4.

18 Ezoé E, Asai Y. Cirugía para la enfermedad del esófago, Esofagitis corrosiva. Japón Geka Gakkai Zasshi 2003; 104 (9): 611-4

19 Nwomeh BC, LuKetich JD, Kane TD. Minimamente invasiva esofagectomía para caustica esofágica estenosis en los niños. J Pediat Surg 2004, 39 (7):1-6.

20 Mintegi S. Cuidados de Enfermería ante situaciones urgentes de intoxicación en pacientes pediátricos. [Citado 2017 sep. 18].

Disponible en: [https://www.revista -portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-intoxicacion-pacientes-pediatricos/2/](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-intoxicacion-pacientes-pediatricos/2/)

21 Mintegi S. Manual de intoxicaciones en Pediatría 3º ed. Madrid: Ergon; 2012.