

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

PERÚ	Ministerio de Salud	Instituto de Gestión de Servicios de Salud	Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"
------	---------------------	--	--

N° 075 -DG-HONADOMANI-SB-2017

**Resolución Directoral**

Lima, 15 de MARZO de 2017

Visto, el expediente N° 03186-17;

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° 116-2017-DE-HONADOMANI-SB de fecha 06 de Marzo de 2017, la Jefa del Departamento de Enfermería, se dirige al Director Adjunto del HONADOMANI "San Bartolomé" y pone de conocimiento que envía las Guías Técnicas: Guías de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Cirugía Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé";

Que, mediante Nota Informativa N° 064-2017-OGC-HONADOMANI-SB de fecha 08 de Marzo de 2017, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad informa al Director Adjunto sobre las Guías Técnicas, que da opinión favorable para proseguir con el trámite de su aprobación;

Que, mediante Informe Técnico N° 032-2017-CMI-DA-HONADOMANI-SB de fecha 08 de marzo de 2017, la Coordinadora Técnica de Monitoreo Institucional Informa al Director Adjunto sobre las **Guías Técnicas: Guías de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Cirugía Pediátrica del HONADOMANI- "San Bartolomé"**, cuenta con opinión favorable por estar concordantes a las normas vigentes en estructura y contenido y recomienda remitir el presente informe adjuntando las Guías de Intervención de Enfermería en la Atención de





COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Pacientes del Servicio de Cirugía Pediátrica del HONADOMANI-"San Bartolomé", para la emisión de la Resolución Directoral correspondiente;

Que, mediante Memorandum N° 066.DA.2017-HONADOMANI.SB de fecha 09 de Marzo de 2017 el Director Adjunto del HONADOMANI-SB, se dirige al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y comunica que su Dirección y la Coordinadora Institucional han evaluado los documentos y opinan favorablemente para la aprobación de las **Guías Técnicas: Guías de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Cirugía Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé"**, y solicita se proyecte la Resolución Directoral correspondiente;

Con la visación de la Dirección Adjunta y de la 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° 10-2017/IGSS de fecha 20 de enero del 2017, 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: Guías de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Cirugía Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé", que tiene como objetivo servir como instrumento de guía de intervención de enfermería a todas las enfermeras que se encuentren laborando y a las que ingresan a laborar al servicio, garantizar una atención adecuada, eficiente y de calidad, así como facilitar las intervenciones de enfermería en la atención de los pacientes con diferentes patologías quirúrgicas, el cual consta de Sesenta y Nueve (69) folios, que se adjunta a la presente Resolución Directoral debidamente visados.

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Enfermería, implemente la difusión interna de las Guías Técnicas: **"Guías de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Cirugía Pediátrica del HONADOMANI-SB"**,

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: **"Guías de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Cirugía Pediátrica del HONADOMANI-SB"**, aprobado por la presente Resolución Directoral, en la Dirección Electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese

EWVP/JCVO
C.C.

- DA
- Dep. Enfermería.
- OGC
- C.Ped
- OEI
- OAJ
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
SAN BARTOLOME

Dr. EDGARDO W. VÁSQUEZ PÉREZ
Director General
C.M.P. 10632 R.N.E. 3907

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GÓMEZ
FEDATARIO
Reg. N° Fecha **17 MAR. 2017**



Perú

Ministerio
de Salud

Instituto de
Gestión de
Servicios de Salud

Hospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento
de Enfermería



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



2017

**RESPONSABLES:**

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
Mg. Ortiz Espinoza, Miriam Esther

JEFA DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA:
Lic. Enf. Cáñez Marticorena, Dina Luz

ELABORADO POR:

Lic. Enf. Buleje Chipana, Yenifer Shirley.
Lic. Enf. Córdova Huamán, Cynthia.
Lic. Enf. Durand Meza, Norma Pilar.
Lic. Enf. Gurmendi Medina, Janet Teresa.
Lic. Enf. Hilario Cajavilca, Luisa Victoria.
Lic. Enf. Lezma Rojas, Pura Milena.
Lic. Enf. Márquez Vega, Carmen Yolanda.
Lic. Enf. Montero Falcón, María Jesús.
Lic. Enf. Palomino Nuñez, Nataly Ruth.
Lic. Enf. Pecho Donayre, María Del Carmen.
Lic. Enf. Quispe Echajaya, Carmen Rosana.
Lic. Enf. Rodríguez Valderrama, Raquel Elizabeth.
Lic. Enf. Salazar Salas, Santos Marilú.
Lic. Enf. Tacza Geraldine, Katty Brunella.
Lic. Enf. Torres Guerrero, Cynthia Yalitzá.
Lic. Enf. Valdez Ramos, Sonia.

REVISADO POR:

Lic. Enf. Gómez Paima, Yovana
Lic. Enf. Suyo Herrera, Lucy Elizabeth
Lic. Enf. Tejeda Ipanaque, Lindaura



INDICE

- I. TITULO: GUIA TECNICA: "GUIA TECNICA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA"
- II. FINALIDAD
- III. OBJETIVOS
- IV. AMBITO DE APLICACIÓN
- V. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR
- VI. CONSIDERACIONES GENERALES
- VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS
 - GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ATRESIA INTESTINAL.
 - GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON ATRESIA ESOFAGICA
 - GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON INVAGINACION INTESTINAL.
 - GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO
 - GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON MALFORMACION ANORECTAL
 - GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON GASTROSQUISIS
 - GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUISTE HIDATIDICO
 - GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE REFLUJO VESICOURETRAL
 - GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PERITONITIS GENERALIZADA
 - GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ESTENOSIS HIPERTROFICA DE PILORO
- VIII. ANEXOS
- IX. BIBLIOGRAFIA:

I. TITULO: GUIA TECNICA: "GUIA TECNICA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA"

II. FINALIDAD.

Con la aplicación del presente manual se espera contribuir a que exista un proceso de atención eficiente y de calidad, con sustento técnico científico mediante la identificación oportuna de los problemas presentados en la valoración integral del paciente pediátrico neonato y pediátrico quirúrgico y el mejoramiento de la actuaciones de enfermería en las patologías quirúrgicas más frecuentes, el cual contribuirá en la recuperación y rehabilitación del paciente quirúrgico en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

III. OBJETIVOS

Servir como instrumento de guía de intervención de enfermería a todas las enfermeras que se encuentren laborando y a las que ingresan a laborar al servicio.

Garantizar una atención adecuada, eficiente y de calidad.

Facilitar las intervenciones de enfermería en la atención de los pacientes con diferentes patologías quirúrgicas.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

Las presentes Guías de Intervención de Enfermería serán de uso referencial para todos los profesionales de Enfermería que laboran en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital "San Bartolomé".

V. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Atresia Intestinal
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes en Atresia Esofágica
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Invaginación Intestinal.
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Labio Leporino y Paladar Hendido.
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Malformación Anorectal.
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Gastrosquisis.
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Quiste Hidatídico.
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Reflujo Vesicouretral.
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Peritonitis Generalizada.
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes con Estenosis Hipertrofica de Píloro.

VI. CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICIONES OPERACIONALES

1. **CIENCIA DE ENFERMERIA:** Es el conjunto de conocimientos propios de la disciplina, que epistemológicamente explican su concepto, proposiciones, enunciado y teorías del cuidado. La aplicación de estas teorías son modelos que enfermería evidencia en los espacios donde se desenvuelve.
2. **ENFERMERIA:** Es la disciplina científica, con gran impacto social. Tiene como fin promover, conservar y restaurar la salud, prevenir la enfermedad y aliviar el sufrimiento, satisfaciendo las necesidades humanas dentro de una amplia variedad del entorno.
3. **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:** Instrumento que permite enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional. Es un instrumento utilizado en la práctica de enfermería con la

aplicación del método científico. Teniendo como etapas (valoración, diagnóstico, planificación, intervención, evaluación).

4. **GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA:** Documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de enfermería, donde se considera problemas reales o potenciales del sujeto de atención. Esta guía no sustituye el criterio de la enfermera, si no que orienta en la toma de decisiones.
5. **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Es un juicio clínico sobre el individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis de datos, que proporciona la base para las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar resultados de los que la enfermera es responsable.
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 presente¹.
6. **NANDA:** Son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación.
7. **META:** Es el logro que se desea alcanzar o el resultado esperado producto de las intervenciones.
8. **EFICIENCIA:** Eficiencia es producir el máximo resultado con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
9. **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:** Es el actuar directo de la enfermera o indirecto, por el personal a su cargo y bajo supervisión, que le permitirá alcanzar los resultados esperados.
10. **NIC:** La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones de enfermería, incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras tanto los cuidados directos como los cuidados indirectos, dirigidas a los individuos, las familias o la comunidad ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, por los médicos o por otros profesionales. Cada intervención del NIC consta de una etiqueta una definición un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que lleva cada intervención.²
11. **NOC:** Clasifican los resultados de los pacientes que se relacionan con los cuidados enfermeros. Los resultados de los pacientes sirve como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado de enfermería se define como un estado de conducta o

¹ NANDA Internacional, "Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2015-2017", Barcelona – España; 2015

² Bulechek, Gloria M., Butcher, Howard K., Dochterman, Joanne M., Wagner, Cheryl M., "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)", 6ta Ed. Elsevier, Barcelona – España; 2014

percepción individual familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo de respuesta a una intervención enfermera.³



12. GRADO DE DEPENDENCIA: Dependencia del paciente en el grado de intervención de enfermería en la satisfacción de sus necesidades. Se categoriza en⁴:

- **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.

VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

³ Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)", 5ta Ed. Elsevier, Barcelona – España; 2014

⁴ Colegio de Enfermeros del Perú, 2008 "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero", Lima-Perú

GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ATRESIA INTESTINAL.

1. ASPECTOS GENERALES

La Atresia Intestinal es un defecto en un segmento del intestino que interrumpe la continuidad luminal del tubo intestinal durante el desarrollo. La atresia intestinal es una malformación congénita de nacimiento (presente al nacer) que se desarrolla cuando faltan o están bloqueadas partes de los intestinos. La atresia (obstrucción) ocurre con más frecuencia a lo largo del intestino delgado (dividido en duodeno, yeyuno e ileon); Sin embargo, algunos bebés tienen atresia del intestino grueso (también llamado colon). Dependiendo del lugar donde se produce la obstrucción, la atresia intestinal puede recibir una denominación más específica (por ejemplo, una obstrucción en el duodeno se llamaría "atresia duodenal". En estos niños podemos observar el abdomen distendido, vómitos verdosos, deposiciones ausentes.

Podemos observar en estos pacientes los siguientes síntomas: Abdomen distendido, vómitos verdosos y deposiciones ausentes.⁵

2. POBLACION OBJETIVO

Pacientes neonatos hospitalizados en el Servicio de Cirugía Neonatal del Departamento de Cirugía Pediátrica con diagnóstico médico de Atresia Intestinal.

3. OBJETIVO

Unificar criterios para la Atención del paciente con diagnóstico médico de Atresia Intestinal.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista

⁵ Emedicine.com - Intestinal Atresia - <https://www.in.gov/isdh/files/intestinalatresia.pdf>.



MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ATRESIA INTESITAL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA (NOC)
Patrón de Alimentación ineficaz Lactante Anomalia anatómica. (00107)	Paciente mantendrá un adecuado aporte nutricional	Monitorización de signos vitales (6680) - Monitorizar P/A, Pulso, temperatura y estado respiratorio (668001) - Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de Hipotermia e hipertermia (668008) - Monitorizar ruidos pulmonares (668017) - Monitorizar la pulsioximetría (668018) - Monitorizar periódicamente el color la temperatura y humedad de la piel (668020) Punción Intravenosa (4190) - Utilizar técnica aséptica estricta (419003) - Seleccionar una vena apropiada para la venopunción (419012) - Elegir el tipo adecuado de aguja (419015) - Aplicar un torniquete (419020) - Limpia la zona con una solución adecuada (419026) - Insertar la aguja (419028) - Fijar la aguja con apósito adhesivo (419031) - Etiquetar en el apósito adhesivo del sitio intravenoso con la fecha e iniciales (419034) - Aplicar la tablilla para fijar el brazo (419035) Manejo de líquidos y electrolitos (2080) - Pesar a diario y valorar la evolución (208005) - Administrar líquidos según indicación médica (208006) - Mantener un ritmo adecuado de infusión intravenosa mediante bomba de infusión (208014) - Comprobar los valores de laboratorio relevantes	Distensión abdominal. Hipoglucemia Desnutrición	Médico cirujano. I/C Unidad de NPT.	IV	Hidratación (0602) - Turgencia cutánea (060201) - Membranas mucosas húmedas (060202) Estado nutricional del lactante (1020) - Glicemia (102008) - Proteína, albumina sérica (102011) - Electrolitos - Perfil Hepático

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA (NOC)
		para el equilibrio de líquidos (208016) - Vigilar los resultados de laboratorio (208017) - Corregir la deshidratación preoperatoria si es el caso según indicación médica (208024) - Observar si hay manifestaciones de desequilibrio hidroelectrolítico (208026) - Llevar un registro preciso del balance hídrico (208019) Sondaje gastrointestinal (1080) - Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda (108001) - Insertar la sonda (108003) - Colocar al paciente en decúbito lateral derecho (108005) - Comprobar la correcta colocación de la sonda (108007) Cuidados de Sonda Gastrointestinal (1874) - Monitorizar la cantidad, color y consistencia del contenido gástrico drenado (187409) - Auscultar periódicamente los ruidos intestinales (187401) Cuidados de catéter central de inserción periférica PICC (4220) - Identificar el uso previsto del catéter (422001) - Explicar el propósito del catéter riesgo/beneficio al familiar (422002) - Obtener el consentimiento para el procedimiento (422003) - Seleccionar la vena ante cubital disponible más accesible y menos utilizada (422005) - Utilizar técnica estéril para el cambio de apósito				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		(422022) Administración de Nutrición Parenteral Total (1200) • Monitorizar la presencia de infiltración, infección y complicaciones metabólicas (120005) • Comprobar la solución de NPT incluyendo nutrientes correctos (120006) • Mantener técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT (120007) • Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT (120008) • Mantener un flujo constante de la solución de NPT (120009) • Vigilar los niveles de albumina, proteínas, electrolitos, perfil lipídico, glucemia y perfil bioquímico (120013) • Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NPT (120017) • Utilizar la vía central solo para infusión de nutrientes (120019) Documentación (7920)				
Riesgo de infección secundarias inadecuadas (00027)	Mantener libre de signos de infección al neonato.	Monitorización de signos vitales (6680) • Monitorizar P/A, Pulso, temperatura y estado respiratorio (668001) • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de Hipotermia e hipertermia (668008) • Monitorizar ruidos pulmonares (668017) • Monitorizar la pulsioximetría (668018) • Monitorizar periódicamente el color la temperatura y humedad de la piel (668020)	Sepsis. Infección intrahospitalaria. Muerte.	Médico Cirujano.	IV	Control de riesgo: Proceso infeccioso (1924) - Utiliza precauciones universales (192414) - Identifica los

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA (NOA)
		Control de infecciones (6540) • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidado del paciente (654012) • Poner en prácticas precauciones universales (654013). • Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas de Nutrición Parenteral (654020). • Cambiar los sitios de las vías intravenosas periférica y central de acuerdo a directivas (654022) • Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas (654023). • Administrar tratamiento antibiótico según prescripción médica (654031) • Cambiar el equipo del cuidado del paciente según protocolo (654003)				factores de riesgo de infección (192426)
Ansiedad de la mamá R/C de necesidad intervención quirúrgica. (00146)	Disminuir la ansiedad de la mamá.	Disminución de la Ansiedad (5820) • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico (582005) • Escuchar con atención (582012) • Crear un ambiente que facilite la confianza (582014). Mejorar el afrontamiento (5230) Apoyo Emocional (5270) • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo (527003) • Animar al familiar que exprese sentimientos de ansiedad, ira o tristeza (527007) • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias (527009).	Negatividad de la mamá en la intervención quirúrgica de su bebé.	Médico Cirujano.	IV	Autocontrol de la ansiedad (1402) - Monitorear la intensidad de la ansiedad (140201). - Busca información para reducir la ansiedad (140204). - Conserva las relaciones sociales



INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NIC)	GRADO DE DEPENDENCIA	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	META	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)
(140211) - Mantiene la concentración (140212).				• Proporcionar ayuda en la toma de decisiones (527015).		



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON ATRESIA ESOFAGICA

1. ASPECTOS GENERALES

La Atresia de Esófago es una malformación congénita que afecta al esófago del recién nacido y que se caracteriza por carecer de permeabilidad esofágica con o sin comunicación a la vía aérea. Lo que ocasiona que la saliva y la leche no pasen al estómago y se manifieste como regurgitación acompañado de signos de ahogo. Existen 5 tipos y algunos tienen comunicación mediante una fístula a la vía respiratoria. En estos pacientes podemos observar salivación constante, asfixia con la alimentación, dificultad respiratoria.⁶

2. POBLACION OBJETIVO

Pacientes neonatos hospitalizados en el Servicio de Cirugía Neonatal del Departamento de Cirugía Pediátrica con diagnóstico médico de Atresia Esofágica.

3. OBJETIVO

Unificar criterios para atención del paciente con diagnóstico médico de atresia Esofágica.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista.

⁶Dr Valente Real Gomez CirujanoPediátrica cirujanopediatricatrancun.com/procedimientos/atresia-de-esofago

MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOGARTO)
Riesgo de aspiración R/C discontinuidad esofágica (00039)	El recién nacido mantendrá vías aéreas permeables durante su hospitalización	Monitorización respiratoria (3350). • Observar si se produce respiraciones ruidosas como estridor o ronquidos (335003). • Monitorizar los patrones de respiración (335004). • Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno (335005). • Auscultar los sonidos respiratorios (335011). • Vigilar las secreciones respiratorias del paciente (335020). • Observar si hay disnea y los factores que mejoren o empeoren la respiración (335022). • Instaurar tratamiento de terapia respiratoria (nebulizador) (335029). Manejo de la vía aérea (3140) • Vigilar el estado respiratorio de oxigenación según corresponda (31402). Precauciones para evitar la aspiración (3200): • Mantener el equipo de aspiración disponible (320020). • Proporcionar cuidados orales (320025). • Colocar al bebe en posición semi sentado de 30 a 45° • Colocar sonda oro esofágica a presión negativa Aspiración de las vías aéreas (3160) • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración (316002) • Determinar la necesidad de la aspiración (316001) • Usar precauciones universales (316006).	Aspiración. Neumonía aspirativa.	Médico Cirujano. Fisioterapeuta.	IV	Estado respiratorio (0415): - Vías aéreas permeables (41532). - Saturación Vías aéreas permeables (41532). - Saturación de oxígeno (41508) Prevención de la aspiración (1918): - Vías aéreas permeables (41532). - Saturación de oxígeno (41508)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE CALIDAD DE ATENCIÓN (NIC) ENFERMERÍA
		- Utilizar una presión de aspiración entre 80 -100 mm Hg (316015). - No exceder de 10 segundos por cada aspiración. (316015). - Monitorizar el estado de oxigenación del bebe, antes, durante y después de la aspiración (316016). - Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones. (316023). - Utilizar equipo desechable estéril para cada aspiración. (316011) Fisioterapia torácica (3230). - Monitorizar la cantidad y características de las secreciones (323018) - Aspirar las secreciones liberadas (323021) Documentación (7920)				
Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de las secreciones (00031)	Paciente mantendrá vías aéreas permeables.	Manejo de la vía aérea (3140): - Eliminar secreciones mediante la succión (3414006) - Administrar broncodilatadores, según prescripción médica (314013) - Administrar tratamiento con nebulizador, si está indicado (314015) - Administrar oxígeno humidificado según corresponda (314017) - Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación (314021) Oxigenoterapia (3320) - Eliminar las secreciones bucales y nasales según corresponda (332001). - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas	Neumonía Aspirativa.	Médico Cirujano.	IV	Perfusión Tisular: Pulmonar (408) - Saturación de oxígeno (40821) Signos Vitales (0802) - Profundidad de la inspiración (80211)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA (NOC)
		• Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado (332003). • Vigilar el flujo de litros de oxígeno (332006). • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (Pulsioxímetro, Gasometría arterial) (332010). • Observar la ansiedad del paciente relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia (332017) Documentación (7920)				
Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad para digerir y absorber los nutrientes.	Neonato recibirá aporte calórico proteico según requerimiento.	• Monitorizar peso (413006) • Monitorizar las entradas y salidas (413007) • Llevar registro preciso de entradas y salidas (413014) • Verificar todas las entradas y salidas (413015) • Observar, mucosas, turgencia de la piel. (413018) Manejo de líquidos y electrolitos (2080) • Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen sobrecarga o deshidratación (208002) • Pesar diario y valorar su evolución (208005) • Administrar líquidos según indicación médica (208006) • Asegúrese que la solución IV que contiene electrolitos se administre a un ritmo constante, según indicación (208015) Manejo del peso (1260) • Determinar el peso corporal ideal del paciente (126006)	Desnutrición.	Médico Cirujano. Nutricionista. I/C NPT.	IV	Equilibrio hídrico (0601): - Peso corporal estable (60109) - Hidratación cutánea (60116). - Humedad de membranas mucosas (60117). Estado nutricional Ingesta de nutrientes (1008) - Administración de líquidos intravenosos (100804) - Administración de líquidos con nutrición

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Desarrollar un método para llevar el registro diario de cambios en el peso corporal (126008). Manejo de la nutrición (1100) - Determinar el estado nutricional del paciente (110001) - Monitorizar la tendencia de aumento y pérdida de peso (110023). Administración de Nutrición Parenteral Total (1200) - Monitorizar la presencia de infiltración, infección y complicaciones metabólicas (120005) - Comprobar la solución de NPT incluyendo nutrientes correctos (120006) - Mantener técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT (120007) - Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT (120008) - Mantener un flujo constante de la solución de NPT (120009) - Vigilar los niveles de albumina, proteínas, electrolitos, perfil lipídico, glucemia y perfil bioquímico (120013) - Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NPT (120017) - Utilizar la vía central solo para infusión de nutrientes (120019) Documentación (7920)				parenteral total (100805)
Riesgo de infección R/C Alteración de las	Mantener libre de infecciones al neonato Mantener	Control de infecciones (6540): Cambiar los equipos de cuidados del paciente (654003).	Sepsis. Shock séptico.	Médico Cirujano.	IV	Control del riesgo: proceso infeccioso (1924)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOQ)
defensas primarias secundarias. Sistema inmunológico inmaduro. Procedimientos invasivos. (00004)	Temperatura entre 36.5 y 37.5 °C. Mantener la FC entre 120 a 160 latidos por minuto.	• Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado (654008) • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de ver a su paciente (654010). • Poner en práctica precauciones universales, usar guantes estériles, Cambiar los sitios de las vías intravenosas (654013) • Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías I.V. (654023) Manejo de medicación (2380) • Controlar el cumplimiento del régimen de medicación (238015) • Observar el efecto terapéutico de la medicación en el paciente (238005) • Observar si hay signos y síntomas de toxicidad del medicamento (238006) Documentación (7920).				- Utiliza precauciones universales (192414) - Practica lavado de manos (192415) - Efectos terapéuticos esperados presentes (230101) - Cambios esperados en los síntomas (230103)
Riesgo de deterioro parental R/C separación precoz, forzada y prolongada madre-niño evidenciada en el servicio. (00058)	Padres afianzaran relación afectiva con neonato.	Fomentar la implicación familiar (7100): • Escuchar a los miembros de la familia (710001) • Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia (710002) • Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irrealistas de culpa de culpa (710005) • Ayudar a la familia en la resolución de conflictos (710010) • Proporcionar intimidad a la familia (710013) • Proporcionar información regularmente a la familia sobre el estado del paciente (710016) • Facilitar visita de familiares (710021) Mantenimiento de los procesos familiares (7130) • Identificar efectos derivados del cambio de	Ansiedad. Depresión. Abuso de sustancias. Separación. Falta de intimidad.	Médico Cirujano. Psicología. Servicio social.	IV	Bienestar del cuidador principal. (2508) - Satisfacción con la salud emocional (250802) - Apoyo del profesional de salud (250807) - Satisfacción con las relaciones sociales (250808)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NO ENFERMERIA)
		- papeles en los procesos familiares (713003) - Apoyo a la familia (7140) - Asegurar a la familia que al paciente se le brinda los mejores cuidados posibles (714001) - Valorar la relación emocional de la familia frente a la enfermedad de su bebe (714002) - Facilitar la comunicación (714006)				- Rol cuidador (250809) - Capacidad para el afrontamiento (250813) Ejecución del rol de padres. (221) Afrontamiento de problemas (1302) Lazos afectivos padres-hijos (1500)



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON INVAGINACION INTESTINAL.

1. ASPECTOS GENERALES

La Invaginación Intestinal es la causa más común de obstrucción intestinal en niños de entre 3 meses y 3 años de edad. La invaginación intestinal produce cuando una parte del intestino se pliega como un telescopio y un segmento penetra dentro de otro. Se puede producir en el colon, en el intestino delgado o entre el intestino delgado y el colon. El resultado puede ser una obstrucción en el intestino delgado o el colon. Esta obstrucción impide el paso por el intestino de los alimentos que se están digiriendo.

Las paredes de las dos secciones del intestino plegadas sobre sí mismas se presionan entre sí y esto causa irritación e inflamación. Finalmente, se interrumpe la irrigación sanguínea hacia esa área, lo cual puede provocar daños al intestino⁷.

2. POBLACION OBJETIVO

Pacientes Lactantes y preescolares hospitalizados en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Departamento de Cirugía Pediátrica con diagnóstico médico de Invaginación Intestinal.

3. OBJETIVO

Unificar criterios para la atención del paciente con diagnóstico médico de Invaginación Intestinal.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista

⁷ University of Utah Health Care - La **Invaginación Intestinal** -healthcare.utah.edu/healthlibrary/related/doc.php?type=90&id

MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INVAGINACIÓN INTESTINAL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOBARTO)
Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C alteración del peristaltismo. (00196)	Paciente mejorará el peristaltismo gastrointestinal	Monitorización de signos vitales (6680): • Monitorizar P.A, pulso, T° y estado respiratorio (668001). • Monitorizar y registrar si hay signos de hipotermia e hipertermia (668008) • Monitorizar pulsioximetría (668018) • Identificar las causas posibles de los cambios de los signos vitales (668024). Sondaje gastrointestinal(1080) • Seleccionar tipo y tamaño de la sonda nasogástrica que se ha de insertar (108001) • Insertar la sonda según el protocolo del hospital (108003) Cuidados de la sonda gastrointestinal (1874) • Auscultar periódicamente los ruidos intestinales (187401) • Conectar la sonda a gravedad (187402) • Monitorizar la cantidad, color y consistencia del contenido gástrico drenado (187409) • Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción de la sonda (187413) • Vigilar periódicamente el estatus hidroelectrolítico (187417)	Perforación intestinal	Médico Cirujano.	IV	Función gastrointestinal (1015) - Distensión abdominal (101514) - Dolorimiento abdominal (101515) - Aspirados gástricos: color (101509)
Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida importante de volúmenes. (00027)	Mantener equilibrio volumen líquidos	Monitorización de signos vitales (6680) Manejo de líquidos (4120): • Pesar a diario (412001) • Realizar un registro preciso de entradas y salidas (BHE) (412003). • Vigilar el estado de hidratación (412005). • Monitorizar el estado hemodinámico (412007).	Deshidratación severa Shock hipovolémico	Médico Cirujano.	IV	Hidratación (0602) - Turgencia cutánea (060201) - Membranas mucosas y

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DEL SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA (NOC)
		• Administrar líquidos según corresponda (412015). • Administrar la reposición prescrita de líquidos por vía nasogástrica en función de salidas (412020). • Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión si fuera necesario (412027) • Administrar hemoderivados según corresponda (412029). • Observar si hay signos de sobrecarga de líquidos (412009). Manejo de la eliminación urinaria (0590) • Monitorizar la eliminación urinaria (59001). • Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria (59002). • Identificar factores que contribuyan a episodios de incontinencia (59003) • Anotar la hora de la última eliminación urinaria según corresponda (59005) • Obtener muestra de orina para el análisis de orina (59008) Manejo de electrolitos (2000): • Mantener acceso IV permeable (200003). • Observar si los electrolitos en suero son anormales (200001). • Mantener solución intravenosa que contenga electrolitos a flujo constante según corresponda (200006) • Observar si se pierden líquidos ricos en electrolitos (200011). Interpretación de datos de laboratorio (7690): Informar inmediatamente de cambios súbitos de los				húmedas (60202) - Diuresis (60211) - Perforación tisular (60217)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NIC)
		valores de laboratorio al médico (769018)				

GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

1. ASPECTOS GENERALES

El Paladar Hendido y el Labio Leporino son defectos congénitos. Ocurre cuando el labio superior y el paladar no se desarrollan correctamente. Esto causa una abertura en el labio sucede en los primeros meses de embarazo. Un bebé puede tener paladar hendido o labios leporinos o ambos. El labio leporino ocurre cuando el tejido que forma el paladar y el labio superior no se unen antes del nacimiento. Esto causa una abertura en el labio superior⁸.

2. POBLACION OBJETIVO

Pacientes neonatos, lactantes, preescolares y escolares hospitalizados en el Servicio de Cirugía Neonatal y Pediátrica del Departamento de Cirugía Pediátrica con diagnóstico Médico de Labio Leporino y Paladar Hendido.

3. OBJETIVO

Unificar criterios para atención del paciente con diagnóstico médico de Labio Leporino y Paladar Hendido.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista.

⁸ MedlinePlus en español - Labio leporino y paladar hendido - <https://medlineplus.gov/.../cleflipandpalate.html>

MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C dificultad para la succión y deglución. (00107)	El lactante logrará alimentarse adecuadamente por vía oral.	Monitorización nutricional. (1160) • Pesar al paciente (116001) • Monitorizar el crecimiento y desarrollo (116002) • Identificar cambios recientes del peso corporal (116005). • Evaluar turgencia y movilidad cutánea (116007) • Monitorizar ingesta calórica y dietética (116012) • Evaluar la deglución (116019). • Identificar anomalías de la cavidad oral (116020) • Determinar los factores que afectan la ingesta nutricional (116025) • Iniciar el tratamiento o derivar al paciente según proceda (116027)	Dificultades alimentarias Flujo de leche a través de la nariz durante la alimentación Problemas dentales Problemas de crecimiento Infecciones de oído frecuentes Dificultades en el habla.	Médico Cirujano.	III	Estado nutricional del lactante (1020) - Ingestión oral de alimentos (102002) - Relación Peso/Talla (102005) - Crecimiento (102007) - Glucemia (102008) - Ingestión de vitaminas (102016)
Riesgo de aspiración regurgitación nasal de alimentos. (00039)	El paciente logrará reducir el riesgo de aspiración.	Alimentación enteral por sonda (1056) • Insertar una sonda nasogástrica (105602) • Confirmar la colocación de la sonda mediante rayos X (105606). • Elevar la cama a 30 a 45° (1056109). • Sostener al lactante y hablar con él durante la alimentación. (105612) • Utilizar una técnica higiénica en la administración de nutrición enteral (105616). • Observar si hay sensación de plenitud, náuseas o vómitos (105619) • Antes de cada alimentación intermitente comprobar la ubicación de la sonda	Neumonía por aspiración.	Médico Cirujano. I/C Neumología.	III	Estado respiratorio ventilación (0403) - Frecuencia - Control del riesgo (1902). - Ritmo respiratorio (40302). - Capacidad vital (40325). Prevención de la aspiración

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		(105621). Terapia de deglución (1860) - Colocar al paciente de forma que podamos observarlo (186005). - Proporcionar al paciente un chupón para que succione y fortalecer la fortaleza de la lengua, si no existe contraindicación (186016). - Observar si hay signos y síntomas de aspiración (186019). - Controlar el peso corporal (186036). - Proporcionar cuidados bucales necesario (186038) Precauciones para evitar la aspiración (3200) - Mantener el equipo de aspiración disponible (320020). - Proporcionar cuidados orales (320025). - Colocar al bebe en posición semi sentado de 30 a 45°				Control de la aspiración (1918) - Se incorpora a bebe para la alimentación (191803). - Se coloca a bebe de lado para alimentarse (191805). - Mantiene higiene bucal (191809).
Riesgo de deterioro parental R/C nacimiento de hijo con anomalía congénita (00057)	Los padres lograrán Comprender la naturaleza de la enfermedad y calmar sus diferentes sentimientos hacia el niño.	Fomentar la implicación familiar (7110) - Identificar la capacidad de la familia para implicarse en el cuidado del paciente (711001). - Identificar respectivas de la familia respecto al paciente (711006). - Observar la estructura familiar y sus roles (711009). - Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente (711013). - Reconocer y respetar los mecanismos de afrontamiento de la familia (711019). - Facilitar el control familiar de los aspectos	Rechazo de los padres	Médico Psicología. Cirujano.	III	Bienestar del cuidador principal. (2508) Conocimiento: cuidados del recién nacido pre término. (1840) Ejecución del rol de padres. (2211)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		médicos de la enfermedad por parte de la familia (711025) Estimulación de la integridad familiar (7104) • Establecer relaciones de confianza con los padres (710404) • Ayudar a la familia a identificar sistemas de apoyo (710421) • Reforzar comportamiento parentales positivos (710430) Mantenimiento de los proceso familiares (7130) Terapia familiar (7150)				



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON MALFORMACION ANORECTAL

1. ASPECTOS GENERALES

Las Malformaciones Ano rectales son defectos congénitos (problemas que ocurren cuando el feto se está desarrollando durante el embarazo). Con este defecto, el ano y el recto (el extremo inferior del tracto digestivo) no se desarrollan correctamente⁹.

2. POBLACION OBJETIVO

Pacientes neonatos, lactantes, preescolares hospitalizados en el Servicio de Cirugía neonatal y Pediátrica del Departamento de Cirugía Pediátrica con diagnóstico médico de Malformación Anorectal.

3. OBJETIVO

Unificar criterios para atención del paciente con diagnóstico médico de Malformación Intestinal.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista.

⁹ University of Utah Health Care - Malformación Anorrectal - healthcare.utah.edu/healthlibrary/related/doc.php?type=90&id=P05084

MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON MALFORMACION ANORECTAL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C patología. Ano imperforado. (00025)	Paciente mantendrá hidratación adecuada	Manejo de líquidos. (4120) - Realizar balance hídrico. (412003) - Realizar sondaje vesical si es necesario. (412004) - Vigilar estado de hidratación. (412005) - Monitorizar estado hemodinámico (412007) - Evaluar ubicación y extensión de edema si lo hubiera. (412011) - Administrar terapia intravenosa, según prescripción. (412013) - Administración de diuréticos, según corresponda. (412016) registro de proceso de entrada y salida de líquidos. Manejo del peso. (1260) Monitorización de líquidos. (4130) - Monitorizar niveles de electrolitos. (413008) - Monitorizar niveles séricos de albumina y proteínas totales. (413009) Manejo de electrolitos (4170). Documentación. (7920). Monitorización de signos vitales (6680) - Monitorizar P/A, Pulso, temperatura y estado respiratorio (668001) - Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de Hipotermia e hipertermia (668008) - Monitorizar ruidos pulmonares (668017) - Monitorizar la pulsioximetría (668018) - Monitorizar periódicamente el color la temperatura y humedad de la piel (668020) Punción Intravenosa (4190)	Deshidratación convulsiones Aspiración	Médico cirujano	IV	Equilibrio hídrico (0601) - PA (060101). - Electrolitos (060118). - Humedad de membranas y mucosas (060117)
Patrón de Alimentación Ineficaz R/C Dieta Absoluta Prolongada. (00107)	Paciente mantendrá estado nutricional adecuado	Monitorización de signos vitales (6680) - Monitorizar P/A, Pulso, temperatura y estado respiratorio (668001) - Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de Hipotermia e hipertermia (668008) - Monitorizar ruidos pulmonares (668017) - Monitorizar la pulsioximetría (668018) - Monitorizar periódicamente el color la temperatura y humedad de la piel (668020) Punción Intravenosa (4190)	Desnutrición	Médico Cirujano	IV	Estado nutricional. (1004) - Hidratación (100411). - Ingesta de nutrientes (100401)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Utilizar técnica aséptica estricta (419003) - Seleccionar una vena apropiada para la venopunción (419012). - Aplicar torniquete (419020) - Limpia la zona con una solución adecuada (419026). - Insertar el catéter según las instrucciones del fabricante (419028). - Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en la cámara (419032). - Mantener precauciones universales (419036)				
Riesgo de aspiración R/C del residuo gástrico residual debido a ausencia de orificio rectal (00039).	Paciente presentara eliminación adecuada contenido gástrico.	Sondaje gastrointestinal (1080) - Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda (108001) - Insertar la sonda (108003) - Colocar al paciente en decúbito lateral derecho (108005) - Comprobar la correcta colocación de la sonda (108007) Cuidados de sonda gastrointestinal (1874). - Auscultar periódicamente los ruidos intestinales, medición de perímetro abdominal (187401) - Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción de la zona de fijación (187413) Documentación. (7920).	Aspiración.	Médico Cirujano.	IV	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410) - Frecuencia respiratoria 041004 - Tos 041019 - Acumulación de esputos 041020
Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C ausencia de orificio	Preparación preoperatoria para la Cirugía	Coordinación Preoperatoria - Revisar la cirugía (288001). - Realizar una valoración física completa (288003).	Perforación, sepsis.	Médico Cirujano.	IV	Función Gastrointestinal (1015) Ruidos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
rectal (Preoperatorio). (00196)		• Efectivizar las pruebas (análisis, Rayos X, Ecografías e interconsultas) según corresponda (288005). • Notificar al médico los resultados de los exámenes (288010). • Obtener el consentimiento para la intervención quirúrgica (288015). • Informar a los padres sobre fecha y hora de la cirugía. • Coordinar con SOP para el traslado del paciente.				abdominales (101508) - Color del contenido gástrico aspirado (101509) - Cantidad del residuo gástrico (101510) - Distensión abdominal (101514) - Dolor abdominal (101513) - Nauseas (101531) - Vómitos (101533)
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C secreción estomal. (00047)	Paciente mantendrá piel íntegra.	Cuidados de las herida (3660) • Monitorizar las características de la herida incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. (366003) • Limpiar con solución salina fisiológica según corresponda. (366006) • Aplicar una crema adecuada en la piel, según corresponda. (366010) • Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de apósito (366016) • Documentar localización tamaño y aspecto del	Dermatitis severa. dolor Dehiscencia. Evisceración.	Médico cirujano.	IV	Integridad tisular Piel y membrana mucosas (1181) Control de riesgo (1902)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		estoma (366030) Vigilancia de la piel (3590) • Observar color, calor y tumefacción de la zona (359002). • Documentar los cambios en la piel y las mucosas. (359011). Cuidados del sitio de incisión. (3440) • Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia. (344002) • Limpiar la zona que rodea la incisión con solución antiséptica apropiada. (344005) Cuidado de ostomía (0480) • Instruir al familiar sobre el cuidado de ostomía (48001). • Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente (48004) • Vigilar la curación del estoma (piel periestomal. (48007). • Cambiar la bolsa de ostomía según corresponda (48008) • Irrigar la ostomía según corresponda (48009). • Educar u orientar a la madre sobre cuidado de la piel periestomal (48010). • Evaluar la madre sobre los cuidados de la ostomía (48012) Cuidados perineales (1750). • Mantener el perineo seco (175002). • Documentar las características del drenaje (175012). • Aplicar barrera protectora (Óxido de zinc)				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOCA)
Riesgo de deterioro parental R/C desconocimiento del mantenimiento de la salud del recién nacido. (0056)	Padres demostrara afecto y colaboración en el cuidado del recién nacido	Estimulación de la integridad familiar (7104) • Establecer relaciones de confianza con los progenitores (710404) • Escuchar las preocupaciones sentimientos y preguntas de los padres (710450) Fomentar el apego (6710) • Facilitar el acceso completo de los padres al bebe hospitalizado (671033) Apoyo a la familia (7140) • Asegurar a la familia que al paciente se le brinda los mejores cuidados posibles (714001) • Valorar la relación emocional de la familia frente a la enfermedad de su bebe (714002) • Facilitar la comunicación (714006) Documentación (7920) Fomentar implicancia familiar (7110) Mantenimiento de los procesos familiares (7180) Cuidados de ostomía (115) • Educar a los papas sobre el manejo y el cuidado de piel peristomal.	Rechazo de los padres	Médico Cirujano. Psicología. Asistente Social	IV	Lazos afectivos de padres hijo. (1500) - Acarician y hablan a su bebe (150006) Bienestar del cuidador principal (2508) Ejecución del rol de padres (2211) Padres realizan cuidados adecuados de la colostomía.



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON GASTROSQUISIS

1. ASPECTOS GENERALES

Es un tipo de defecto de la pared abdominal en el cual los intestinos y otros órganos e desarrollan fuera del abdomen del feto a través de una apertura de la pared abdominal, casi siempre a la derecha del cordón umbilical. El defecto originalmente es producido por una involución defectuosa del mesénquima embrionario en su unión con el tallo corporal, lo que resulta en una displasia de la pared abdominal. Frecuentemente puede diagnosticarse con ultrasonografía o con pruebas de líquido amniótico¹⁰.

2. POBLACION OBJETIVO:

Paciente neonato hospitalizado en el servicio de Cirugía Neonatal del departamento de Cirugía Pediátrica con diagnóstico médico de Gastrosquisis.

3. OBJETIVO

Unificar criterios para la atención del paciente con diagnóstico médico de Gastrosquisis.

4. PERSONAL RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista.

¹⁰ Wikipedia, la enciclopedia libre - Gastrosquisis - <https://es.wikipedia.org/wiki/Gastrosquisis>

MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON GASTROSQUISIS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO EN ENFERMERIA (NOC)
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C enfermedad que afecta la regulación de la temperatura- Defecto de pared.	Paciente mantendrá temperatura corporal normal.	Monitorización de signos vitales (6680) - Monitorizar P/A, Pulso, temperatura y estado respiratorio (668001) - Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de Hipotermia e hipertermia (668008) - Monitorizar ruidos pulmonares (668017) - Monitorizar la pulsioximetría (668018) - Monitorizar periódicamente el color la temperatura y humedad de la piel (668020) Regulación de la temperatura (3900) - Comprobar la temperatura del recién nacido prematuro cada 2 horas. (390001) - Instalar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua (390003) - Observar color y temperatura corporal. (390005) - Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia (390006) - Precautar los objetos antes de su uso (390013) Manejo ambiental (6480) - Crear un ambiente seguro para el paciente (648002) - Disminuir los estímulos ambientales (648021) - Ajustar la temperatura de la incubadora de acuerdo a las necesidades del paciente (648023). - Controlar y evitar los ruidos indeseables o excesivos (648024) Documentación (7920)	Hipotermia. Neumonía. Incremento de pérdidas insensibles.	Médico Cirujano.	IV	Control del riesgo. (1902) Termorregulación: Recién Nacido (0801) - Inestabilidad de la temperatura (080116) - Temperatura cutánea aumentada (080001)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de aspiración R/C aumento del volumen gástrico residual. (00039)	Paciente presentará eliminación adecuada del contenido gástrico	Sondaje gastrointestinal (1080) • Seleccionar tipo y tamaño de la sonda nasogástrica que se ha de insertar (108001) • Insertar la sonda según el protocolo del hospital (108003) Cuidados de la sonda gastrointestinal (1874) • Auscultar periódicamente los ruidos intestinales (187401) • Conectar la sonda para que drene (187402) • Monitorizar la cantidad, color y consistencia del contenido gástrico drenado (187409) • Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción de la sonda (187413) • Vigilar periódicamente el estatus hidroelectrolítico (187417). Cuidados de sonda gastrointestinal (1784) • Reemplazar el líquido gastrointestinal con la solución intravenosa adecuada según indicación. (187415) Precauciones para evitar la aspiración (3200) • Vigilar el nivel de conciencia, nauseoso y capacidad deglutoria (320001) • Mantener al paciente con la cabecera elevada a 30° (320008). • Comprobar el residuo de la sonda nasogástrica (320015). • Proporcionar cuidados orales (320025)	Neumonía aspirativa.	Médico Cirujano.	IV	Función gastrointestinal (1015) - Ruidos abdominales (101508) - Color del contenido gástrico aspirado (101509) - Cantidad del residuo gástrico (101510) - Distensión abdominal (101514) - Dolor abdominal (101513) - Nauseas (101531) - Vómitos (101533)
Riesgo de desequilibrio de volumen líquidos R/C patología	Paciente mantendrá hidratación adecuada.	Manejo de líquidos. (4120) • Realizar balance hídrico. (412003) • Realizar sondaje vesical si es necesario. (412004)	Convulsiones. Deshidratación. Desnutrición.	Médico Cirujano. I/C NPT.	IV	Equilibrio hídrico (0601) - P/A (060101) - PVC (060103) - Electrolitos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
fondo-Defecto de pared. (00025)		• Vigilar estado de hidratación. (412005) • Monitorizar estado hemodinámico (412007) • Evaluar ubicación y extensión de edema si lo hubiera. (412011) • Administrar terapia intravenosa, según prescripción. (412013) • Administración de diuréticos, según corresponda. (412016) Manejo del peso. (1260) Monitorización de líquidos. (4130) • Monitorizar niveles de electrolitos. (413008) • Monitorizar niveles séricos de albumina y proteínas totales. (413009) Administración de Nutrición Parenteral Total NPT (1200) • Asegurar la colocación de la línea intravenosa central (120001) • Insertar el catéter central de acceso periférico según guías (120002) • Determinar la colocación correcta del catéter central mediante el examen radiológico. (120003) • Mantener la permeabilidad y el mantenimiento del catéter central según guía (120004) • Comprobar la solución NPT según fórmula prescrita (120006) • Utilizar bomba de infusión de la NPT (120008) • Mantener un flujo constante de NPT (120009) • Vigilar los niveles de glucosa (120013) • Utilizar una línea exclusiva para infusión de la NPT (120019)				séricos (060118) - Entradas y salidas diarias equilibradas (60107) Peso corporal estable (60109) - Humedad de membranas mucosas (60117) - Edema periférico (60112) Estado nutricional: Ingesta de nutrientes (1008) - Administración de líquidos I.V. (100804) - Administración de líquidos con nutrición parenteral total (100805)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de infección R/C alteración de las defensas primarias-Defecto de pared y procedimientos invasivos. (00004)	Paciente disminuirá riesgo de infección.	Control de infecciones (6540): • Cambiar los equipos de cuidados del paciente (654003). • Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado (654008) • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de ver a su paciente (654010). • Poner en práctica precauciones universales, usar guantes estériles, Cambiar los sitios de las vías intravenosas (654013) • Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías I.V. (654023) Manejo de medicación (2380) • Controlar el cumplimiento del régimen de medicación (238015) • Observar el efecto terapéutico de la medicación en el paciente (238005) • Observar si hay signos y síntomas de toxicidad del medicamento (238006) Documentación (7920).	Sepsis Estancia hospitalaria prolongada	Médico Cirujano Medico neonatólogo	IV	Control riesgo: proceso infeccioso (1924) - Utiliza precauciones universales (192414) - Practica de lavado de manos (192415). - Identifica signos y síntomas de infección (192405) Respuesta en la medicación (2301) - Efectos terapéuticos esperados presentes (230101) - Cambios esperados en los síntomas (230103)
Deterioro del intercambio gaseoso R/C	Paciente mejorara el intercambio	Cuidados del lactante: Recién Nacido (6824) • Pesar y medir al recién nacido (682403). • Monitorizar la temperatura del recién nacido	Atelectasia Basal. Neumonía intrahospitalaria.	Médico Radiología Medicina y física y	IV	Estado respiratorio: Intercambio



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
desequilibrio y cambios en la ventilación perfusión evidenciado por respiración anormal y color anormal de la piel. (00030)	gaseoso durante estancia hospitalaria	(682404) • Monitorizar la frecuencia respiratoria y patrón de respiración (682406) • Monitorizar el color del recién nacido (682409). • Monitorizar ingresos y pérdidas del recién nacido (682419) Monitorización respiratoria (3.350): • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones (335001) • Monitorizar y registrar los niveles de SaO₂, CO₂, y comunicar al Médico en caso de alteración. (355005) • Monitorizar el patrón respiratorio, auscultar sonidos respiratorios, anotando las áreas (335011) • Observar si hay fatiga muscular diafragmática. (335010) Ayuda a la ventilación (3390) • Mantener vía aérea permeable. (339001) Oxigenoterapia (3320) • Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema con calefacción y humidificación. (332004) • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia. (332010) Monitorización neurológica (2620) • Comprobar la capacidad de reacción pupilar (262001) • Evaluar la escala Glasgow (262004). • Evaluar el tono muscular y el movimiento motor (262012) Documentación (7920)		rehabilitación.		gaseoso (0402) - pH arterial (040210) - PaCO₂ (040209) - PaO₂ (040208) - SaO₂ (040211) - Equilibrio entre ventilación y perfusión (040214) Estado respiratorio: Ventilación (0403) - FR (040301) - Ritmo respiratorio (040302) - Profundidad de la respiración (040303). - Hallazgos en la radiografía de tórax (040326)



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUISTE HIDATIDICO

1. ASPECTOS GENERALES

La hidatidosis es una enfermedad producida por un parásito que se llama Echinococcus granulosus y que transmite el perro a través de su materia fecal. Cuando el perro infectado elimina su materia fecal, salen con ella miles de huevos del parásito que contaminan el agua, el pasto, la tierra, las verduras y hasta quedan adheridos en el pelo del mismo perro. Cuando las ovejas comen los huevos con el pasto o el agua, en sus órganos (pulmones, hígado, etc.) se forman los quistes. Si el perro es alimentado con estas vísceras enfermas, en su intestino se forman otra vez los parásitos, y empieza el ciclo nuevamente.

La infección se produce cuando los huevos del parásito llegan a la boca de las personas (principalmente de los niños) y esto ocurre por actividades como: darle besos al perro, dejarse lamer por el perro, comer verduras contaminadas, tomar agua contaminada, etc. Debemos observar: Presencia de dolor abdominal, náuseas, vómito, palpación abdominal en busca de masa, FC; FR, T°, PA, coloración de piel (ictericia), otros.¹¹

2. POBLACION OBJETIVO

Paciente pediátrico hospitalizado en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Departamento de Cirugía Pediátrica con diagnóstico Médico de Quiste Hidatídico

3. OBJETIVO

Unificar criterios para la atención del paciente con diagnóstico de Quiste Hidatídico.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista.

¹¹ Ministerio de la Salud. HIDATIDOSIS. <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/107-hidatidosi>



MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUISTE HIDATIDICO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE EFECTIVIDAD (NOCHARTOTOME)
Patrón respiratorio ineficaz alteración aporte oxígeno, manifestados por tos crónica. (00032)	Mejorar el patrón respiratorio	Monitorización de signos vitales (6680) - Monitorización de presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio (668001) - Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia (668008). - Monitorizar ruidos pulmonares (668017). - Monitorizar pulsioximetría (608018) - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y color de la piel (668020) Monitorización respiratoria (3350): - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones (335001) - Monitorizar y registrar los niveles de SaO₂, CO₂, y comunicar al Médico en caso de alteración. (335005) - Monitorizar el patrón respiratorio, auscultar sonidos respiratorios, anotando las áreas (335011) Oxigenoterapia (3320) - Mantener la permeabilidad de vías aéreas (332003) - Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado (332004). - Instruir al paciente acerca de la importancia y necesidad de la oxigenoterapia (332008). - Comprobar la capacidad del paciente para tolerar el destete de la oxigenoterapia (332012) Cambio de posición (0840): - Colocar en posición semifowler.	Insuficiencia respiratoria, atelectasia y rotura del quiste.	Médico Cirujano. I/C Neumología.	III	Estado respiratorio (0415) - FR (041501). - Ritmo Respiratorio (41502). - Profundidad de la respiración (41503). - Ruidos respiratorios aumentados (41504). - Volumen corriente (041505). - SaO₂ (041508). - Inquietud (41529). - Vías aéreas permeables (41532)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOB)
Riesgo de infección R/C rotura de quiste. (00004)	Reducir el riesgo de Infección.	Administración de analgésicos (2210). Manejo de tratamiento (2260) Documentación (7920) Control de Infecciones (6540) • Cambiar los equipos del cuidado del paciente (654003) • Enseñar al personal el lavado de manos apropiado (654008) • Ordenar a la visita que se laven las manos al entrar y salir de ver a su paciente (654010) • Poner en práctica las precauciones universales (654013) • Garantizar manipulación aséptica de todas las vías intravenosas (654023).	Sepsis.	Médico Cirujano.	III	Control del Riesgo: Proceso infeccioso (1924) - Utiliza precauciones universales (192414) - Practica lavado de manos (192415)
Deterioro de la movilidad física R/C reposo absoluto. (0085)	Contribuir con el bienestar del paciente	Cuidado del paciente encamado (0740) • Explicar las razones del reposo en cama (740001). • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arruga (740005). • Subir las barandas según corresponda (740009). • Realizar ejercicios de movimientos y/o activos (744019).	Rotura del quiste.	Médico Cirujano.	III	Conocimiento: Actividad prescrita (1811) - Efectos esperados de la actividad prescrita (1811013). - Precauciones prescritas de la actividad (181105). - Beneficio de la actividad prescrita (181120).



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE RNFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE REFLUJO VESICouretral

1. ASPECTOS GENERALES

El **Reflujo Vesicouretral** es un término médico que designa el paso anormal anterógrado de la orina desde la vejiga en dirección al riñón. Es provocado generalmente por una anomalía en el lugar de unión entre el uréter y la vejiga urinaria - unión ureterovesical -. En condiciones normales cuando la vejiga se contrae, la orina se expulsa por la uretra hacia el exterior, en el **Reflujo Vesicouretral** una parte de la orina fluye en sentido inverso hacia el uréter y el riñón. La enfermedad puede no tener consecuencias, pero predispone a la infección urinaria y la pielonefritis, es además una causa de hidronefrosis e insuficiencia renal.¹²

2. POBLACION OBJETIVO

Pacientes lactantes, Pre-escolares y escolares hospitalizados en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Departamento de Cirugía Pediátrica con diagnóstico Médico de Enfermedad de Reflujo Vesicouretral.

3. OBJETIVO

Unificar criterios para la atención del paciente con diagnóstico médico de Enfermedad de Reflujo Vesicouretral.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista.

¹² Joan Martí Fernández: *Reflujo vesicoureteral*. - www.familiaysalud.es/autor/joan-marti-fernandez



MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON REFLUJO VESICOURETRAL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA (NOI)
Riesgo de infección R/A procedimientos invasivos (sonda vesical) (00004)	Evitar Infecciones	Control de infecciones (6540): • Cambiar los equipos de cuidados del paciente (654003). • Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado (654008) • Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de ver a su paciente (654010). • Poner en práctica precauciones universales, usar guantes estériles, Cambiar los sitios de las vías intravenosas (654013) • Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías I.V. (654023) Manejo de medicación (2380) • Controlar el cumplimiento del régimen de medicación (238015) • Observar el efecto terapéutico de la medicación en el paciente (238005) • Observar si hay signos y síntomas de toxicidad del medicamento (238006) Cuidados del catéter urinario(1876) • Observar las características de la orina (187601) • Cambiar el aparato de drenaje urinario según protocolo (187603) • Limpiar la parte externa del catéter al nivel del meato durante el aseo matinal (187610) • Mantener permeabilidad del sistema del catéter urinario (187613) • Observar si hay distensión vesical (187616)	Micción dolorosa Infecciones recurrentes	Médico Cirujano Medico Urólogo	III	Control del riesgo: proceso infeccioso (1924) - Reconoce las consecuencias asociadas a la infección (102402) - Utiliza precauciones universales (192414) - Practica de lavado de manos (192415).



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Evacuar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad (187618) - Asegurarse que de que la bolsa de drenaje este por debajo del nivel de la vejiga (187622) Administración de medicación (2300) Antibiótico indicados Documentación (7920).				
Hipertermia Enfermedad (00007)	Mantener temperatura corporal dentro de valores normales.	Monitorización de signos vitales (6680) - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y humedad de la piel (668020) - Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas hipertermia. (668008). - Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales (668024). Regulación de la temperatura (3900) - Comprobar la temperatura del paciente cada 2 horas. (390001) - Instalar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua (390003) - Observar color y temperatura corporal. (390005) - Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia (390006) - Administrar medicación antipiréticos según indicación médica) Documentación (7920)	Cefaleas, náuseas Mareos Taquicardias Diaforesis	Médico Cirujano.	III	Signos vitales (0802) - Temperatura corporal (80201) Control de riesgo de Hipertermia (1922) - Identifica signos y síntomas de hipertermia (192202) - Identifica factores de riesgo de la hipertermia (192212)



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PERITONITIS GENERALIZADA

1. ASPECTOS GENERALES

La Peritonitis Difusa, generalizada o extendida, también denominada sepsis intraabdominal diseminada (SID), se define como el proceso séptico de la cavidad abdominal donde las bacterias, toxinas y estafilococos invaden 2 o más compartimientos abdominales. Se produce como consecuencia de la contaminación de la cavidad peritoneal por gérmenes procedentes del tracto gastrointestinal, el árbol biliar, el páncreas o el aparato genitourinario, como consecuencia del paso de bacterias a través de los tejidos inflamados o de la perforación espontánea o traumática de estas vísceras, si bien en otras ocasiones se debe a la rotura de abscesos intraabdominales o a la contaminación externa por heridas o traumatismos penetrantes. Entre las principales causas se mencionan: apendicitis aguda, úlcera péptica perforada, obstrucción intestinal con estrangulación, rotura de víscera hueca por perforación tífica o traumática, infecciones pélvicas.¹³

2. POBLACION OBJETIVO

Pacientes Neonatos, lactantes, pre-escolares y escolares hospitalizados en el Servicio de Cirugía Neonatal y Pediátrica del Departamento de Cirugía Pediátrica con diagnóstico médico de Peritonitis Generalizada

3. OBJETIVO

Unificar criterios para la atención del paciente con diagnóstico médico de Peritonitis Generalizada.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista.

¹³ Morales JA, Delgado A, Perez L - Rev Cubana Cir 2009; 48(4). . Sepsis intraabdominal diseminada: análisis de 119 operados en 10 años [artículo en línea]

MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PERITONITIS GENERALIZADA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de desequilibrio de volúmenes líquido R/C pérdidas abundantes por medio de vómitos y diarreas. (00025)	El niño mantendrá el equilibrio electrolítico dentro de los parámetros normales.	Monitorización de signos vitales (6680) • Monitorizar P/A, Pulso, temperatura y estado respiratorio (668001) • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de Hipotermia e hipotermia (668008) • Monitorizar ruidos pulmonares (668017) • Monitorizar la pulsioximetría (668018) • Monitorizar periódicamente el color la temperatura y humedad de la piel (668020) Punción Intravenosa (4190) • Utilizar técnica aséptica estricta (419003) • Seleccionar una vena apropiada para la venopunción (419012) • Elegir el tipo adecuado de aguja (419015) • Aplicar un torniquete (419020) • Limpiar la zona con una solución adecuada (419026) • Insertar la aguja (419028) • Fijar la aguja con apósito adhesivo (419031) • Etiquetar en el apósito adhesivo del sitio intravenoso con la fecha e iniciales (419034) • Aplicar la tablilla para fijar el brazo (419035) Manejo de líquidos y electrolitos (2080) • Pesar a diario y valorar la evolución (208005) • Administrar líquidos según indicación	Perforación abdominal. Complicaciones Post-quirúrgicas.	Médico Cirujano.	III	Equilibrio hídrico (0601) - Presión arterial (060101) - Entradas y salidas equilibradas (060107) - Humedad de membranas mucosas (060117)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO (NOC)
		médica (208006) - Mantener un ritmo adecuado de infusión intravenosa mediante bomba de infusión (208014) - Comprobar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (208016) - Vigilar los resultados de laboratorio (208017) - Corregir la deshidratación preoperatoria si es el caso según indicación médica (208024) - Observar si hay manifestaciones de desequilibrio hidroelectrolítico (208026) Terapia intravenosa (4200) - Verificar la orden de la terapia (4200019) - Instruir al familiar acerca del procedimiento (420002). - Realizar técnica aséptica estricta (420003). - Comprobar las cinco reglas de la administración correcta (420005) - Administrar medicamentos según prescripción y observar los resultados (420010) - Vigilar el flujo I.V. y el sitio de punción I.V. durante la infusión (420011). - Documentar la terapia prescrita (4200239) Manejo de la medicación (2380) - Determinar los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la prescripción médica (238001)				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO (NOC)
		• Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente (238005) • Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas (238009) Manejo de la Hipovolemia (4180) • Monitorizar el estado hemodinámico (418002). • Monitorizar los signos de deshidratación (418003). • Vigilar las fuentes de pérdidas de líquidos (418005). • Monitorización de entradas y salidas (418006). • Administrar soluciones isotónicas I.V. según prescripción médica a flujo apropiado (418015). • Administrar bolos I.V. según indicación médica (418023). Manejo de la eliminación urinaria (0590) • Monitorizar la eliminación urinaria (frecuencia, consistencia, olor, volumen y color) (590001) • Observar signos y síntomas de retención urinaria (059002) Documentación (7920)				
Riesgo de infección R/C procesos invasivos. (00004)	Disminuirá de riesgo infección.	Control de infecciones (6540): • Cambiar los equipos de cuidados del paciente (654003). • Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado (654008) • Ordenar a las visitas que se laven las	Sepsis. Shock séptico.	Médico Cirujano.	III	Control del riesgo: proceso infeccioso (1924) - Utiliza precauciones universales

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DEL SEGUIMIENTO (NOC)
Ansiedad R/C Cambios en el estado de salud. (00146)	Disminuir el grado de ansiedad en el niño y la madre.	Disminución de la ansiedad. (5820) - Utilizar un enfoque sereno que de seguridad (582001). - Tratar de comprender la perspectiva de los padres. (582004). - Escuchar con atención (582012) - Crear un ambiente que facilite la confianza (582014) Apoyo emocional. (5270) - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo con los padres. (527003) - Tocar al paciente para proporcionarle apoyo. (527004) - Animar a los padres que expresen su sentimiento de ansiedad ira o tristeza.	Negativismo. Sentimientos Aprensivos.	Médico Cirujano. Psicología.	III	(192414) Practica de lavado de manos (192415).

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO (NOC)
Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos intervención quirúrgica. (00132)	Disminuir dolor	- Escuchar las expresiones de sentimientos o creencias de los padres. (527009) Facilitar las visitas. (7560) Documentación. (7920)				
		Manejo del dolor (1400) - Realizar una valoración del dolor (140001). - Observar signos no verbales de dolor (140002). - Asegurarse que el paciente reciba los analgésicos correspondientes (140003). - Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (T°, ruido e iluminación) (140015) Administración de analgésicos (2210) - Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor (221001). - Comprobar indicación médica del analgésico prescrito: Dosis y frecuencia (221002). - Comprobar el historial de alergias a medicamentos (221003). - Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso (221021) Cambio de posición (0840) - Animar al paciente a participar en los cambios de posición (84004). - Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición (84006) - Colocar en la posición terapéutica especificada (840007).	Problemas respiratorios. Ansiedad. Problemas cardíacos.	Médico Cirujano.	III	Control del dolor (1605) Refiere dolor controlado (160511)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO (NOC)
		• Colocar es una posición que evite tensiones sobre la herida (84023). • Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad (84026). Documentación (7920)				



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ESTENOSIS HIPERTROFICA DE PILORO

1. ASPECTOS GENERALES

La Estenosis Hipertrofica del Píloro puede causar obstrucción casi completa del tracto de salida gástrico. Afecta a 1 de 250 recién nacidos y es más frecuente en los varones, con una relación 4:1, en particular varones primogénitos. La mayoría de las veces, se manifiesta entre las 3 y 5 semanas de edad, y rara vez después de las 12 semanas. Se desconoce la etiología exacta, pero es probable que haya un componente genético, porque los hermanos y los hijos de las personas afectadas presentan mayor riesgo. Los mecanismos propuestos son ausencia de óxido nítrico sintasa neuronal e invaginación anormal de la capa muscular. El riesgo es significativamente mayor en los lactantes expuestos a ciertos antibióticos macrólidos en las primeras semanas de vida. Presenta vómitos frecuentes explosivos¹⁴.

2. POBLACION OBJETIVO

Pacientes Neonatos, lactantes hospitalizados en el Servicio de Cirugía Neonatal y Pediátrica del Departamento de Cirugía Pediátrica con diagnóstico médico de Estenosis Hipertrofica de Píloro.

3. OBJETIVO

Unificar criterios para la atención del paciente con diagnóstico médico de Estenosis Hipertrofica de Píloro.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista.

¹⁴ Pediatría - Manual MSD - > Trastornos digestivos en recién nacidos y lactantes: Estenosis hipertrofica de píloro - Pediatría - www.msdmanuals.com

MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESTENOSIS HIPERTROFICA DE PILORO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO EN ENFERMERIA (NOC)
Déficit de volumen de líquido R/C incapacidad digestiva manifestada por vómitos persistentes. (00027)	Mantener equilibrio electrolítico	Monitorización de signos vitales (6680) • Monitorizar P/A, Pulso, temperatura y estado respiratorio (668001). • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de Hipotermia e hipertermia (668008). • Monitorizar ruidos pulmonares (668017). • Monitorizar la pulsioximetría (668018). • Monitorizar periódicamente el color la temperatura y humedad de la piel (668020). Manejo de líquidos (4120) • Peso diario (412001) • Control de peso de pañal (412002) • Revisar registro preciso de entradas y salidas (412003). • Realizar sondaje vesical si es necesario. (412004). • Vigilar estado de hidratación. (412005). • Monitorizar estado hemodinámico (412007). • Evaluar ubicación y extensión de edema si lo hubiera. (412011) • Administrar terapia intravenosa según prescripción (412013) Manejo de la eliminación urinaria (0590) • Monitorizar la eliminación urinaria (frecuencia, consistencia, olor, volumen y color) (590001) Sondaje gastrointestinal (1080)	Deshidratación	Médico Cirujano	IV	Equilibrio hídrico (0601) - Presión arterial (060101). - Entradas y salidas equilibradas (060107). - Humedad de membranas mucosas (060117) Hidratación (0602) - Turgencia cutánea (060201). - Disminución de la presión arterial (060212)



Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades R/C vómitos frecuentes (00002)	Mantener equilibrio nutricional	• Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda nasogástrica que se ha de insertar (108001). • Explicar a los padres sobre el procedimiento a realizar (108002) • Insertar la sonda según protocolo (108003). • Comprobar la correcta colocación de la sonda observando la placa radiográfica (108007). Interpretación de datos de laboratorio (7690) • Comparar los resultados con otros análisis de laboratorio obtenidos (769011). • Informar inmediatamente de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico (769018).	Desnutrición	Médico Cirujano Nutricionista	III	Estado Nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008) - Administración de líquidos intravenosos (100804)
Monitorización de líquidos. (4130)	• Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (Vómitos) (413002). • Monitorizar niveles de electrolitos. (413008). • Monitorizar niveles séricos de albumina y proteínas totales. (413009). • Registro preciso de entradas y salidas (413014) Manejo de nutrición (1100) • Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso. (110023). Monitorización nutricional. (1160) • Observar presencia de vómitos. (116010). • Identificar anomalías de la defecación.	Monitorización de líquidos. (4130)	Desnutrición	Médico Cirujano Nutricionista	III	Estado Nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008) - Administración de líquidos intravenosos (100804)

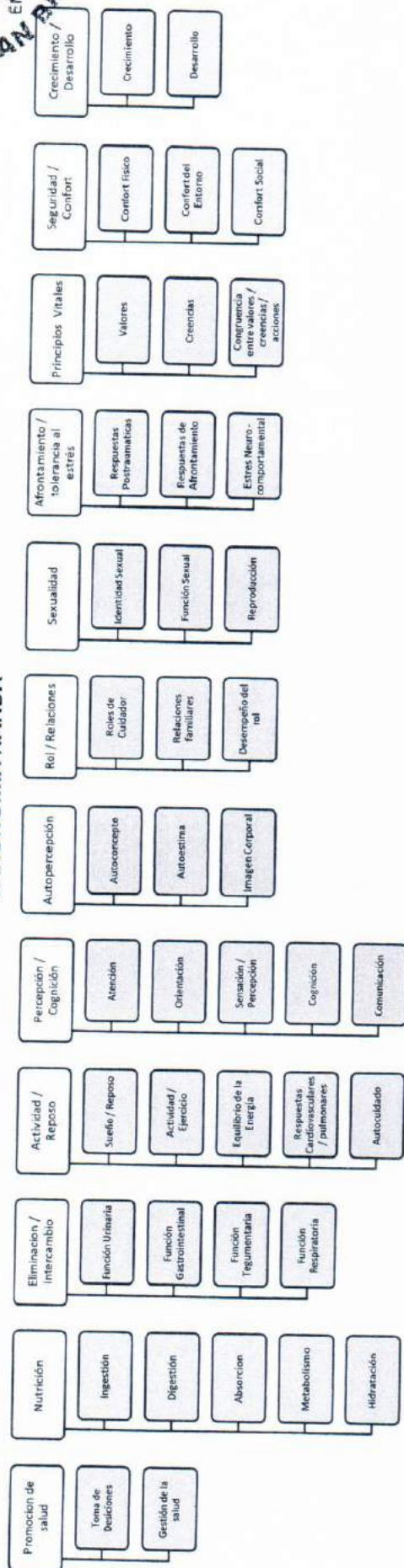
Ansiedad de los padres intervención quirúrgica (00146)		(116011) Documentación. (7920) Completar pre quirúrgico, estabilización electrolítica para la pronta intervención quirúrgica e inicio oportuno del esquema pilórico.				
Disminuir la ansiedad de los padres (00146)	Disminuir la ansiedad de los padres	Disminución de la ansiedad. (5820) • Tratar de comprender la perspectiva de los padres. (582004). • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo con los padres. (527003). • Tocar al paciente para proporcionarle apoyo. (527004). • Animar a los padres que expresen su sentimiento de ansiedad ira o tristeza. (527007). • Escuchar las expresiones de sentimientos o creencias de los padres. (527009) Mejorar el afrontamiento (5230) • Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador (523011) • Apoyo emocional (5270) • Proporcionar en la toma de decisiones (527015). • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimiento de seguridad durante los periodos de más ansiedad (527014). Documentación. (7920)	Reacciones de conducta inadecuada de	Médico Cirujano. Psicología	III	Nivel de ansiedad (1211) - Apoyo emocional (5270). - Impaciencia (121102). - Inquietud (121105). - Irritabilidad (121108)



VIII. ANEXOS

ANEXO 1

TAXONOMIA NANDA



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

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DE NANDA
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 del lactante	Alteración de la capacidad del lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión/deglución que da lugar a una ingesta inadecuada para las necesidades metabólicas.
Clase 5: Hidratación		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00027	Déficit de volumen de líquidos	Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio
00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular que puede comprometer la salud. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales, o ambos.

DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO

Clase 4: Funcion gastrointestinal		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
000196	Motilidad gastrointestinal disfuncional	Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristálticas en el sistema gastrointestinal.
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 2: Actividad/Reposo		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00085	Deterioro de la movilidad física	Limitación del movimiento físico Independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades
Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/pulmonares		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION

00032	Patrón respiratorio ineficaz	La inspiración o la espiración no proporcionan una ventilación adecuada
-------	------------------------------	---

DOMINIO 7 : ROL/RELACIONES

Clase 1 : Roles del cuidador

CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00056	Deterioro Parental	Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.
00057	Riesgo de Deterioro Parental	Riesgo de incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.
00058	Riesgo de Deterioro de la Vinculación	Riesgo de alteración del proceso interactivo entre los padres o personas significativas y el niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca, protectora y educativa

DOMINIO 9:AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRES

Clase 2: Respuesta de afrontamiento

CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00146	Ansiedad	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada d una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

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
00039	Riesgo de Aspiración	Riesgo de que penetre en el árbol traqueo bronquial secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos.
00047	Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea	Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis.
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
00005	Riesgo de Desequilibrio de la Temperatura Corporal	Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.
00007	Hipertermia	Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.

DOMINIO 12: CONFORD.		
Clase 1: Confort Físico		
CODIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00132	Dolor Agudo	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

ANEXO 2 TAXONOMIA NIC

Nivel 1 Campos	Campo 1	Campo 2	Campo 3	Campo 4	Campo 5	Campo 6	Campo 7
	1. Fisiológico: Básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	2. Fisiológico: Complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	3. Conductual Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida	4. Seguridad Cuidados que apoyan la protección contra daños	5. Familia Cuidados que apoyan a la unidad familiar	6. Sanitario Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria	7. Comunidad Cuidados que apoyan la salud de la comunidad
Nivel 2 Clases	A. Control de actividad y ejercicio: intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía B. Control de la eliminación: intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria controlar las	Control de electrolitos y ácido básico: intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y ácido básico y prevenir complicaciones. Control de Fármacos: intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agente farmacológicos Control Neurológico: Intervenciones	Terapia Conductual Terapia Cognitiva Potenciación de la Comunicación Ayuda para el afrontamiento Educación de los pacientes Fomento de la comodidad psicológica	Control en casos de crisis Control de Riesgos: intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo.	W. Cuidados de un bebe Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé X. Cuidados durante la vida	Y. Medicación del sistema sanitario a. Gestión del sistema sanitario b. Control de la Información	c. Fomento de la salud de la comunidad d. Control de riesgos de la comunidad



complicaciones de resultantes de pautas alteradas. C. Control de la Inmovilidad: intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas D. Apoyo Nutricional: intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional E. Fomento de la Comodidad Física: intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas F. Facilitación del Autocuidado: intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la	para optimizar la función neurológica Cuidados Perioperatorios: intervenciones para proporcionar cuidado antes, durante e inmediatamente después de la cirugía. Control Respiratorio: intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso Control de la piel/heridas: intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos. Termorregulación: intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de					
---	---	--	--	--	--	--

	vida diaria	unos límites normales Control de la Perfusion tisular: intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.					
--	-------------	--	--	--	--	--	--

Fuente: Bulechek, Gloria M., Butcher, Howard K., Dochterman, Joanne M., Wagner, Cheryl M., Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).
Barcelona, España, 6ta edición, ed. Elsevier 2014 (pág. 44-45)



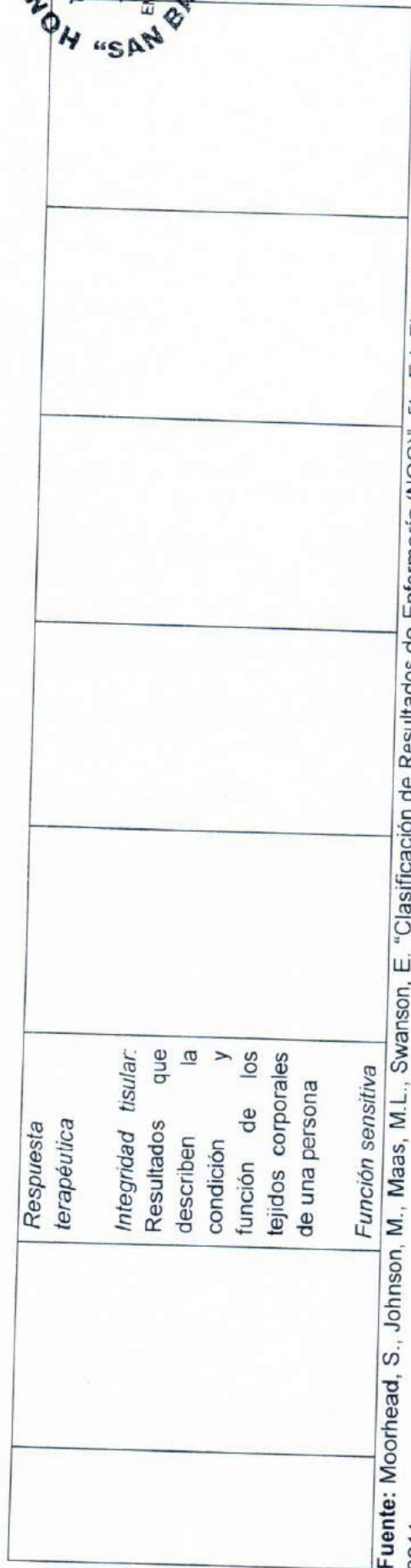


**ANEXO 3
TAXONOMIA NOC**

Nivel 1 Dominio	Dominio I Salud Funcional Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida	Dominio II Salud fisiológica Resultados que describen el funcionamiento orgánico	Dominio III Salud psicosocial Resultados que describen el funcionamiento psicológicos y social	Dominio IV Conocimiento y conducta de salud Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones respecto a la salud y a la enfermedad	Dominio V Salud percibida Resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria	Dominio VI 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	Dominio VII 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	<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	<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>

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





*Guías de Intervención de Enfermería
Servicio de Cirugía Pediátrica*

GLOSARIO

- ADHERENCIAS: Son bandas de tejido similar al tejido cicatricial que se forman en dos superficies dentro del organismo y hacen que estas se peguen.
- BRIDAS: Filamentos membranosos que se forman en los labios determinadas heridas y tumores.
- CATETER PERCUTANEO: Un catéter central insertado percutáneamente (PICC, por sus siglas en inglés) es un tubo plástico muy delgado y suave que se coloca en un vaso sanguíneo pequeño
- DRENES: Es cualquier dispositivo que facilita la salida de líquidos o exudados al exterior del organismo, es decir, el drenaje.
- ERITEMA OSTOMAL: Eritema es una lesión cutánea caracterizada por enrojecimiento de la piel, limitado o extenso, permanente o pasajero, que aparece alrededor de la ostomía.
- FISTULA PERINEAL: Se presentan en ambos sexos, y eran llamados anteriormente defectos bajos. Están representados por los casos en el que el recto se abre en un pequeño orificio.
- FLOGOSIS: Enrojecimiento y calor que caracteriza la inflamación de la herida operatoria.
- MOTILIDAD INTESTINAL: Son movimientos del intestino producidos por contracciones rítmicas del musculo intestinal, de esta manera se facilita la progresión y evacuación fecal.
- NUTRICION PARENTERAL: La nutrición parenteral aporta al paciente por vía intravenosa los nutrientes básicos que necesita. Las sustancias suministradas deben proporcionar la energía requerida y la totalidad de los nutrientes esenciales (azúcares, sales, aminoácidos, vitaminas, etc.), y deben ser inocuas y aptas para su metabolismo.
- OSTOMA: Una ostomía es una abertura artificial (estoma) creada quirúrgicamente desde el cuerpo hacia afuera para permitir el paso de orina y heces. Se usa para tratar ciertas enfermedades de los sistemas digestivos o urinarios. Puede ser permanente como cuando se extirpa un órgano o temporario como cuando un órgano necesita sanar. En general en el intestino delgado, el colon, el recto o la vejiga.
- VIAS BILIARES: La vía biliar es un conjunto de ductos intra y extra hepáticos por los que discurre la bilis producida en el hígado hasta desembocar en la segunda porción del duodeno.
- TAXONOMIA: Es un tipo de estudio teórico de las clasificaciones, incluyendo sus fundamentos, principios y normas. Proporciona terminología propia, estructurada y definida, basada en los fenómenos propios abstrae (percibe) de la persona a su cargo.
- TAXONOMIA II: Estudio teórico de la cuarta clasificación de los diagnósticos de enfermería que percibe colocar los datos de una valoración en una categoría diagnóstica (expresión de un juicio) y de esta manera se puede explicar dichos datos. Clasificada en trece dominios, 47 clases y 206 diagnósticos.

IX. BIBLIOGRAFIA:

1. NANDA Internacional, "Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2015-2017", Barcelona – España; 2015
2. Bulechek, Gloria M., Butcher, Howard K., Dochterman, Joanne M., Wagner, Cheryl M., "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)", 6ta Ed. Elsevier, Barcelona – España; 2014
3. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)", 5ta Ed. Elsevier, Barcelona – España; 2014
4. Colegio de Enfermeros del Perú, 2008 "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero", Lima-Perú
5. Emedicine.com - Intestinal Atresia - <https://www.in.gov/isdh/files/intestinalatresia.pdf>.
6. Dr Valente Real Gomez CirujanoPediátrica
cirujanopediátracancun.com/procedimientos/atresia-de-esofago
7. University of Utah Health Care - La Invaginación Intestinal -
healthcare.utah.edu/healthlibrary/related/doc.php?type=90&id
8. MedlinePlus en español - Labio leporino y paladar hendido -
<https://medlineplus.gov/.../cleftlipandpalate.html>
9. University of Utah Health Care - Malformación Anorrectal -
healthcare.utah.edu/healthlibrary/related/doc.php?type=90&id=P05084
10. Wikipedia, la enciclopedia libre - Gastrosquisis - <https://es.wikipedia.org/wiki/Gastrosquisis>
11. Ministerio de la Salud. HIDATIDOSIS.
<http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/107-hidatidosis>
12. Joan Martí Fernández: Reflujo vesicoureteral. - www.familiaysalud.es/autor/joan-marti-fernandez
13. Morales IA, Delgado A, Perez L - Rev Cubana Cir 2009;48(4). . Sepsis intraabdominal diseminada: análisis de 119 operados en 10 años [artículo en línea]
14. Pediatría - Manual MSD - > Trastornos digestivos en recién nacidos y lactantes: Estenosis hipertrófica de píloro - Pediatría - www.msdmanuals.com
15. Colegio de Enfermeros del Perú, 2009 "Código de Ética y Deontología", Lima-Perú
16. Ministerio de Salud, 2011 "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", Lima-Perú
17. D.S. 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.pdf