



Resolución Directoral

Lima, 13 de Enero de 2017

Visto, el expediente N° 00365-17;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA de fecha 11 de julio del 2011, que resuelve aprobar las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el ministerio de salud, en el marco del proceso de descentralización; dentro de este contexto, el numeral 6.1.3. Guía Técnica, establece el procedimiento, metodologías, Instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso o de una buena práctica; y se basa en la revisión científica, tecnológica y la experiencia sistematizada y documentada sobre el tema que se aborda. Las Guías Técnicas pueden ser del campo Administrativo, Asistencial o Sanitario y son de aplicación en todas las Unidades Orgánicas o Descentralizadas del Ministerio de Salud, DISAS, DIRESAS, y demás establecimientos de salud a nivel nacional, debiéndose indicar expresamente el ámbito de aplicación;

Que, mediante Nota informativa N° 010-2017-DE-HONADOMANI-SB, de fecha 09 de Marzo del 2017, la Jefa del Departamento de Enfermería, se dirige al Director Adjunto del HONADOMANI-SB y pone de conocimiento que se remite a su despacho las Guías Técnicas: "**Guía de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Medicina Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé"**", para su aprobación mediante Resolución Directoral. Cuenta con opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, memorando N° 539-OGC-2016-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad se dirige a la Jefa del Departamento de Enfermería y remite las Guías Técnicas: "**Guía de Intervención de Enfermería en la atención de Pacientes del Servicio de Medicina Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé"**", con opinión favorable, manifestando que están adecuadas para los fines de dar mejor atención a los pacientes y complementan la labor médica;

Que, mediante memorando N° 680-2016-DP-HONADOMANI-SB, el Jefe del Departamento de Pediatría se dirige al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y manifiesta que se le está remitiendo las Guías Técnicas: "**Guía de Intervención de Enfermería en la atención de Pacientes del Servicio de Medicina Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé"**", y emite opinión al respecto;



Que, mediante Informe Técnico N° 008-2017-CMI-DA-HONADOMANI-SB, la Coordinadora Técnica de Monitoreo Institucional Informa al Director Adjunto que las Guías Técnicas: "**Guía de Intervención de Enfermería en la atención de Pacientes del Servicio de Medicina Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé"**", cuenta con opinión favorable por estar concordantes en estructura y contenido, y recomienda remitir el presente informe adjuntando las guías de intervención de enfermería en la atención de pacientes del servicios de pediatría del HONADOMANI San Bartolomé, para le emisión de la Resolución Directoral;

Que, mediante Memorando N° 009.2017-DA-HONADOMANI.SB, el Director Adjunto del HONADOMANI-SB, se dirige al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y solicita se proyecte la Resolución Directoral correspondiente;

Con la visación de la Dirección Adjunta y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Jefatural N° 157-2016/IGSS, de fecha 11 de marzo del 2016, y de la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR las Guías Técnicas: "**Guía de Intervención de Enfermería en la atención de Pacientes del Servicio de Medicina Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé"**", que tiene como propósito de contribuir en la calidad y seguridad de las atenciones de salud, para ofrecer el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios del servicio de Medicina Pediátrica, el cual consta de cincuenta (50) folios, que se adjunta a la presente Resolución Directoral debidamente visados.

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Enfermería, implemente la difusión interna de la presente "**Guía de Intervención de Enfermería en la atención de Pacientes del Servicio de Medicina Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé"**".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de las Guías Técnicas: "**Guía de Intervención de Enfermería en la atención de Pacientes del Servicio de Medicina Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé"**", aprobado por la presente Resolución Directoral, en la Dirección Electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"
Dr. EDGARDO W. VÁSQUEZ PÉREZ
Directo General
CMP: 20626 RRE: 6307

EWVP/JCVO/LCCS
C.C.

- DA
- Dep. Enfermería.
- OEI
- OAJ
- Archivo



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento de Enfermería

Servicio de Medicina Pediátrica



GUÍAS TÉCNICAS: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA DEL HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"



2016



RESPONSABLES:

MG. MIRIAM ORTIZ ESPINOZA

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

LIC. ENF. TERESA CARRANZA CASTILLO

JEFA DEL SERVICIO DE MEDICINA PEDIÁTRICA

ELABORADO POR:

LIC. ENF. CELESTE CANDIA FABIAN

LIC. ENF. JACKELINE QUISPE VIVANCO

LIC. ENF. FLOR APAZA MAMANI

LIC. ENF. YULE FLORIAN PLASENCIA

LIC. ENF. REBECA GOMEZ RIVERA

LIC. ENF. ROXANA GONZALES QUISPE

REVISADO POR:

LIC. ENF. LUCY SUYO HERRERA

LIC. ENF. YOVANA GOMEZ PAIMA



INDICE

I. TITULO: GUÍA TÉCNICA: "GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA"	4
II. FINALIDAD:.....	4
III. OBJETIVOS:.....	4
IV. AMBITO DE APLICACIÓN:.....	4
V. NOMBRES DE PROCESOS A ESTANDARIZAR.....	4
VI. CONSIDERACIONES GENERALES:	5
VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	6
GUÍA TÉCNICA: GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA.....	7
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA	8
GUÍA TÉCNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA.....	16
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA.....	17
GUÍA TÉCNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON GASTROSTOMÍA.....	23
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON GASTROSTOMÍA.....	24
GUÍA TÉCNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)	28
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE).....	29
GUÍA TÉCNICA: GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	34
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INFECCION DEL TRACTO URINARIO	35
VIII. ANEXOS	41
ANEXO 1.....	42
TAXONOMIA NANDA.....	42
ANEXO 2.....	45
TAXONOMIA NIC	45
RELACIONADOS AL SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA.....	45
ANEXO 3.....	47
TAXONOMIA NOC	47
RELACIONADOS AL SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA.....	47

IX. BIBLIOGRAFIA:





I. TITULO: GUÍA TÉCNICA: "GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA"

II. FINALIDAD:

Nuestra institución es un centro de referencia nacional categoría III-1, cuenta con el Servicio de Medicina Pediátrica que afronta una demanda cada vez mayor de pacientes en situación grave o muy grave, quienes requieren una atención altamente especializada e individualizada. Las enfermeras especialistas que trabajan en el Servicio de Medicina Pediátrica desempeñan un papel fundamental en la atención a pacientes pediátricos hospitalizados.

El cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera (o) brinda a la persona en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos salud - enfermedad, implementando el método científico a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional.¹

Siguiendo los lineamientos de Política de Salud se desarrolla las GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA con el fin de contribuir en la calidad y seguridad de las atenciones de salud, para ofrecer el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios del Servicio de Medicina Pediátrica. Las Guías de Intervención de Enfermería son instrumentos normativos que definen el campo de acción del ejercicio profesional dándole un marco legal al quehacer de la enfermera del Servicio de Medicina Pediátrica.

III. OBJETIVOS:

1. Estandarizar las intervenciones de enfermería para asegurar una atención oportuna y de calidad en el servicio de Medicina Pediátrica.
2. Unificar criterios entre los miembros del equipo de enfermería que permita el trabajo organizado y continuado
3. Facilitar la comunicación en el manejo de una determinada patología que permita una atención segura.
4. Contribuir a minimizar riesgos producto de la atención y reducir costos hospitalarios

IV. AMBITO DE APLICACIÓN:

Están guías de intervención son de uso referencial para el profesional de enfermería del Servicio de Medicina Pediátrica frente a las patologías descritas.

V. NOMBRES DE PROCESOS A ESTANDARIZAR

1. Guía Técnica: Guía De Intervención De Enfermería En El Paciente Con Dificultad Respiratoria
2. Guía Técnica: Guía De Intervención De Enfermería En El Paciente Con Traqueotomía
3. Guía Técnica: Guía De Intervención De Enfermería En El Paciente Con Gastrostomía
4. Guía Técnica: Guía De Intervención De Enfermería En El Paciente Con Enfermedad De Reflujo Gastroesofágico (ERGE)
5. Guía Técnica: Guía De Intervención De Enfermería En El Paciente Con Infección Del Tracto Urinario

¹ Decreto Supremo N° 004-2002-SA. Aprueban Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera(O). [En línea] Disponible en: http://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/normasLegales/DS_004_2002_SA.pdf [Recuperado el 18 de setiembre de 2016]

VI. CONSIDERACIONES GENERALES:

DEFINICIONES OPERACIONALES

1. Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demanda el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

Es un instrumento básico y fundamental que permite enlazar el conocimiento científico en la ejecución de los cuidados de enfermería.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, basado en una reflexión que exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es satisfacer las necesidades del usuario.

El PAE empieza cuando la enfermera identifica lo que hay que recopilar y documentar de las entrevistas, exploraciones físicas y observaciones en curso, además de lo que hay que reunir de los documentos históricos. Los resultados de las valoraciones y la historia contienen las características definitorias, factores de riesgo y factores relacionados, con fin de reunir la evidencia necesaria para la toma de decisiones sobre los problemas reales y potenciales del paciente. ²

2. Diagnóstico de Enfermería: Es un juicio sistemático de las respuestas humanas de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales, que el enfermero identifica, valida y trata de forma independiente.

El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas.

El diagnóstico Enfermero sirve de base para la selección de las intervenciones de enfermería.

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, en inglés, Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) ha declarado que los enunciados de los diagnósticos constan de dos partes:

- *Respuesta humana:* Describe los problemas que las enfermeras han identificado por la valoración y análisis de los datos. Define problemas que las enfermeras tratan dentro de su campo.

- *Factores relacionados:* Pueden reflejar no sólo respuestas fisiológicas sino también elementos espirituales, psicosociales, situacionales y de desarrollo que se encuentran explícita o implícitamente dentro de la situación y que el enfermero puede utilizar como un factor que contribuye a que el problema se presente. ³

3. Meta: Es el logro que se desea alcanzar o el resultado esperado producto de las intervenciones

4. Intervenciones de Enfermería. (Nursing Interventions Classification NIC = Clasificación de intervenciones de enfermería.) Es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Son actividades o acciones directas o indirectas de la enfermera, que le permitirá alcanzar resultados esperados.

- *Intervención de Enfermería directa,* es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones efectuadas con el mismo, pueden ser fisiológicas, psicosociales o de apoyo.

- *Intervención de Enfermería indirecta,* es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes. ⁴

5. Grado de Dependencia

² Actualización en Enfermería. Metodología PAE.[n.d.]. [En línea] Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/> [Recuperado el 16 de febrero de 2015]

³ NANDA Internacional, "Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2015-2017", Barcelona – España; 2015

⁴ Bulechek, Gloria M., Butcher, Howard K., Dochterman, Joanne M., Wagner, Cheryl M., "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)", 6ta Ed. Elsevier, Barcelona – España; 2014



Los grados de Dependencia que se viene aplicando actualmente en las aéreas asistenciales de establecimientos de salud. Se clasifica en:

- *Grado de dependencia I o asistencia mínima:* se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo, competente con factores de riesgo mínimo, en pre diagnóstico, preoperatorio, convaleciente, deambula, requiere de auto cuidado universal, con asistencia de enfermería orientada a la educación el salud y estabilidad emocional, bajo la supervisión general de la enfermera.
- *Grado de dependencia II o Asistencia Parcial:* se refiere a la persona que puede valerse por sí mismo pero con ciertas limitaciones, mediano nivel de competencia, con factores de riesgo medio, requiere ayuda parcial, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de las funciones vitales, en pre y post- operatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, con medicación oral y/o parenteral máximo cada 6 horas, uso de equipos e rehabilitación y confort.
- *Grado de dependencia III o Asistencia Intermedio:* referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor mediada, no participa en su cuidado, crónico inestable agudo, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana complejidad. Puede o no tener uso de aparatos especiales de soporte de la vida
- *Grado de dependencia IV o Asistencia Intensiva:* Persona críticamente enfermo, inestable con compromiso multiorgánico severo, con riesgo inminente de su vida o su salud, inconsciente, puede requerir sedación y/o relajación, necesita intervención terapéutica no convencional, con tratamiento quirúrgico especializado, demandante de cuidado de enfermería por personal altamente calificado, requiere valoración, monitoreo y cuidado permanente, puede o no requerir de equipos especiales (Ventilador Mecánico)
- *Grado de dependencia V o Asistencia muy Especializada:* persona sometidas a trasplante de órganos, como corazón, hígado, riñón, medula ósea, pulmón que requieren cuidados muy especializados, en unidades especiales, equipos y tratamiento sofisticado (Incluye paciente conectados a ventilación mecánica).

La dependencia requerida del profesional no sólo es física sino también intelectual.⁵

6. Indicador de seguimiento

Unidad de medida que permitirá realizar el seguimiento del logro de los resultados esperados.

7. Guías de intervención de enfermería.

Es un documento que orienta la intervención o acción de la enfermera en base al proceso de enfermería.

VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

⁵ Colegio de Enfermeros del Perú, 2008 "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero", Lima-Perú
Guías de Intervención de Enfermería Servicio de Medicina Pediátrica

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA

1. ASPECTOS GENERALES:

Bronquiolitis Primer episodio de obstrucción bronquial en el lactante.

Síndrome de Obstrucción Bronquial Aguda (SOBA) Cuadro repetitivo de dificultad respiratoria que se presenta frecuentemente en el niño menor de 2 años, se caracteriza por la inflamación y estrechamiento de la pared bronquial e hipersecreción de mucus (flema), manifestado por Sibilancias, Taquipnea y Tiraje.

Crisis asmática es un episodio agudo o subagudo de empeoramiento progresivo de dificultad respiratoria o aparición de algunos o varios de los síntomas característicos del ASMA en un paciente mayor de 2 años que estaba estable o asintomático, produciendo disfunción en la Ventilación - Perfusión (V/Q).

Neumonía es una inflamación de origen infeccioso del parénquima pulmonar, con compromiso de unidades alveolares, bronquiolos e intersticio circundante. Abarca desde un segmento hasta un pulmón completo dependiendo de la edad del niño, siendo difuso en los lactantes pequeños (Bronconeumonía).

Insuficiencia Respiratoria es la incapacidad del aparato respiratorio para satisfacer las demandas metabólicas de oxigenación y eliminación de dióxido de carbono (CO₂) del organismo. Según los parámetros de gasometría, se da por cualquiera de los dos valores: PaCO₂ > 50 mmHg (hipercapnia) y PaO₂ < 60 mmHg (hipoxia).

Síndrome Coqueluchoide: Enfermedad respiratoria infecto – contagiosa caracterizada por la presencia de tos paroxística, típica en “quintas”, emetizante, cianósante y con episodios de apnea. Es producida por bacilos Gram (-), generalmente Bordetella Pertusis y Parapertusis. Afecta a cualquier grupo etáreo, dependiendo estado inmunológico y la edad del paciente.⁶

2. POBLACION OBJETIVO:

Paciente pediátrico: Lactante, Niño y Adolescente, con dificultad respiratoria (Bronquiolitis, SOBA, Crisis Asmática, Neumonía, Insuficiencia respiratoria y Síndrome Coqueluchoide) hospitalizados en el servicio de Medicina Pediátrica.

3. OBJETIVO:

- ✓ Aplicar el PAE en forma eficaz y eficiente en el paciente pediátrico con dificultad respiratoria.
- ✓ Unificar criterios y estandarizar el cuidado de Enfermería al paciente pediátrico con dificultad respiratoria.

4. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada en Enfermería Especialista en Pediatría.

⁶ Instituto Nacional de Pediatría, 2005 “Síndrome Coqueluchoide y tos ferina: situación actual de la vigilancia epidemiológica”, México.



MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DIFICULTAD RESPIRATORIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Patrón Respiratorio Ineficaz R/C Hiperventilación Dolor Disfunción Neuromuscular. Broncoespasmo Ansiedad. (00032)	Mejorar y mantener un patrón respiratorio del niño.	<p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar la P/A, FC, FR, T° y SaO₂. (668001) ✓ Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca. (668014) ✓ Controlar periódicamente la oximetría. (668018) <p>Monitorización respiratoria (3350)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar los patrones respiración: bradipnea, taquipnea e hiperventilación. (335004) ✓ Evaluar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de músculos accesorios y reacción de músculos intercostales y supraclaviculares. (335002) ✓ Observar si se producen respiraciones ruidos como estridor y ronquidos (335003) ✓ Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. (335022) ✓ Observar si hay fatiga muscular diafragmática (335010) ✓ Monitorizar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. (335016) ✓ Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente. (335018) ✓ Anotar aparición, características y duración de la tos. (335019) ✓ Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar aspiración. (335027) ✓ Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (Nebulizar) cuando sea necesario, según 	Fatiga de músculos respiratorios. Hipoxia Hipoxemia	Médico Pediatra Médico Neumólogo Pediatra Médico Intensivista Pediatra Médico Infectólogo Pediatra Fisioterapeuta respiratorio	III / IV	<p>Estado respiratorio: ventilación (0403)</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR (040301) • Profundidad de la inspiración (040303). • Dificultad respiratoria (040316). • Utilización de los músculos accesorios (040309). • Ruidos respiratorios patológicos (040310). • Disnea de reposo (040313).



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ indicación (335029) ✓ Realizar el seguimiento de los informes radiológicos.(335025) Oxigenoterapia (3320) ✓ Administrar oxígeno suplementario, según indicación. (332005) ✓ Vigilar el flujo de litros de oxígeno (332006) ✓ Comprobar la posición del dispositivo de oxígeno (332007) ✓ Instruir al familiar acerca de la importancia de dejar el dispositivos de aporte de oxígeno encendido (332008) ✓ Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administre la concentración prescrita (332009) ✓ Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo (332011) ✓ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría, gasometría arterial). (332010) ✓ Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión del oxígeno mientras come, o colocarle cánula binasal. (332002) ✓ Cambiar el dispositivo de aporte de máscara a cánula nasal durante las comidas, según tolerancia (332013) Manejo de la vía aérea (3140) ✓ Colocar al niño en posición Semifowler. (314020) ✓ Administrar broncodilatadores prescritos. (314013) 				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar con aerosol si está indicado (314015) ✓ Coordinar y realizar fisioterapia respiratoria, si está indicado. (314005) ✓ Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. (314006) ✓ Fomentar una respiración lenta y profunda, estimular la tos. (314007) ✓ Enseñar al paciente y familiar a utilizar los inhaladores prescritos si es el caso (314014) ✓ Regular ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico (314019) <p>Terapia intravenosa (4200):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar la orden de la terapia intravenosa (420001) ✓ Administrar medicamentos IV, según prescripción y observar los resultados. (420010) ✓ Administrar los líquidos IV a temperatura ambiente. (420008) ✓ Instruir al familiar acerca del procedimiento. (420002) ✓ Realizar una técnica estricta (420003) ✓ Seleccionar y preparar la bomba de infusión intravenosa si está indicado. (420006) ✓ Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración intravenosa (420013) <p>Documentación (7920)</p>				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Deterioro del intercambio de gases R/C Cambio en la membrana alveolar capilar. Desequilibrio ventilación - Perfusión. (00030).	Meta 1: Paciente recuperará el equilibrio ventilación - perfusión. Meta 2: Paciente recuperará el equilibrio ácido - base	<p>Monitorización de los signos vitales (6680) Monitorización respiratoria (3350): Intubación y estabilización de vía aérea (3120)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar lavado de manos. (312001) ✓ Usar el equipo de protección personal.(312002) ✓ Colocar al paciente y cabeza en posición adecuada. (312004) ✓ Aspirar la boca y orofaringe (312005). ✓ Colaborar con el medico en la selección del tamaño del tubo. (312013) ✓ Restringir la inserción de TET a personal con experiencia. (312015) ✓ Colaborar con la fijación del TET (312007) ✓ Minimizar la palanca y tracción de la vía aérea artificial. (312029) ✓ Observar si hay disnea ronquidos ruido inspiratorio cuando la vía área está colocada (312008) ✓ Auscultar el tórax después de la intubación. (312021) ✓ Observar el movimiento sistemático de la pared respiratoria.(312022) ✓ Efectivar radiografía para confirmar ubicación del TET. (312028) <p>Manejo de la vía aérea artificial (3180):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarilla) que sea adecuado (318003) ✓ Instaurar medidas que impiden la desintubación accidental (318023) 	Hipoxemia Acidosis respiratoria Alcalosis metabólica Paro respiratorio.	Médico Pediatra Médico Neumólogo Pediatra. Médico Intensivista Pediatra. Tecnólogo medico (Imágenes)	III / IV	<p>Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PaO2 (040208) • PaCO2 (040209) • pH Arterial (040210) • SaO2 (040211) <p>Estado respiratorio: Ventilación (0403)</p> <ul style="list-style-type: none"> • FR (040301). • Ritmo respiratorio (040302). • Profundidad de la respiración (040303). • Expansión torácica simétrica (040304). • Utilización de los músculos accesorios (040309). • Ruidos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar aspiración endotraqueal según corresponda (318011) ✓ Realizar cuidados orales "lavado de dientes" (gasas húmedas y humectante bucal y labial) según corresponda (318021) ✓ Mantener preparado equipo de intubación adicional y un ambú en un sitio de fácil disponibilidad. (318024) <p>Manejo de la ventilación mecánica invasiva (3300)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparar el ventilador (corrugados, humedad y temperatura) y comprobar parámetros indicados. (330008) ✓ Verificar estado de alarmas y acudir al sonido de estas. (330006) ✓ Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente. (330015) ✓ Vigilar las lecturas de presión del ventilador, la sincronía paciente ventilador y el murmullo vesicular del paciente. (330022) ✓ Vaciar el agua condensada de los colectores de agua (trampas). (330019) ✓ Realizar aspiración en función de las necesidades. (330023) ✓ Documentar y vigilar el progreso del paciente con los ajustes de los parámetros ventilatorios. (330027) ✓ Observar si se producen efectos adversos de la ventilación. (330028) ✓ Controlar las lesiones de la mucosa bucal, 				respiratorios a la auscultación (040319). Equilibrio Acido básico (0600) ■ Bicarbonato sérico (060013).



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<p>nasal por presión de las vías aéreas artificiales. (330029)</p> <p>✓ Colaborar con el medico en el uso de CPAP o PEEP, para minimizar la hipo ventilación alveolar, si es el caso. (330032)</p> <p>✓ Monitorizar los efectos de los cambios de los parámetros del ventilador, valorar la oxigenación (niveles de gases en sangre arterial, SatO2), y la respuesta subjetiva del paciente. (330038)</p> <p>✓ Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente. (330002)</p> <p>✓ Controlar los síntomas que indican aumento del trabajo respiratorio. (330014)</p> <p>Documentación (7920)</p>				
<p>Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C</p> <p>Retención de secreciones bronquiales.</p> <p>(00031)</p>	<p>Paciente presentará vías aéreas permeables.</p>	<p>Monitorización de signos vitales (6680):</p> <p>Monitorización respiratoria (3350):</p> <p>Aspiración de las vías aéreas (3160)</p> <p>✓ Determinar la necesidad de la aspiración (316001)</p> <p>✓ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración (316002)</p> <p>✓ Informar al paciente y la familia sobre la aspiración (316003)</p> <p>✓ Usar precauciones universales (316006)</p> <p>✓ Aspirar la nasofaringe con una jeringa de tipo pera o con un dispositivo de aspiración según corresponda (316004)</p> <p>✓ Utilizar una presión de aspiración entre 80 - 100 mm Hg (316015)</p> <p>✓ Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al</p>	<p>Aspiración bronquial.</p> <p>Atelectasia.</p>	<p>Médico Pediatra</p> <p>Médico Neumólogo Pediatra</p> <p>Terapeuta Físico - Respiratorio</p> <p>III</p>		<p>Estado Respiratorio: Permeabilidad de las Vías Respiratorias (0410)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asfixia (041003) • Ritmo Respiratorio (041005) • Capacidad para eliminar secreciones (041012) • Tos (041019) • Ruidos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<p>menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación antes y después de cada pasada (316009)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Basar la duración de cada pasada de aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. (316017) ✓ Monitorizar el estado oxigenatorio del paciente, antes, durante y después de la aspiración (316016) ✓ Aspiración de la orofaringe después de terminar la aspiración traqueal. (316019) ✓ Detener la aspiración traqueal y aumentar la FIO₂, si el paciente presenta bradicardia y/o desaturación. (316021) ✓ Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. (316023) ✓ Utilizar equipo desechable estéril para cada aspiración. (316011) ✓ Monitorizar la presencia de dolor (316029) ✓ Enseñar a la familia a succionar la vía aérea, si resultada adecuado (316025) <p>Cambios de posición (0840):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar en posición para el alivio de la disnea (Semifowler) cuando corresponda. (84012) ✓ Colocar en una posición que facilite la concordancia ventilación/perfusión ("el pulmón bueno abajo"), si resulta apropiado. (84014) ✓ Animar al paciente a los cambios de posición, si es posible. (84004) ✓ Vigilar el estado de oxigenación antes y 				respiratorios patológicos. (041007)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<p>después de un cambio de posición. (84005)</p> <p>Mejora de la tos (3250):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, expire lentamente y que tosa al final de la exhalación. (325006) ✓ Animar al paciente a que realice varias respiraciones profunda. (325003) ✓ Fomentar la hidratación a través de la administración de líquidos por vía sistémica según corresponda. (325011) <p>Precauciones para evitar la aspiración (3200):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. (320001) ✓ Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda (320002) ✓ Colocar erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90° o lo más incorporado posible. (320008) ✓ Mantener equipo de aspiración disponible y operativa. (320011) ✓ Evitar la alimentación si los residuos son abundantes (> 25 ml en lactantes y > 50 ml en niños). (320016) ✓ Administrar una alimentación con SNG en pequeñas cantidades. (320013) ✓ Comprobar la colocación de la SNG o SGT antes de la alimentación. (320015) <p>Documentación (7920)</p>				



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

1. ASPECTOS GENERALES

Conjunto de actividades que realiza la enfermera al paciente portador de Traqueostomía; evitando complicaciones reales o potenciales, asegurando la permeabilidad y procurando el mayor confort posible.⁷

2. POBLACION OBJETIVO

Paciente pediátrico: Lactante, Niño y Adolescente portador de Traqueostomía, hospitalizados en el servicio de Medicina Pediátrica.

3. OBJETIVO

- ✓ Mantener la vía aérea (estoma laríngeo) permeable.
- ✓ Prevenir las infecciones respiratorias.
- ✓ Mantener la piel periestomal en condiciones óptimas.
- ✓ Proporcionar alimentación balanceada.
- ✓ Educar a la familia en el manejo de su traqueotomía.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista en Pediatría.



MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
<p>Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C</p> <p>Retención de secreciones.</p> <p>Ruidos respiratorios (roncantes).</p> <p>Ausencia del reflejo tusígeno</p> <p>(00031)</p>		<p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar la P/A, FC, FR, T° y SaO₂. (668001) ✓ Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca. (668014) ✓ Controlar periódicamente la oximetría. (668018) <p>Monitorización respiratoria (3350)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar los patrones respiración: bradipnea, taquipnea e hiperventilación. (335004) ✓ Evaluar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de músculos accesorios y reacción de músculos intercostales y suprclaviculares. (335002) ✓ Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. (335022) ✓ Observar si hay fatiga muscular diafragmática (335010) ✓ Monitorizar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. (335016) ✓ Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar aspiración. (335027) ✓ Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (Nebulizar) cuando sea necesario, según indicación (335029) ✓ Realizar el seguimiento de los informes radiológicos.(335025) <p>Aspiración de las vías aéreas (3160)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar la necesidad de la aspiración (316001) 	<p>Aspiración bronquial.</p> <p>Atelectasia.</p> <p>Insuficiencia respiratoria aguda</p> <p>Paro Respiratorio</p>	<p>Médico Pediatra</p> <p>Médico Neumólogo Pediatra</p> <p>Fisioterapeuta Respiratorio</p>	<p>III</p>	<p>Estado Respiratorio: Permeabilidad de las Vías Respiratorias (0410)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asfixia (041003) • Ritmo Respiratorio (041005) • Capacidad para eliminar secreciones (041012) • Ruidos respiratorios patológicos. (041007)





DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración (316002) ✓ Informar al paciente y la familia sobre la aspiración (316003) ✓ Usar precauciones universales (316006) ✓ Aspirar la nasofaringe con sonda de aspiración según corresponda (316004) ✓ Utilizar una presión de aspiración entre 80 - 100 mm Hg (316015) ✓ Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación antes y después de cada pasada (316009) ✓ Basar la duración de cada pasada de aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. (316017) ✓ Monitorizar el estado oxigenatorio del paciente, antes, durante y después de la aspiración (316016) ✓ Aspiración de la orofaringe después de terminar la aspiración traqueal. (316019) ✓ Detener la aspiración traqueal y aumentar la FiO2, si el paciente presenta bradicardia y/o desaturación. (316021) ✓ Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. (316023) ✓ Utilizar equipo desechable estéril para cada aspiración. (316011) ✓ Monitorizar la presencia de dolor (316029) ✓ Enseñar a la familia a succionar la vía aérea. 				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<p>si resultada adecuado (316025)</p> <p>Cambios de posición (0840):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar en posición para el alivio de la disnea (Semifowler) cuando corresponda. (84012) ✓ Animar al paciente a los cambios de posición, si es posible. (84004) ✓ Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. (84005) <p>Precauciones para evitar la aspiración (3200):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. (320001) ✓ Colocar erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90° o lo más incorporado posible. (320008) ✓ Mantener equipo de aspiración disponible y operativa. (320011) ✓ Comprobar la colocación de la SNG o SGT antes de la alimentación. (320015) ✓ Administrar una alimentación con SNG en pequeñas cantidades. (320013) <p>Documentación (7920)</p>				
<p>Desequilibrio Nutricional:</p> <p>ingesta inferior a las necesidades R/C</p> <p>Factores biológicos (Anomalías de la vía aérea</p>	<p>Mejorar y mantener el estado nutricional del paciente</p>	<p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <p>Sondaje gastrointestinal (1080)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda nasogástrica que se ha de insertar, considerando el uso. (108001) ✓ Explicar al paciente y familiar el porqué de la utilización de la sonda gastrointestinal. (108002) ✓ Insertar la sonda según protocolo (108003) 	<p>Desnutrición</p>	<p>Médico pediatra.</p> <p>Medico Gastroenterólogo pediatra</p> <p>Licenciada en Nutrición</p>	<p>IV</p>	<p>Estado Nutricional (1004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de nutrientes (100401) • Energía (100403) • Relación Peso/talla

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
superior), incapacidad para ingerir alimentos (Obstrucción mecánica, Traqueostomía, Deterioro Neuromuscular) (00002).		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobar la correcta colocación de la sonda. (108007) Alimentación enteral por sonda (1056) ✓ Explicar el procedimiento al paciente y familiar (105601) ✓ Verificar la ubicación de la Sonda (105604) ✓ Comprobar la existencia de residuos gástricos antes de cada alimentación (105621) ✓ Elevar el cabecero de la cama de 30° a 45° durante la alimentación (105610) ✓ Utilización de una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación (105616) ✓ Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos (105619) ✓ Si los residuos son superiores a 150 ml espaciar por una hora la administración de la dieta (105622) ✓ Al finalizar la alimentación esperar 30-60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive. (105613) ✓ Vigilar el estado de líquidos y electrolitos (105608) ✓ Controlar el estado hidroelectrolítico (balance hídrico) (105630) Cuidados de la sonda gastrointestinal (1874) ✓ Fijar la sonda a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la comodidad e integridad de la piel del paciente (187405) ✓ Enseñar al paciente y la familia los cuidados 				<ul style="list-style-type: none"> (100405) • Hidratación (100411)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<p>de la sonda según corresponda. (187403)</p> <p>Manejo de la Nutrición (1100)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales (110001) ✓ Identificar las alergias e intolerancias alimentarias del paciente (110002) ✓ Ajustar la dieta según sea necesario (proporcionar alimentos con alto contenido proteico) (110008). ✓ Administrar los medicamentos antes de comer, si está indicado (110012) ✓ Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento (110021) ✓ Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso (110023) ✓ Derivar a los pacientes a los servicios necesarios (110027) <p>Monitorización nutricional (1160)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesar al paciente (116001) ✓ Monitorizar el crecimiento y desarrollo (116002) ✓ Identificar los cambios recientes del peso corporal (116005) ✓ Identificar las anomalías del sistema musculo esquelético (116022) <p>Documentación (7920)</p>				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de infección defensas primarias inadecuadas: traumatismo tisular (Traqueostomía) Procedimientos invasivos. Malnutrición (00004)	Mantener las medidas de bioseguridad para evitar los signos de infección en el paciente.	<p>Control de infecciones (6540)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavarse las manos antes y después del cuidado del paciente. (654012) ✓ Poner en práctica precaución universal (654013) ✓ Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según CDC (654001). ✓ Limpiar la piel circundante a la Traqueostomía con un agente antiséptico apropiado. (654017) ✓ Cambiar el equipo de cuidado del paciente según protocolos (654003) ✓ Mantener técnicas de aislamiento apropiados (654006) ✓ Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada (654024) ✓ Limpiar el ambiente y equipos adecuadamente diariamente (654002) ✓ Enseñar al paciente y la familia evitar infecciones (654035) <p>Vigilancia de la piel (3590)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay enrojecimiento calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas (359001) ✓ Instruir al familiar acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda (359014) <p>Documentación (7920)</p>	Infección Sepsis Shock séptico	Médico pediatra Médico Cirujano	Grado IV	<p>Control de Riesgo. Proceso infeccioso (1924)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica el riesgo de infección (192404) • Identifica signos y síntomas de infección (192405)



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON GASTROSTOMÍA

1. ASPECTOS GENERALES

La gastrostomía es la creación, a través de una técnica quirúrgica, de una fístula gastrocutánea que puede ser de carácter transitorio o permanente. La conexión del estómago al exterior se realiza mediante un vástago, entre los que se describen dos tipos: Sonda de gastrostomía endoscópica percutánea y sonda de bajo perfil o botón.⁸

2. POBLACION OBJETIVO

Paciente pediátrico: Lactante, Niño y Adolescente portador de Gastrostomía, hospitalizados en el servicio de Medicina Pediátrica.

3. OBJETIVO

- ✓ Proporcionar una vía de alimentación permeable a través de la gastrostomía.
- ✓ Prevenir signos de infección en la piel (estoma).
- ✓ Proporcionar una alimentación balanceada al paciente.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista en Pediatría.



MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON GASTROSTOMÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Deterioro de la Integridad Cutánea R/C Desequilibrio Nutricional (Emaciación) Deterioro del estado metabólico y neurológico. (00046)	Mantener la Integridad cutánea.	<p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar la P/A, FC, FR, T° y SaO₂. (668001) ✓ Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca. (668014) ✓ Controlar periódicamente la oximetría. (668018) <p>Cuidados de la Ostomía (0480)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar la curación del estoma. (048005) ✓ Vigilar posibles complicaciones post - operatorias. (048006) ✓ Vigilar la curación del estoma /tejido circundante t la adaptación del equipo de ostomía.(048007) ✓ Instruir al paciente y familiares en la utilización del equipo / cuidados de la ostomía. (048001) ✓ Hacer que los familiares muestren el uso del equipo. (048002) ✓ Aplicar un dispositivo de ostomía que adapte adecuadamente. (048004) ✓ Evaluar los cuidados de la ostomía por parte de los familiares. (048012) <p>Cuidados de la piel: Tratamiento Tópico. (3584)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera. (358401) ✓ Realizarla limpieza con jabón antibacteriano. (358402) ✓ Vestir al paciente con ropas holgadas. (358403) ✓ Espolvorear la piel con polvos medicinales según corresponda. (358404) 	<p>Infecciones Dérmicas.</p>	<p>Médico Pediatra</p> <p>Cirujano Pediatra</p>	<p>III y IV</p>	<p>Integridad Tisular: Piel y Membranas Mucosas (1101).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pigmentación Anormal (110105) • Integridad de la piel (110113) • Eritema. (110121)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Retirar el esparadrapo y los restos. (358405) ✓ Utilizar guantes cuando resulte oportuno. (358414) ✓ Aplicar antibióticos tópicos, según indicación médica. (358426) ✓ Aplicar anti fúngicos tópicos, según indicación médica. (358428) ✓ Inspeccionar diariamente la piel. (358431) <p>Documentación (7920)</p>				
<p>Patrón de alimentación ineficaz lactante R/C</p> <p>Anomalía anatómica digestiva.</p> <p>Deterioro neurológico.</p> <p>(00107)</p>	<p>Mantener un adecuado aporte de nutrientes.</p>	<p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <p>Alimentación enteral por sonda (1056)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Marcar la sonda en el punto de salida para mantener la colocación correcta (105605) ✓ Explicar el procedimiento al paciente y familiar (105601) ✓ Comprobar la existencia de residuos gástricos antes de cada alimentación (105621) ✓ Si los residuos son superiores a 150 ml espaciar por una hora la administración de la dieta (105622) ✓ Elevar el cabecero de la cama de 30° a 45° durante la alimentación (105610) ✓ Utilización de una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación (105616) ✓ Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos (105619) ✓ Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continua y después de cada toma. (105615) ✓ Al finalizar la alimentación esperar 30-60 	<p>Obstrucción de la Sonda</p> <p>Gastrostomía</p> <p>Desnutrición</p>	<p>Médico pediatra.</p> <p>Licenciada en Nutrición.</p> <p>III</p>		<p>Estado Nutricional: Energía (1007)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Energía (100701) • Curación Tisular. (100704) • Resistencia a la infección. (100705) • Crecimiento. (100706) • Tono Muscular. (100708)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<p>minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive. (105613)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar el estado de líquidos y electrolitos (105608) ✓ Controlar el estado hidroelectrolítico (balance hídrico) (105630) <p>Manejo de la Nutrición (1100)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales (110001) ✓ Identificar las alergias e intolerancias alimentarias del paciente (110002) ✓ Ajustar la dieta según sea necesario (proporcionar alimentos con alto contenido proteico) (110008). ✓ Administrar los medicamentos antes de comer, si está indicado (110012) ✓ Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento (110021) ✓ Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso (110023) ✓ Derivar a los pacientes a los servicios necesarios (110027) <p>Monitorización nutricional (1160)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesar al paciente (116001) ✓ Monitorizar el crecimiento y desarrollo (116002) ✓ Identificar los cambios recientes del peso corporal (116005) ✓ Identificar las anomalías del sistema muscular 				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		esquelético (116022) Documentación (7920)				
		Control de infecciones (6540) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavarse las manos antes y después del cuidado del paciente. (654012) ✓ Poner en práctica precaución universal (654013) ✓ Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según CDC (654001). ✓ Limpiar la piel circundante a la Gastrostomía con un agente antiséptico apropiado. (654017) ✓ Cambiar el equipo de cuidado del paciente según protocolos (654003) ✓ Mantener técnicas de aislamiento apropiados (654006) ✓ Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada (654024) ✓ Limpiar el ambiente y equipos adecuadamente diariamente (654002) ✓ Enseñar al paciente y la familia evitar infecciones (654035) Vigilancia de la piel (3590) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay enrojecimiento calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas (359001) ✓ Instruir al familiar acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda (359014) Documentación (7920)	Infección Sepsis Shock séptico	Médico pediatra Médico Cirujano	Grado IV	Control de Riesgo. Proceso infeccioso (1924) <ul style="list-style-type: none"> • Identifica el riesgo de infección (192404) • Identifica signos y síntomas de infección (192405)



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

1. ASPECTOS GENERALES

Es la regurgitación de contenido estomacal. Esta acción puede irritar el esófago, causando acidez y otros síntomas que alteran la salud y crecimiento del lactante.

El paso retrógrado sin esfuerzo del contenido gástrico a la boca, reconocido como regurgitación o reflujo gastroesofágico (ERGE), se presenta en el período post prandial de manera esporádica, preocupando a los padres. Cuando este fenómeno se produce con una frecuencia e intensidad suficientes como para superar la capacidad defensiva de la mucosa esofágica y provocar un cuadro con sintomatología variable, evidente o silente, típica o atípica, con repercusiones clínicas, provocando ocasionalmente esofagitis o estenosis esofágicas.⁹

2. POBLACION OBJETIVO

Paciente pediátrico: Lactante, Niño y Adolescente con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE), hospitalizados en el servicio de Medicina Pediátrica.

3. OBJETIVO

- Mantener una alimentación adecuada en el niño en el niño con ERGE.
- Prevenir complicaciones de la ERGE.
- Educar a la familia en el manejo de su niño con ERGE.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista en Pediatría.



MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de aspiración R/C Disminución de la motilidad intestinal. Incompetencia del esfínter esofágico inferior (00039)	Paciente no presentara complicaciones	<p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar la P/A, FC, FR, T° y SaO₂. (668001) ✓ Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca. (668014) ✓ Controlar periódicamente la oximetría. (668018) <p>Precauciones para evitar la aspiración (3200)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria (320001) ✓ Mantener una vía aérea (320003) ✓ Controlar el estado pulmonar (320006) ✓ Colocación erguida a más de 30° durante la alimentación con sonda nasogástrica (320008) ✓ Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación (320009) ✓ Mantener el equipo de aspiración disponible (320011) ✓ Comprobar la colocación nasogástrica y de gastrostomía antes de la alimentación (320014) ✓ Ofrecer alimentos y líquidos que puedan fomentar un bolo antes de la deglución (320020) ✓ Inspeccionar la cavidad oral en busca de alimentos o fármacos retenidos (320024) <p>Administración de medicación oral</p>	Aspiración Neumonía aspirativa	Médico pediatra. Médico Gastroenterologo Pediatra.	III	<p>Prevención de la aspiración (1918)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica factores de riesgo (191801) • Evita factores de riesgo (191802) • Se incorpora para comer o beber (191803) • Consistencia apropiada de las comidas sólidas y líquidas (191806)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		(omeprazol y/o metoclopramida según indicación) (2304) Administración de medicación intravenosa (omeprazol y/o metoclopramida según indicación) (2314) Documentación (7920)				
Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C Factores biológicos (00002).	Mejorar y mantener el estado nutricional del paciente	<p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <p>Etapas de la dieta (1020)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar el estado de alerta y el reflejo nauseoso según corresponda (102004) ✓ Comprobar la tolerancia a la ingestión de líquidos (102005) ✓ Avanzar con la dieta de líquida absoluta, dieta líquida espesa, dieta blanda, dieta normal o especial según tolerancia (102009) ✓ Observar la tolerancia a la progresión de la dieta (102010) ✓ Pautas 6 comidas pequeñas (102011) ✓ Colocar la orden de restricción en la historia clínica y plan de cuidados (Kardex) (102012) ✓ Establecer una dieta absoluta si es necesario (102013) <p>Sondaje gastrointestinal (1080)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda nasogástrica que se ha de insertar, considerando el uso. (108001) ✓ Explicar al paciente y familiar el porqué de la utilización de la sonda gastrointestinal. (108002) ✓ Insertar la sonda según protocolo (108003) ✓ Comprobar la correcta colocación de la 	Desnutrición	Médico pediatra. Medico Gastroenterólogo pediatra Licenciada en Nutrición	III	<p>Estado Nutricional (1004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de nutrientes (100401) • Relación Peso/talla (100405) • Hidratación (100411)





DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<p>sonda. (108007)</p> <p>Alimentación enteral por sonda (1056)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar el procedimiento al paciente y familiar (105601) ✓ Verificar la ubicación de la Sonda (105604) ✓ Comprobar la existencia de residuos gástricos antes de cada alimentación (105621) ✓ Si los residuos son superiores a 150 ml espaciar por una hora la administración de la dieta (105622) ✓ Elevar el cabecero de la cama de 30° a 45° durante la alimentación (105610) ✓ Utilización de una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación (105616) ✓ Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos (105619) ✓ Al finalizar la alimentación esperar 30-60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición decúbito. (105613) ✓ Vigilar el estado de líquidos y electrolitos (105608) ✓ Controlar el estado hidroelectrolítico (balance hídrico) (105630) <p>Cuidados de la sonda gastrointestinal (1874)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fijar la sonda a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la comodidad e integridad de la piel del paciente (187405) ✓ Enseñar al paciente y la familia los cuidados 				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<p>de la sonda según corresponda. (187403)</p> <p>Manejo de la Nutrición (1100)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales (110001) ✓ Identificar las alergias e intolerancias alimentarias del paciente (110002) ✓ Ajustar la dieta según sea necesario (proporcionar alimentos con alto contenido proteico) (110008). ✓ Administrar los medicamentos antes de comer, si está indicado (110012) ✓ Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento (110021) ✓ Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso (110023) ✓ Derivar a los pacientes a los servicios necesarios (110027) <p>Monitorización nutricional (1160)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesar al paciente (116001) ✓ Monitorizar el crecimiento y desarrollo (116002) ✓ Identificar los cambios recientes del peso corporal (116005) ✓ Identificar las anomalías del sistema musculo esquelético (116022) <p>Documentación (7920)</p>				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C alteraciones que afectan el acceso a los líquidos. (00028)	El paciente mantendrá un equilibrio de volumen líquidos adecuado.	<p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <p>Manejo de líquidos (4120)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesar diario (412001) ✓ Contar y pesar pañales (412002) ✓ Balance hídrico (412003) ✓ Vigilar el estado de hidratación (412005) ✓ Observar signos de sobrecarga/retención de líquidos (412009) <p>Manejo de la hipovolemia (4180)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener un acceso EV permeable. (418013) ✓ Vigilar las fuentes de pérdida de líquido. (418005) ✓ Monitorizar la integridad cutánea (418025) 	Deshidratación Shock hipovolémico	Médico pediatra	III	<p>Equilibrio hídrico (0601)</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/A 060101 • Peso (060609) • Hidratación cutánea (060116) • Humedad de membranas mucosas (060117)

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

1. ASPECTOS GENERALES:

Las infecciones urinarias engloba a un grupo heterogéneo de condiciones que lo que tienen en común es la presencia de bacterias en la orina. Puede afectar a la uretra o la vejiga (vías urinarias bajas) y a los uréteres, pelvis renal, cálices y parénquima renal (vías urinarias altas). Desde el punto de vista clínico en algunas ocasiones es difícil establecer el diagnóstico topográfico, especialmente en los niños pequeños, ya que la sintomatología suele ser muy inespecífica. Con un criterio amplio y atendiendo básicamente a los aspectos relevantes para la práctica clínica pediátrica, consideramos los siguientes términos y definiciones:

- **Pielonefritis aguda:** Es la infección urinaria que presenta fiebre $> 38,5^{\circ} \text{C}$ asociada a signos biológicos de inflamación, por ejemplo la proteína C reactiva (PCR), la procalcitonina o la velocidad de sedimentación globular (VSG) aumentadas. Comporta un riesgo potencial de lesión renal con aparición de cicatrices corticales.
- **Cistitis:** Es la infección urinaria localizada en la vejiga de la orina, que acostumbra a ser afebril, con presencia de síntomas miccionales y ausencia de dolor lumbar.
- **Uretritis:** Poco frecuente en pediatría como entidad aislada, se manifiesta también con síntomas miccionales sin fiebre y, a menudo, con eliminación de exudado tal y como se ve en adolescentes. En niños más pequeños puede formar parte, prácticamente indistinguible por la clínica, de balanopostitis, de vulvovaginitis o de cistitis.
- **Bacteriuria asintomática:** Presencia de un recuento significativo de bacterias en la orina en ausencia de signos o síntomas clínicos.¹⁰

2. POBLACION OBJETIVO:

Paciente pediátrico: Lactante, Niño y Adolescente, con infecciones urinarias (Pielonefritis aguda, cistitis, uretritis o bacteriuria asintomática) hospitalizados en el servicio de Medicina Pediátrica.

3. OBJETIVO:

- ✓ Aplicar el PAE en forma eficaz y eficiente en el paciente pediátrico con infecciones urinarias.
- ✓ Unificar criterios y estandarizar el cuidado de Enfermería al paciente pediátrico con infecciones urinarias.

4. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada en Enfermería Especialista en Pediatría.

¹⁰ Asociación Española de Pediatría: Protocolos de Nefrología, 2010 "Infección de las Vías Urinarias", Barcelona – España.
Guías de Intervención de Enfermería Servicio de Medicina Pediátrica

MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INFECCION DEL TRACTO URINARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Deterioro de la eliminación urinaria R/C Multicausalidad (00016)	Paciente presentará una adecuada eliminación urinaria, se evitará posibles complicaciones durante su estancia hospitalaria.	<p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar la P/A, FC, FR, T° y SaO2. (668001) ✓ Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. (668002) ✓ Monitorizar la PA mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda. (668003) ✓ Monitorizar la PA en ambos brazos y comparar, según corresponda. (668006) ✓ Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda. (668007) ✓ Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos. (668009) ✓ Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca. (668014) ✓ Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. (668024) <p>Monitorización de líquidos (4120):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesar a diario y controlar la evolución. (412001) 	Alteración Hidroelectrolítica.	Médico Pediatra Médico Nefrólogo Pediatra. Médico Infectólogo Pediatra.	III / IV	<p>Eliminación Urinaria. (0503)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de Eliminación. (050301) • Olor de la orina. (050302) • Cantidad de la Orina. (050303) • Ingesta de líquidos. (050307) • Dolor al orinar. (050309)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar o pesar los pañales, según corresponda. (412002) ✓ Realizar un registro preciso de entradas y salidas. (412003) ✓ Realizar sondaje vesical, si es preciso. (412004) ✓ Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso. (412005) ✓ Observar si hay inicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según corresponda. (412009) ✓ Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera. (412011) ✓ Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda. (412012) ✓ Administrar terapia IV según prescripción. (412013) ✓ Monitorizar el estado nutricional. (412014) <p>Manejo de la eliminación urinaria (0590):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, 				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ según corresponda. (059001) ✓ Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. (059002) ✓ Explicar al familiar los signos y síntomas de infección del tracto urinario. (059004) ✓ Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda. (059005) ✓ Restringir los líquidos, si procede. (059016) <p>Manejo de la Medicación (2380):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. (238003) ✓ Controlar el cumplimiento del régimen de medicación. (238015) <p>Documentación (7920)</p>				
Hipertermia R/C Proceso infeccioso del tracto urinario (00007)	Paciente recuperará la temperatura corporal normal.	<p>Monitorización de signos vitales (6680)</p> <p>Regulación de la Temperatura (3900):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobar la temperatura al menos cada dos horas, según corresponda. (39001) ✓ Observar el color y la temperatura de la piel. (39005) ✓ Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia. (39006) ✓ Favorecer ingesta nutricional y de 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsión febril. 	<p>Médico Pediatra</p> <p>Médico Nefrólogo Pediatra.</p> <p>Médico Infectólogo Pediatra.</p>	III	<p>Termorregulación. (0800)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura cutánea aumentada. (080001) • Cefalea. (080003) • Dolor muscular. (080004) • Irritabilidad. (080005) • Cambios de

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		líquidos adecuada. (39007) ✓ Comentar la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de enfriamiento, según corresponda. (390015) ✓ Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. (390023) Punción Intravenosa (4190): ✓ Verificar la orden del tratamiento I.V. (419001) ✓ Utilizar una técnica aséptica estricta. (419003) ✓ Identificar si el paciente es alérgico a algún medicamento, al yodo o al esparadrapo. (419004) ✓ Colocar al paciente en decúbito supino. (419007) ✓ Etiquetar el apósito del sitio i.v. con la fecha, calibre e iniciales, según protocolo. (419034) ✓ Mantener precauciones universales. (419036) Manejo de la Medicación (2380) Documentación (7920)				coloración cutánea. (080007) • Frecuencia del pulso radial. (080012) • Frecuencia respiratoria. (080013)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Dolor agudo R/C Agentes lesivos. (00132)	El personal de salud proporcionará un alivio óptimo del dolor.	<p>Monitorización de los signos vitales (6680)</p> <p>Manejo del dolor (1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad, severidad, y factores desencadenantes. (14001) ✓ Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicar eficazmente. (14002) ✓ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. (14003) ✓ Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas, tiempo que durará, etc. (140014) ✓ Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas o no) que faciliten el alivio del dolor. (140018) ✓ Proporcionar un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. (140027) <p>Manejo Ambiental: Confort (6482):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el 	Convulsión por dolor intenso.	Médico Pediatra Médico Nefrólogo Pediatra. Médico Infectólogo Pediatra.	III / IV	<p>Control del dolor. (1605)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce factores causales. (160501) • Reconoce el comienzo del dolor. (160502) • Utiliza medidas de alivio no analgésicas. (160504) • Utiliza los analgésicos de forma apropiada. (160505) • Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario. (160507) • Refiere dolor controlado. (160511)



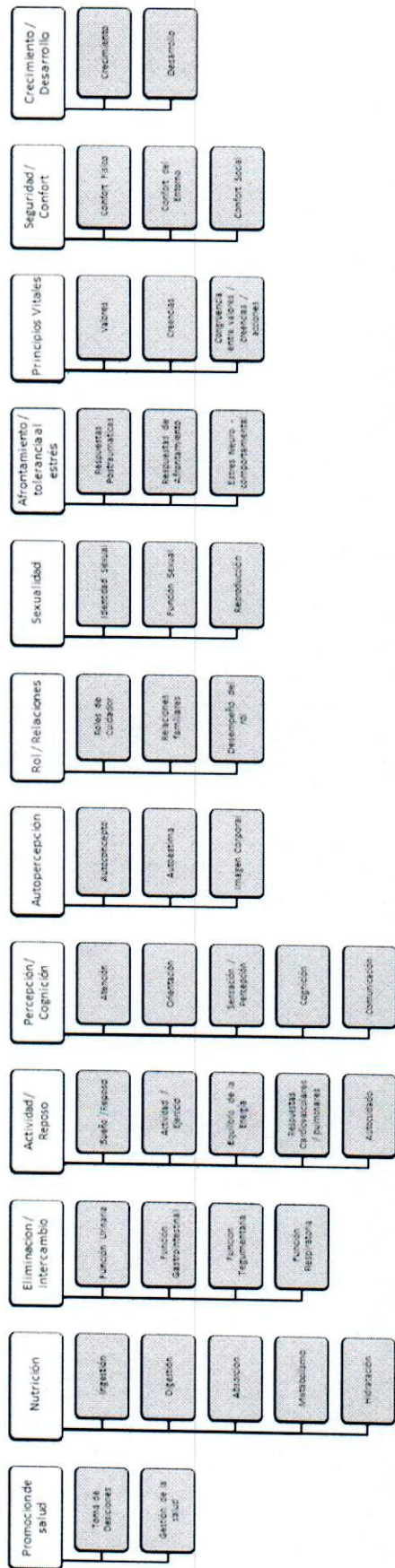
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		<p>movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo). (648203)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos y factores irritantes. (648205) <p>Administración de analgésicos (2210):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, frecuencia y dosis. (221001) ✓ Comprobar historial de alergias a medicamentos. (221002) ✓ Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca). (221020) ✓ Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. (221021) <p>Manejo de la Medicación (2380) Documentación (7920)</p>				





III. ANEXOS

**ANEXO 1
TAXONOMIA NANDA**



Fuente: NANDA Internacional, "Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2015-2017", Barcelona – España; 2015 (pág. 58-59)



DIAGNOSTICOS NANDA RELACIONADOS AL SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA



DOMINIO 2: NUTRICION		
Clase 1: Ingestión		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00002	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer la necesidades metabólicas
00107	Patrón de alimentación ineficaz	Alteración de la capacidad del lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión/deglución, que da lugar a una ingesta alimentaria inadecuada para las necesidades metabólicas
Clase 5: Hidratación		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos	Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO		
Clase 1: Funcion urinaria		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00016	Deterioro de la eliminación urinaria	Disfunción en la eliminación urinaria.
Clase 4: Funcion respiratoria		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00030	Deterioro del intercambio de gases	Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO		
Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/pulmonares		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00032	Patrón respiratorio ineficaz	La inspiración o la espiración no proporciona una ventilación adecuada

DOMINIO 11: SEGURIDAD /PROTECCION		
Clase 1: Infección		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00004	Riesgo de infección	Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.
Clase 2: Lesión Física		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00046	Deterioro de la integridad cutánea	Alteración de la epidermis, dermis o ambas

00039	Riesgo de aspiración	Riesgo de que penetren en el árbol traqueo bronquial secreciones gastrointestinales, oro faringeadas, sólidos o líquidos.
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.
Clase 6: Termorregulación		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00007	Hipertermia	Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Confort físico		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00132	Dolor agudo	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final previsible y una duración menor de 6 meses

ANEXO 2
TAXONOMIA NIC
RELACIONADOS AL SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA

Nivel 1 Campos	Campo 1	Campo 2	Campo 3	Campo 4	Campo 5	Campo 6	Campo 7
Nivel 2 Clases	<p>1. Fisiológico: Básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico</p> <p>A. Control de actividad y ejercicio B. Control de la eliminación: intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.</p> <p>C. Control de la Inmovilidad: intervenciones para controlar el movimiento corporal</p>	<p>2. Fisiológico: Complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática</p>	<p>3. Conductual Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida</p> <p>O. Terapia Conductual P. Terapia Cognitiva Q. Potenciación de la Comunicación R. Ayuda para el afrontamiento S. Educación de los pacientes T. Fomento de la comodidad psicológica</p>	<p>4. Seguridad Cuidados que apoyan la protección contra daños</p> <p>U. Control en casos de crisis V. Control de Riesgos: intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo.</p>	<p>5. Familia Cuidados que apoyan a la unidad familiar</p> <p>W. Cuidados de un bebe Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé X. Cuidados durante la vida</p>	<p>6. Sistema Sanitario Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria</p> <p>Y. Mediación del sistema sanitario a. Gestión del sistema sanitario b. Control de la Información Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia médica.</p>	<p>7. Comunidad Cuidados que apoyan la salud de la comunidad</p> <p>c. Fomento de la salud de la comunidad d. Control de riesgos de la comunidad</p>



	<p>restringido y las secuelas</p> <p>D. Apoyo Nutricional: intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional</p> <p>E. Fomento de la Comodidad Física: intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas</p> <p>F. Facilitación del Autocuidado</p>	<p>gaseoso</p> <p>L. Control de la piel/heridas: intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.</p> <p>M. Termorregulación: intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales</p> <p>N. Control de la Perfusión tisular: intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.¹¹</p>					
--	---	---	--	--	--	--	--



**ANEXO 3
TAXONOMIA NOC
RELACIONADOS AL SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA**

	Dominio I	Dominio II	Dominio III	Dominio IV	Dominio V	Dominio VI	Dominio VII
Nivel 1 Dominio	Salud Funcional Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida	Salud fisiológica Resultados que describen el funcionamiento orgánico	Salud psicosocial Resultados que describen el funcionamiento psicológicos y social	Conocimiento y conducta de salud Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad	Salud percibida Resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria	Salud familiar Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto o de una persona como miembro de la familia	Salud comunitaria Resultado que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población
Nivel 2 Clases	<i>Mantenimiento de la energía:</i> Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de una persona <i>Crecimiento y Desarrollo</i> <i>Movilidad:</i> Resultados que describen la movilidad física de una persona y las secuelas de la	<i>Cardiopulmonar:</i> Resultados que describen el estado cardiaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de una persona <i>Eliminación:</i> Resultados que describen los patrones y el estado de excreción y eliminación de una persona	<i>Bienestar psicológico:</i> Resultados que describen la salud emocional de una persona y la autopercepción relacionada <i>Adaptación psicosocial</i> <i>Autocontrol</i> <i>Interacción social</i>	<i>Conducta de salud</i> <i>Creencias sobre la salud</i> <i>Conocimientos sobre salud</i> <i>Gestión de la salud</i> <i>Control de riesgos y seguridad:</i> Resultados que describen el estado de seguridad de una persona y/o las acciones para evitar, limitar o	<i>Salud y calidad de vida</i> <i>Satisfacción con los cuidados</i> <i>Sintomatología</i>	<i>Desempeño del cuidados familiar</i> <i>Estado de salud de los miembros de la familia</i> <i>Bienestar familiar</i> <i>Ser padre</i>	<i>Protección de la salud comunitaria</i> <i>Bienestar comunitario</i>



	<p>restricción de movimientos</p> <p><i>Autocuidado:</i> Resultados que describen la capacidad de una persona para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria</p>	<p><i>Líquidos y electrolitos:</i> resultados que describen el estado hidroelectrolítico de una persona</p> <p><i>Respuesta Inmune</i></p> <p><i>Regulación metabólica:</i> Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar el metabolismo corporal</p> <p><i>Neurocognitiva</i></p> <p><i>Digestión y Nutrición:</i> Resultados que describen los patrones digestivos y nutricionales de una persona</p> <p><i>Respuesta terapéutica</i></p> <p><i>Integridad tisular:</i></p>	<p>controlar las amenazas identificables para la salud</p>				
--	--	---	--	--	--	--	--





IX. BIBLIOGRAFIA:

1. Decreto Supremo N° 004-2002-SA. Aprueban Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermería [En línea] Disponible en: http://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/normasLegales/DS_004_2002_SA.pdf [Recuperado el 18 de setiembre de 2016]
2. Actualización en Enfermería. Metodología PAE. [En línea] Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/> [Recuperado el 16 de febrero de 2015]
3. NANDA Internacional, "Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2015-2017", Barcelona – España; 2015
4. Bulechek, Gloria M., Butcher, Howard K., Dochterman, Joanne M., Wagner, Cheryl M., "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)", 6ta Ed. Elsevier, Barcelona – España; 2014
5. Colegio de Enfermeros del Perú, 2008 "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero", Lima-Perú
6. Instituto Nacional de Pediatría, 2005 "Síndrome Coqueluchoide y tos ferina: situación actual de la vigilancia epidemiológica", México.
7. Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, 2015 "Protocolo manejo de Tubo Endotraqueal y Traqueostomía", Iquique – Chile.
8. Revista Pediatría Electrónica, 2008 "Ostomías abdominales en pediatría: Una revisión de la Literatura Abdominal", Universidad de Chile – Chile
9. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP, 2010 "Reflujo gastroesofágico en niños", Valencia – España
10. Asociación Española de Pediatría: Protocolos de Nefrología , 2010 "Infección de las Vías Urinarias", Barcelona – España
11. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)", 5ta Ed. Elsevier, Barcelona – España; 2014
12. Colegio de Enfermeros del Perú, 2009 "Código de Ética y Deontología". Lima, Perú.
13. Ministerio de Salud, 2011 "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud". Lima, Perú.