



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 310 -DG-HONADOMANI-SB-2017



Resolución Directoral

Lima, 27 de OCTUBRE de 2017

Visto, el expediente N° 17867-16;

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° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2016, 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 formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud; 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 y al desarrollo de una buena práctica. Las Guías Técnicas pueden ser del campo Administrativo, Asistencial o Sanitario cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC);

Que, mediante Nota informativa N° 759-2016-DE-HONADOMANI-SB, de fecha 03 de Noviembre de 2016, la Jefa del Departamento de Enfermería, se dirige al Director Adjunto del HONADOMANI-SB y pone de conocimiento que se remite a su despacho las Guías Técnicas: **"Guía de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Emergencia Pediátrica – del HONADOMANI "San Bartolomé"**, para su aprobación mediante Resolución Directoral;

Que, mediante Memorando N°468-OGC-2016-HONADOMANI-SB, de fecha 09 de noviembre de 2016 el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita al Jefe del Servicio de Emergencia emita opinión respecto a la "Guía de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Emergencia Pediátrica – del HONADOMANI "San Bartolomé";

Que, mediante Memo N°058-2017-DPTO-EMERG. Y C.C.-HONADOMANI-SB de fecha 2 de febrero de 2017, el Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos emite opinión sobre las Guía de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Emergencia Pediátrica – del HONADOMANI "San Bartolomé, estableciendo y listando claramente los puntos que son susceptibles de corrección y de manera específica pide que se debe realizar una reunión conjunta entre el Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, los médicos del servicio involucrado y la Jefatura del Departamento de Enfermería más las Licenciadas de enfermería involucradas en el proceso de formulación de las guías en mención;



Que, mediante Informe N°002-J-OGC-2017-HONADOMANI-SB, de fecha 03 de febrero del 2017, el jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, entre otros recomiendan que la Dirección Médica (Dirección Adjunta) convoque al Departamento de Enfermería y al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos a una reunión en la cual se precisen los roles en el proceso de aprobación e implementación de las guías técnicas, así como se exponga el marco teórico precisando la naturaleza, conceptos, alcance y ámbito de las guías de intervención de enfermería;

Que, mediante Informe Técnico N° 125-2017-CMI-DA-HONADOMANI-SB, la Coordinadora Técnica de Monitoreo Institucional Informa al Director Adjunto que las Guías Técnicas: **"Guía de Intervención de Enfermería en la atención de Pacientes del Servicio de Emergencia Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé"**, cuenta con opinión favorable por estar concordantes en estructura y contenido, y recomienda remitir el presente informe adjuntando las guías de intervención de enfermería en la atención de pacientes del servicio de emergencia pediátrica del HONADOMANI San Bartolomé, para la emisión de la Resolución Directoral;

Que, mediante Memorando N°253.DA.2017-HONADOMANI.SB, el Director Adjunto del HONADOMANI-SB, se dirige al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y solicita se proyecte la Resolución Directoral correspondiente;

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

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial 626-2017/MINSA, y artículo 11 inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR las Guías Técnicas: **"Guía de Intervención de Enfermería en la atención de Pacientes del Servicio de Emergencia Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé"**, que se adjunta a la presente Resolución Directoral debidamente visada.

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

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

Regístrese y Comuníquese

IAS/JCVO
C.C.

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

MINISTERIO DE SALUD
HOSP. DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
DR. ILDA ROSA AGUIRRE SOSA
Dirección General (e)
C.M.P. 20684 - R.N.E. 10628

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado
SR. HUMBERTO ANDRÉS QUINTO CASTAÑEDA
FEDATARIO
Reg. N° 35 Fecha 30 OCT. 2017





GULAS TÉCNICAS: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA- DEL HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"



2017

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

Documento Autenticado
Humberto A. Quinto Castañeda
SR. HUMBERTO ANDRÉS QUINTO CASTAÑEDA
FEDATARIO

Reg. N° 35 Fecha 30 OCT. 2017



JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
Mg. Miriam Ortiz Espinoza

JEFA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA
Lic. Enf. Elsa Antonia Tasayco Retuerto

ELABORADO POR:

- Lic. Enf. Jessica Mogollón Vigo
- Lic. Enf. Vilma Melgar Salcedo
- Lic. Enf. Mirian Magallanes Hernández
- Lic. Enf. Guiliiana Medina Grimaldo
- Lic. Enf. Liliana Cueva Flores
- Lic. Enf. Lizet Oscco Valenza
- Lic. Enf. Raquel Calderon Villavicencio
- Lic. Enf. Rosa Moreno Zurita
- Lic. Enf. Luis Esteban Munaico
- Lic. Enf. Aurelia Vega Salazar
- Lic. Enf. Janet Briceño Fernandini
- Lic. Enf. Mabel Parra Tello
- Lic. Enf. Yanina Céspedes Castro
- Lic. Enf. Rosario León Sánchez
- Lic. Enf. María Ramos Pillaca
- Lic. Enf. Roxana Roldan Espinoza
- Lic. Enf. Flor de Maria Quea Velez





ÍNDICE

I. TÍTULO: GUÍA TÉCNICA: "GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA"	4
II. FINALIDAD:	4
III. OBJETIVOS:	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:	4
V. NOMBRE DE PROCESO A ESTANDARIZAR:	5
VI. CONSIDERACIONES GENERALES:	6
VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:	6
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON APENDICÍTIS AGUDA	7
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICÍTIS AGUDA	8
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CRISIS ASMÁTICA SEVERA	15
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CRISIS ASMÁTICA SEVERA	16
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE	27
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE	28
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME CONVULSIVO	33
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME CONVULSIVO	34
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES R. N. Y PEDIÁTRICOS CON TRASTORNOS METABÓLICOS: DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA	39
MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES R. N. Y PEDIÁTRICOS CON TRASTORNOS METABÓLICOS: DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA	40
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES R. N. Y PEDIÁTRICOS CON TRASTORNOS METABÓLICOS: HIPOGLICEMIA	45
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES RN Y PEDIÁTRICOS CON TRASTORNOS METABÓLICOS: HIPOGLICEMIA	46
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DESHIDRATACIÓN SEVERA	50
MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DESHIDRATACIÓN SEVERA	51



**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
NEONATOS CON MALFORMACION ANO RECTAL.....55**

**MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON MALFORMACIÓN
ANO RECTAL.....56**

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON MENINGITIS.....59**

**MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
MENINGITIS.....60**

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON SHOCK SEPTICO.....69**

**MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON
SHOCK SEPTICO.....70**

VIII. ANEXOS:.....83

ANEXO 184

TAXONOMIA NANDA.....84

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DE NANDA.....85

ANEXO 288

TAXONOMIA NIC88

ANEXO 391

TAXONOMIA NOC91

XI. BIBLIOGRAFÍA:94



I. TÍTULO: GUÍA TÉCNICA: "GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA"

II. FINALIDAD:

Tip III - No Sero Infantil ?

Somos un hospital de referencia a nivel nacional, cuya afluencia de pacientes pediátricos, oscilan entre 80 y 90 pacientes diarios en Emergencia Pediátrica y mensualmente se hospitalizan entre 240 a 250 pacientes predominando las patologías respiratorias y digestivas. Frente a esta contingencia el personal de enfermería continua avanzando proponiendo estrategias, a fin de brindar cuidado altamente especializado basado en la seguridad del paciente, oportunidad, calidez, eficacia y eficiencia y para ello se plantea; la elaboración de las Guías de Intervención de enfermería de las patologías más relevantes que se presentan en el servicio. Esto permitirá, un lenguaje enfermero estandarizado producto del Proceso de Atención de Enfermería, haciendo uso de las taxonomías de diagnósticos NANDA. Tomando como base estos instrumentos en la aplicación de los cuidados de enfermería permitirán al profesional incrementar su pensamiento crítico, analítico, habilidades y destrezas para gestionar los cuidados al paciente pediátrico de acuerdo a la coyuntura de salud actual y futura de nuestro país.

III. OBJETIVOS:

- Estandarizar criterios en el cuidado enfermero al paciente pediátrico en las patologías más relevante.
- Fortalecer la práctica profesional de enfermería haciendo uso de instrumentos que garanticen un cuidado humanizado, seguro, continuo, eficaz y eficiente.
- Contribuir en la disminución de la estancia hospitalaria del paciente pediátrico que recibe atención de emergencia-urgencia para reducir costos hospitalarios.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Guía Técnica: Guías de intervención de enfermería serán de uso referencial del profesional de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia Pediátrica del HONADOMANI-SB frente a las diferentes patologías aquí descritas.

V. NOMBRE DE PROCESO A ESTANDARIZAR:

- Guía técnica: Guía de Intervención de Enfermería en pacientes pediátricos con Apendicitis Aguda.
- Guía técnica: Guía de Intervención de Enfermería en pacientes pediátricos con Crisis Asmática Severa.
- Guía técnica: Guía de Intervención de Enfermería en pacientes pediátricos con Síndrome Coqueluchoide.
- Guía técnica: Guía de Intervención de Enfermería en pacientes pediátricos con Síndrome Convulsivo.
- Guía técnica: Guía de Intervención de Enfermería en pacientes recién nacidos y pediátricos con Trastornos Metabólicos: Deshidratación Hipernatémica.
- Guía de Intervención de Enfermería en pacientes recién nacidos y pediátricos con trastornos metabólicos: Hipoglicemia.
- Guía de Intervención de Enfermería en pacientes pediátricos con Deshidratación Severa.
- Guía de Intervención de Enfermería en neonatos con Malformación Ano Rectal.
- Guía de Intervención de Enfermería en el Servicio de Emergencia Pediátrica en Meningitis.
- Guía de Intervención de Enfermería en el Servicio de Emergencia Pediátrica en pacientes pediátricos con Shock Séptico.

CONSIDERACIONES GENERALES:
DEFINICIONES OPERACIONALES:

1. Procesos de Atención de enfermería:

El proceso enfermero (PE) también denominado Proceso de Enfermería (PAE) es un instrumento metodológico, sistemático para brindar cuidados. Enfermeros humanísticos, eficientes, centrados en el logro de resultados esperados, basados en un modelo científico realizado por un profesional enfermero.¹ Así mismo define el campo del ejercicio profesional y garantiza la calidad de los cuidados individualizados, considerando de que cada persona responde en forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud, trata a la persona como un ser biopsicosocial, espiritual y para ello; hace uso de este método científico; razón por la cual le da a la profesión la categoría de ciencia.²

2. Diagnóstico de Enfermería:

Que significa NANDA

- El diagnóstico enfermero es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable". (NANDA 1990).
- Los diagnósticos de enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que ocasionan déficit de autocuidado en la persona, familia y comunidad y son responsabilidad del enfermero; quien con sus intervenciones (NIC) independientes e interdependientes ha de coordinar con todo el equipo multidisciplinario para su cumplimiento.
- En el proceso diagnóstico enfermero la persona y/o familia que son el foco de los cuidados enfermeros, están íntimamente implicados como colaboradores en la valoración y diagnóstico.³

3. Meta:

Es el logro que se desea alcanzar producto de las intervenciones de enfermería.

4. Intervenciones de Enfermería (NIC – Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

Son las actividades que realiza el profesional de enfermería en coordinación con el equipo multidisciplinario, basados en un juicio clínico.

5. Grado de Dependencia

Dependencia del paciente en el grado de intervención de enfermería para la satisfacción de sus necesidades. Se categoriza en:⁴

Grado de dependencia I, totalmente independiente.

Grado de dependencia II, requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades.

Grado de dependencia III, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades.

¹ D.S 004 – 2002 – SA Apuesto vigente de la ley del enfermero Peruano – Art. 9 donde se da la ley de Enfermería

² Actualización en Enfermería. Metodología PAE (en línea) disponible en:

<http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae> (recuperado el 16 de febrero del 2015).

³ NANDA, Internacional, INC. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación 2015- 2017. Editor T. Heather Herdman, PhD, RN. Editorial Elsevier, España 2015.

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



Grado de dependencia IV, requiere de apoyo total. Se da especialmente en pacientes pediátricos.

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

6. Indicador de Seguimiento:

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

7. Guías de Intervención de Enfermería:

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, sino que orienta en la toma de decisiones.

VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

⁵ Colegio de Enfermeros del Perú, 2008 "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero", Lima-Perú



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA

1. ASPECTOS GENERALES:

Es una inflamación del apéndice vermiforme, formación tubular semejante a un dedo terminada en fondo de saco, de pequeño tamaño, que está acoplada al ciego inmediatamente por debajo de la válvula ileocecal. Suele deberse a una infección consecuente a la obstrucción del apéndice debido a la presencia de un fecalito (masa dura de materia fecal). Consecuencia de una obstrucción o cualquier otro agente (adherencias, gusanos helmínticos, cuerpos extraños, hipertrofia de tejido linfático). Constituye la primera afección intraabdominal que requiere más frecuentemente cirugía en niños. Su frecuencia aumenta a partir de los 2 años de edad y tiene su mayor incidencia en la edad escolar (6 a 12 años de edad).^{6 7 8}

2. POBLACION OBJETIVO:

La guía de intervención se aplicará a la población menor de 17 años 11 meses 29 días, que acuden al Servicio de Emergencia Pediátrica.

3. OBJETIVO:

Contribuir a la estandarización del cuidado enfermero al niño con apendicitis aguda que ingresa al servicio de emergencia Pediátrica. Prevenir los riesgos, complicaciones y secuelas en el niño con apendicitis aguda, utilizando las clasificaciones NANDA- NOC- NIC en el cuidado enfermero.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciadas en Enfermería especialistas.

⁶ Santiago Valdés Martín, Anabel Gómez Vasallo. Temas de Pediatría. Edt. Ciencias Médicas. La Habana, 2006; 393(RR-11):379-380.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000961.htm>

⁷ Rosalinda Alfaro Le-fevre: Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 3ª edición. Editorial Harcourt Brace' Apendicitis Aguda, Apendicectomía y Peritonitis.

⁸ Guía de Intervención en pacientes sometidos a cirugía de abdomen www.hep.gob.pe/.../1367352123GUIA%20INTEGRADA%20DE%20CIRUGIA1A.P





MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON APENDICITIS AGUDA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Dolor agudo R/C Agente lesivo biológico/ proceso inflamatorio. 00132	Paciente manifestará control del dolor y/o disminución del dolor. 605	Monitorización de signos vitales 6680 * Monitorización de P/A, FC, FR, T°. (668001) Manejo de dolor. 1400 * Colaborar con el paciente para seleccionar medidas no farmacológicas (posición antálgica, distracción, otros) que alivie el dolor. (140026) * Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (Temperatura, del ambiente, iluminación, ruidos), y otros como vestimenta holgada. (140015) * Observar signos no verbales de molestias. (140002) * Administrar la medicación analgésica intravenosa prescrita. (140027) * Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor, a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. (140033)	* Shock neurogénico	Médico pediatra, Médico Cirujano Pediatra	IV	Control del dolor: 1605 * Refiere dolor controlado.





DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Déficit de volumen de líquidos R/C de pérdidas sensibles activas. (00027)	Paciente conservará volumen de líquidos logrando equilibrio hídrico e Hidratación.	Terapia intravenosa (iv) (4200) * Verificar la prescripción de la <u>terapia intravenosa</u>. (420001) * Explicar al paciente acerca del procedimiento. (420002) * Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administración de medicamentos (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia). (420005) * Seleccionar y preparar la bomba de infusión i. v. si está prescrito. (420006) * Monitorear el sitio de inserción i. v. frecuentemente, en busca de flebitis e infección. (420013) * Registrar los ingresos y egresos. (420021) * Registrar la terapia prescrita. (420023) Manejo de líquidos/ electrolitos.	* Shock Hipovolémico.	Médico pediatra, Cirujano Médico Pediatra	IV	Equilibrio Hídrico: (0601) * Presión arterial. (60101) * Pulsos periféricos. (60105) * Entradas y salidas equilibradas. (60107) * Hidratación cutánea. (60116) * Humedad de membranas mucosas. (60117)





DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		(2080) * Controlar peso y valorar la evolución. (412001) * Realizar un registro preciso de entradas y salidas. (412003) * Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial) según sea el caso. (412005) * Obtener muestras de sangre para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados según prescripción. (412006) * Observar si hay inicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC, edema, distensión de las venas del cuello), según corresponda. (412009) * Administrar terapia i.v. según corresponda (412013) * vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrito. (412026) * consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persiste o empeora. (412026)				Hidratación: (602) *Turgencia cutánea. (60201) *Diuresis. (60211) *Perfusión tisular. (60217)



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C Enfermedad que altera la regulación de la temperatura. (00005)	Paciente mantendrá temperatura corporal dentro de los límites logrando Termorregulación.	Monitorización De los signos vitales. (412026) * Controlar periódicamente; P/A, F/C, T°, FC SatO2. (668001) * Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia e hipotermia. (668008) * Observar llenado capilar, color temperatura y la humedad de la piel. (668013)				
		Tratamiento de la fiebre. (3740) * Administrar baño tibio 20 a 30min. (374010) * Administrar medicación antipirética prescrita o si fuera necesario. (374004) * Monitorear la temperatura de forma oportuna. (374001) * Observar el color de la piel y la temperatura. (374002) * Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de conciencia. (374012)	* Convulsiones.	Médico pediatra, Médico Cirujano Pediatra y Enfermera Especialista.	IV	Termorregulación: (0800) * Disminución de la temperatura corporal. (80001)
Ansiedad/temor R/C la experiencia	Niño/madre mostrará Autocontrol de la	Disminución de la ansiedad. (5820) * Escuchar con atención al niño familiares. (582011)	* Estrés, * Fobias * Somatización.	Médico pediatra, Médico Cirujano Pediatra	IV	Nivel de la ansiedad. 1211



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
quirúrgica de pérdida de control, resultados impredecibles y conocimiento insuficiente de los procedimientos. (00146 - 00148)	ansiedad. Autocontrol del miedo.	* Explicar al paciente y familiares los procedimientos y las posibles sensaciones que experimentarán (582003) * Animar a la expresión de sentimientos, percepciones y miedo (582015) * Crear un ambiente que facilite confianza. (582014) * Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso (582007) * Orientar al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. (582023) * Observar la presencia de signos verbales y no verbales de ansiedad. (582025) * Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados (582020) * Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (582016)	* Incapacidad para realizar actividades diarias.	Psicólogo.		* Impaciencia (121102) * Distres (121105) * Inquietud. (121105) * Irritabilidad. (121108)
		Apoyo emocional (5270) * Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. (527003) * Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. (527004) * Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la				Autocontrol de la ansiedad (1402) * Busca información para reducir la ansiedad. (140204)





DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		* ansiedad, ira o tristeza. (527006) * Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. (527013) * Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. (527014)				
		Apoyo espiritual: (5420) * Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. (542001) * Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte. (542027) * Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual si fuera necesario. (542002) * Tratar al paciente y familiares con dignidad y respeto. (542004) * Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada. (542009) * Fomentar el uso de recursos espirituales como: orar otros si desea. (542018)				



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CRISIS ASMÁTICA SEVERA.



1. ASPECTOS GENERALES

Asma: es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por crisis de tos, dificultad respiratoria y sibilancias, usualmente reversibles, pero a veces graves y ocasionalmente fatales.⁹

Broncoespasmo. Se entiende por broncoespasmo al fenómeno de estrechamiento de la luz bronquial, como consecuencia de la contracción de la musculatura de los bronquios que impiden el paso del aire hacia los pulmones y se generan sibilancias, disnea, dolor torácico y tos al inhalar aire, como respuesta a estímulos físicos, químicos, ambientales o inmunológicos.⁷

Hiperactividad bronquial. Es la tendencia de vías aéreas a estrecharse o responder de forma excesiva a los estímulos alérgicos, físicos o químicos, que tienen poco o ningún efecto en individuos normales.

2. POBLACIÓN OBJETIVO

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes pediátricos menores de 18 años que acuden a la emergencia.

3. OBJETIVOS

- * Unificar la atención del niño que acude con un cuadro de Crisis asmática severa.
- * Brindar cuidados de enfermería óptimos, rápidos y oportunos de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a éste daño.
- * Disminuir las complicaciones en el paciente pediátrico con Crisis asmática severa.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciadas en Enfermería especialistas.

⁹Fuentes J, Merir J, Isanta C y col. Factores de riesgo de asma, alergia e hiperactividad bronquial en niños de 6 a 8 años. An. Esp. Pediatr. 2001; 55: 205-212.





MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CRISIS ASMÁTICA SEVERA

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
Patrón respiratorio ineficaz R/C proceso inflamatorio, estrechamiento de las vías aéreas, hiperventilación y con disfunción neuromuscular. (00032)	Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias	Manejo de la vía aérea.(3140) * Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, Según necesidad (314001). * Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación (314002). * Administrar tratamientos con nebulizador según prescripción (314016). * Administrar tratamientos con aerosol según prescripción (314015). * Administrar broncodilatador según prescripción (314013). * Realizar fisioterapia respiratoria según prescripción (314005). * Enseñar a toser de manera efectiva (314009). * Auscultar los sonidos	* Neumotórax * Neumomedia * Atelectasia. * Neumonía. * Insuficiencia respiratoria aguda. * Paro respiratorio.	Médico pediatra, Médico neurólogo.	IV	* Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias (0410) * Frecuencia respiratoria. (415001) * Ritmo respiratorio. (41502) * Profundidad de la inspiración. (41503) * Capacidad de eliminar secreciones. (41520)





Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		respiratorios, observando las aéreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios (314011). * Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según prescripción (314021).				* Aleteo nasal. (41528) * Tos. (41531) * Ruidos respiratorios patológicos. (42504) * Uso de músculos accesorios. (41511) * Disnea en reposo. (40203)
		Monitoreo de signos vitales. (6680) * Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según necesidad (668001). * Monitorizar la frecuencia, ritmo respiratorio (profundidad y simetría (668016) * Monitorizar los ruidos pulmonares (668017). * Monitorizar la pulsioximetría (668018). * Observar si se produce esquemas respiratorios anormales (<u>Cheyne Stokes</u>, Kussmaul, Biot, apneústico, atáxico y suspiros excesivos) (668019).				





Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		* Monitorización si hay presencia de cianosis central y periférica (668021). Cambio de posición: 0840 * Colocar en posición terapéutica específica. (84007). * Colocar en posición que alivie la disnea (fowler) según necesidad (84012). * Colocar en una posición que facilite la ventilación perfusión (84014). * Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición (84005). * Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad (84026).				
Detenoro del intercambio de gases R/C cambios en la	El paciente mantendrá un intercambio	Manejo de la vía aérea: (3140) * Abrir la vía aérea. (31 4001) * colocar al paciente en una posición que alivie la disnea (314020)	* Hipoxemia. * Paro respiratorio. * Trastornos de	Médico pediatra,	IV	Estado Respiratorio: Intercambio Gaseoso:



Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
membrana alveolo capilar y desequilibrio ventilio perfusión. (00030)	gaseoso dentro de los valores normales.	* Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. (314011) * Eliminar las secreciones fomentando la tos. (314006) * Administrar broncodilatadores según corresponda. (314013) * Administrar tratamiento con nebulizador, según corresponda. (314016) * Administrar oxígeno humidificado, según corresponda. (314017) * Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda. (314021)	la conciencia			(402) *Disnea en reposo. (40203) *Cianosis. (40206) *Somnolencia. (40207) *Saturación de O2 (40211) *Equilibrio entre ventilación y perfusión. (40214) *Deterioro Cognitivo. (40216)
		Monitorización Respiratoria: (3350) * Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. (335001) * Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. (335002)				

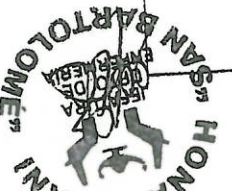


Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		* Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de kusmaul, de cheyne-stokes, apnéustica, biot y patrones atáxicos. (335004) * Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno. (335005) * Auscultar los sonidos pulmonares después de cada tratamiento para ver apreciar los resultados. (335013) * Realizar el seguimiento de los informes radiológicos. (335025) Oxigenoterapia: (3320) * Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. (332003) * Administrar oxígeno suplementario. (332005) * Instruir al paciente y familiar acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno. (332008) * Controlar la eficacia de oxigenoterapia (gasometría arterial), según corresponda. (332010) * Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánula				





Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		binasal durante las comidas. Según tolerancia. (332013) Monitorización de los Signos Vitales: (6680) * Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura, y estado respiratorio, según corresponda. (668001) * Identificar las causas posibles cambios de las funciones vitales. (668024) * Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recolección de datos. (668024) Interpretación de datos de laboratorio: (7690) * Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y los cambios llamativos. (769012) * Informar inmediatamente de los valores al médico. (769019) * Analizar si los valores son coherentes con el comportamiento del paciente y su estado clínico. (769020)				



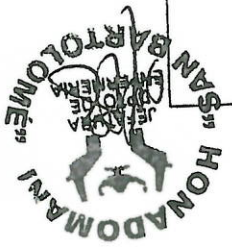


Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		Manejo de la ventilación Mecánica Invasiva: (3300) * Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio. (330001) * Iniciar la preparación y aplicación del respirador. (330005) * Comprobar todas las conexiones del ventilador. (330009) * Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente. (330015) * Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios. (330023) * Documentar todos los cambios de ajustes del ventilador. (330040) * Asegurar la presencia del equipo de emergencia a la cabecera del paciente en todo momento (bolsa de reanimación conectada al oxígeno, mascarilla, equipo, aspirador. (330043)				
		Manejo de la ventilación Mecánica No invasiva: (3302) * Aplicar el dispositivo no invasivo				





Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		* asegurando un ajuste adecuado y evitar grandes fugas de aire. (330209) * Observar continuamente al paciente en la primera hora después de la aplicación, para evaluar la tolerancia. (330211) * Controlar de forma periódica los parámetros del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado. (330213) * Controlar la sincronía paciente - ventilador (330226) * Proporcionar cuidados bucales de rutina con gases blandas húmedas, etc. (330235) Terapia Intravenosa: (4200) * Verificar indicación de la terapia I.V. (420001) * Comprobar las cinco correctos antes de iniciar la administración de medicamentos. (420005) * Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de tratamiento I.V. (420013) * Administrar medicamentos I.V., según prescripción, y observar los				



Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
Limpieza Ineficaz de las vías aéreas R/C ASMA, EPOC, Retención de secreciones y Mucosidad excesiva. (00031)	El paciente mantendrá la vía aérea Permeable.	resultados. (420010) * Documentar la terapia prescrita según el protocolo del centro. (420023) Precauciones para evitar la aspiración: (3200) * Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, nauseoso, y capacidad deglutoria. (320001) * Mantener el equipo de aspiración disponible. (320011)	* Bronco aspiración.	Médico pediatra	V	Estado Respiratorio: Permeabilidad de las Vías Aéreas: (0410) * Frecuencia respiratoria. (41004) * Ritmo Respiratorio. (41005) * Aleteo Nasal.

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
Intolerancia a la actividad R/C Desequilibrio entre el aporte y demanda de O ₂ . (00092)	El paciente será capaz de tolerar y resistir la actividad física.	Precauciones para evitar la aspiración: (3200) * Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, nauseoso, y capacidad deglutoria. (310001) * Mantener el equipo de aspiración disponible. (32011)	* Ansiedad * Úlceras por presión	Médico pediatra	I	Resistencia: (0001) * Actividad física. (102) * Agotamiento. (110) Tolerancia a la Actividad: (0005) * ST02 en respuesta a la actividad. (501) * Frecuencia Respiratoria
						Ayuda a la Ventilación: (3390) * Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia



Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		* Comentar la experiencia emocional con el paciente. (527001) * Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. (527004) * Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. (527009)				
		Apoyo Espiritual: (5420) * Rezar con el individuo. (542014) * Proporcionar música, literatura o programas de radio o TV. (542015) * Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo. (542022)				



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME COQUELUCHOIDE

1. ASPECTOS GENERALES

Enfermedad infectocontagiosa de etiología bacteriana (*Bordetella pertussis* o *parapertussis*), caracterizada por tos de más de 7 días de duración en paroxismos, estridor inspiratorio conocido como "gallito inspiratorio" que puede provocar rubicundez, cianosis y vómitos en relación a la tos. En el menor de 3 meses la tos con estridor es reemplazada por apneas repetidas y en adolescentes o adultos los síntomas pueden ser atípicos o más leves: tos prolongada (más de 2 semanas) y sin síntomas sistémicos. Esto ocurre por la pérdida habitual de la inmunidad adquirida por las vacunas lo que se da entre 5 y 10 años después de la última dosis.¹⁰

2. POBLACIÓN OBJETIVO

La guía de intervención se aplicará a la población menor de 18 años que acuden al Servicio de Emergencia Pediátrica.

3. OBJETIVO

- * Contribuir a la estandarización del cuidado enfermero al niño con síndrome Coqueluchoide que ingresa al servicio de emergencia Pediátrica.
- * Prevenir los riesgos, complicaciones y secuelas en el niño con síndrome Coqueluchoide, utilizando las clasificaciones NANDA- NOC- NIC en el cuidado enfermero.

4. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciadas en Enfermería especialistas.



¹⁰ <http://image.slidesharecdn.com/coqueluche-julio2006-1217387822845125-8/95/coqueluche-1-728.jpg?cb=1217446678>



MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME COQUELUCCHOIDE

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
Patrón respiratorio ineficaz de las vías aéreas r/c enfermedad infecciosa. (00032)	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	Manejo de la vía aérea: (3140) * Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación. (314002) * Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succión. (314006) * Auscultar los sonidos respiratorios observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. (314011) * Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal según necesidad. (314012) * Administrar oxígeno humidificados, según indicación médica. (314017) * Regularizar la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico. (314019) * Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. (314020) * (314021) Vigilar el estado	* Neumonía. * Convulsiones * Encefalopatías. * Muerte.	Médico pediatra Técnico Médico Médico Infectólogo	VI	* Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias (0410) * Frecuencia respiratoria. (415001) * Ritmo respiratorio. (41502) * Profundidad de la inspiración. (41503) * Capacidad de eliminar secreciones. (41520)



Indicadores de Seguimiento (NOC)	Grado de dependencia	Intervención Interdisciplinaria	Complicación	Intervención de Enfermería (NIC)	Meta	Diagnóstico de Enfermería (NANDA)
*Aleteo nasal. (41528) *Tos. (41531) *Ruidos respiratorios patológicos. (42504) *Uso de músculos accesorios. (41511) *Disnea en reposo. (40203)				respiratorio y de oxigenación, según lo requiera		
Estado respiratorio: (0410) *Frecuencia respiratoria. (415001) *Ritmo respiratorio. (415002) *Profundidad	VI	Médico pediatra Tecnólogo Médico Médico Infectólogo	* Neumonía. * Convulsiones * Encefalopatías. * Muerte.	Aspiración de las vías aéreas secreciones. (3160) * Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal (316001). * Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración (316002) * Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración (316003). * Aspirar la nasofaringe con una	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c excesiva producción de moco e/p tos paroxística y expulsión de flema. (00031)



10



Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		jeringa de tipo pera o con un dispositivo de aspiración según necesidad (316004). * Usar precauciones universales (316006). * Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal (316011). * Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal (316019). * Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones (316023). * Realizar el lavado de manos (316026). * Utilizar aspiración de sistema circuito cerrado según indicación (316028). Precaución para evitar la aspiración. (3200) * Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria (320001). * Mantener una vía aérea permeable (3200039). * Colocar en posición semifowler o lo				de la inspiración. (415003) * Capacidad de eliminar secreciones. (41520)





Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
Ansiedad r/c estado de salud del niño, hospitalización y dificultad respiratoria (00146)	Afrontamiento de problemas	Disminución de la ansiedad. (5820) * Utiliza un enfoque sereno que de seguridad (582001). * Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento (582003). * Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo (582006). * Animar a la familia a permanecer con el paciente, si fuera necesario (582007). * Administrar masajes en espalda y cuello si fuera necesario (582009). * Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista (582011). * Escuchar con atención (582012).	* Cefaleas. * Trastorno del sueño. * Problemas digestivos. * Depresión.	Médico pediatra Tecnólogo Médico Médico Infectólogo	III	Afrontamiento de problemas. (1302) * Verbaliza sensación de control. (130203) * Refiere disminución de estrés. (130204) * Verbaliza aceptación de la situación. (130205) * Se adapta



Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		* Reforzar el comportamiento según corresponda (582013). * Crear un ambiente que facilite la confianza (582014). * Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos (582015). * Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (582016). * Ayudar al paciente a identificar situaciones que precipitan la ansiedad (582018). * Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados (582020). * Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. * Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente (582022). * Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación (582023). * Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad (582025).				- a los cambios en desarrollo. (130208) * Utiliza el sistema de apoyo personal. (130222) * Refiere disminución síntomas físicos de estrés. (130217)

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME CONVULSIVO

1. ASPECTOS GENERALES:

Epilepsia: Estado patológico crónico de etiologías múltiples, caracterizado por la presencia de crisis convulsivas recurrentes que no guardan relación con fiebre, ni con lesiones cerebrales agudas.

Convulsión: Fenómeno paroxístico ocasional involuntario que puede inducir a la alteración de la conciencia, movimientos anormales o fenómenos autonómicos tales como cianosis, bradicardia y obedece a una descarga anormal en el SNC.

Crisis Convulsiva: Es un resultado de una descarga eléctrica paroxística del cerebro, si no se trata oportunamente hay secuelas neurológicas severas, llegando a producir inclusive la muerte.

Status Convulsivo: Intensificación paroxística de los síntomas. Son crisis convulsivas.^{11, 12}

2. POBLACION OBJETO

La guía de intervención se aplicará a la población menor de 18 años que acuden al Servicio de Emergencia Pediátrica.

3. OBJETO

- * Contribuir a la estandarización del cuidado enfermero al niño con síndrome convulsivo que ingresa al servicio de emergencia Pediátrica.
- * Brindar cuidados de enfermería óptimos, rápidos y oportunos de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a éste daño.

4. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciadas en Enfermería especialistas.

¹¹ Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2012.

¹² <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4309>





MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME CONVULSIVO

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de Dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C relajación de la lengua y acumulo de secreciones. 00037	EI paciente mantendrá la vía aérea permeable. 3140	Monitorización respiratoria. 3350 * Abrir la vía aérea, elevando la barbilla. (335001) * Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. (335002) Aspiración de las vías aéreas. 3160 * Determinar la necesidad de aspiración auscultando roncus en las vías aéreas. (316001) * Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. (316002) * Disponer precauciones universales: guantes, gafas y máscara, si es el caso. (316003)	* Bronco aspiración. * Insuficiencia respiratoria aguda. * Paro respiratorio.	Médico pediatra	IV	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. 0410 * Ausencia de ruidos respiratorios patológicos 041008
		* Observar el estado de oxígeno del paciente antes, durante y después de la succión. (316004)				



Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de Dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación con disfunción neuromuscular. 00032	El paciente mantendrá el patrón respiratorio dentro de los valores normales. 403	Cambio de posición 0840 * Colocar al paciente en la posición terapéutica especificada: decúbito lateral. (08401) Monitorización de signos vitales. 6680 * Monitorización de T°, FC, FR, PA, SatO2. (668001)	* Hipoxia	Médico pediatra	IV	Estado respiratorio : ventilación (0403) * Frecuencia respiratoria en el rango esperado (040301).
		Manejo de las vías aéreas. 3140 * Abrir la vía aérea, elevando la barbilla o empujando la mandíbula, si procede. (314001) * Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. (314002) * Administrar oxígeno humidificados, según indicación médica. (314003) * Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. (314005) Aspiración de las vías aéreas. 3160 * Determinar la necesidad de aspiración auscultando roncus en				

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención Interdisciplinaria	Grado de Dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		las vías aéreas. (316001) * Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. (316002) * Disponer precauciones universales: guantes, gafas y máscara, si es el caso. (316003) * Observar el estado de oxígeno del paciente antes, durante y después de la succión. (316004) Monitorización respiratoria. 3350 * Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. (335002) Administración de medicación IV: 2314 * Preparar la concentración adecuada de medicación IV, según indicación médica. (231401) * Mantener vía periférica, según sea conveniente. (231402) * Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación. (231405)				

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de Dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
Riesgo de lesión R/C movimientos involuntarios 00035	El paciente se mantendrá libre de lesiones físicas y una adecuada oxigenación cerebral. 1913	Identificación de riesgo : 6610 * Identificar al paciente que precisa cuidados continuos. (661001) * Instaurar una valoración rutinaria de riesgos: barandas, retirar objetos peligrosos, etc. (661002) Oxigenoterapia. (3320) * Mantener la permeabilidad de las vías aéreas: colocar tubo de mayo. (332001) * Administrar oxígeno suplementario, según indicación. (332002) * Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro), si procede. (332005) Manejo de las convulsiones: 2680 * Guiar los movimientos para evitar lesiones. (268001) * Aflojar la ropa. (268002) * Permanecer con el paciente durante la convulsión. (268003) * Mantener abierta la vía aérea. (268004) * Canalizar una vía IV, según corresponda. (268005)	* Autolesión * Traumatismo * Isquemia cerebral.	Médico pediatra	IV	Control del riesgo (1902): * Supervisa los factores de riesgo medioambientales (190202)

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervención de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de Dependencia	Indicadores de Seguimiento (NOC)
		* Administrar Oxígeno, según indicación. (268006) * Administrar los anticonvulsivos prescritos. (268007) * Comprobar el estado neurológico. (268008) * Vigilar los signos vitales. (268009) * Registrar las características de la convulsión. (268010)				

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES RECIÉN NACIDOS Y PEDIÁTRICOS CON TRASTORNOS METABÓLICOS: DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA.



1. ASPECTOS GENERALES

En la deshidratación hipernatrémica la osmolaridad del líquido extracelular está aumentada, produciendo el movimiento de líquido fuera de las células. Puede o no aparecer shock, pero si cambios cerebrales, con posibles convulsiones y daño permanente al encéfalo. Los niveles séricos de sodio son mayores a 150 meq / lt.¹³

2. POBLACIÓN OBJETIVO

La presente guía pediátrica está dirigida a todos los pacientes recién nacidos y pediátricos menores de 18 años que acuden al servicio de emergencia.

3. OBJETIVO

- * Estandarizar la atención de enfermería en el manejo del paciente neonato con problema metabólico: Deshidratación Hipernatrémica.
- * Aplicar y/o mejorar los criterios para el cuidado del RN con problemas de deshidratación Hipernatrémica.
- * Prevenir complicaciones en el recién nacido derivadas de esta patología.

4. PERSONA RESPONSABLE

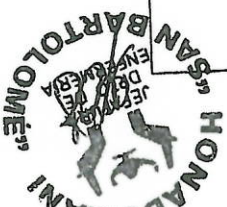
Licenciadas en Enfermería especialistas.

¹³ Castro F., Urbina O., Manual de Enfermería en Neonatología La Habana. Edit. Ciencias Médicas 2007.



**MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES RECIEN NACIDOS Y PEDIÁTRICOS CON TRASTORNOS METABÓLICOS:
DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA.**

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones Interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
Déficit de volumen líquidos R/C factores que influyen en la necesidad de líquidos. (00028)	Neonato de mantendrá mucosas y piel hidratada.	Monitorización de signos Vitales: (6680) * Monitorización de T°, FC, FR, PA, SaO2. (668001) Prevención del shock. (4260) * Comprobar el estado circulatorio, presión sanguínea, color y temperatura de la piel, sonidos cardíacos, frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y calidad de los pulsos periféricos. (426001) * Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada. (426002) * Controlar la ingesta y eliminación. (426003) * Mantener una vía IV de calibre grande. (426004) * Comprobar los valores de laboratorio, especialmente Hb, Hto, perfil de coagulación y electrolitos en sangre arterial y perfil químico.	* Deshidratación * Desnutrición * Shock hipovolémico * Daño renal.	Médico Pediatra, Médico Neonatólogo. Médico Nefrólogo	IV	Perfusión tisular: periférica. 0407 * Relleno capilar enérgico. 040701 * Pulsos periféricos distales simétricos. 040704 * Coloración de piel normal. 040707





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones Interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
		(426005) Monitorización de Electrolitos: (2020). * Vigilar el nivel de electrolitos en suero. (202001) * Reconocer e informar sobre la presencia de desequilibrio de electrolitos. (202002) Terapia intravenosa: (4200) * Seleccionar y preparar la bomba de infusión IV, si está indicado. (420001) * Administrar líquidos IV según indicación médica. (420008) Manejo de Peso: (1260) * Determinar el peso corporal del paciente. (126001) Asesoramiento en la Lactancia: (5244) * Determinar el conocimiento de la madre sobre la alimentación al pecho. (524401) * Proporcionar información acerca de				



Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones Interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
Riesgo de lesión: cerebral R/C disfunción bioquímica: hiperbilirrubinemia. (00030)	RN se mantendrá reactivo presentará succión adecuada.	las ventajas de la alimentación de pecho. (524402) * Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación al pecho. (524403) * Instruir a la madre /padre acerca de la alimentación del bebé al pecho materno. (524404)				
		Monitorización de signos Vitales: (6680) * Monitorización de T°, FC, FR, PA, Sato2. (668001) Monitorización neurológica: (2620) * Evaluar Reflejos primarios del RN. (262001) Fototerapia: neonato (6924) * Observar signos de ictericia. (692401). * Solicitar niveles de bilirrubina. (692402) * Explicar a la familia los procedimientos y cuidados de la	* Convulsiones Daño cerebral (Kernicterus)	Médico Pediatra, Médico Neonatólogo	IV	Perfusión tisular: cerebral (0406) * Función neurológica (040601)

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones Interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
		* fototerapia. (692403) * Aplicar parches para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión. (692404) * Colocar las luces de fototerapia encima del bebé a una altura adecuada. (692405) * Controlar los niveles de bilirrubina, según protocolo o solicitud del médico. (692406) * Dar leche ocho veces al día. (692407)				
		Terapia intravenosa: (4200) * Verificar la orden de la terapia intravenosa. (420001) * Administrar líquidos intravenosos según indicación médica. (420002) * Realizar los cuidados del sitio IV de acuerdo con el protocolo del centro. (420003) Manejo de las Convulsiones: (2680) * Mantener abierta una vía aérea. (268001) * Canalizar una vía IV, según corresponda. (268002)				



Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones Interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C alteración de la tasa metabólica. (00005)	RN mantendrá temperatura corporal normal.	* Administrar oxígeno, según indicación médica. (268002) * Administrar la medicación prescrita. (268003) * Comprobar el estado neurológico. (268004)				
		Monitorización de signos Vitales: (6680) * Monitorización de T°, FC, FR, PA, SatO2. (668001) Regulación de la temperatura: (3900) * Observar y registrar signos de hipotermia: piel caliente, rubicunda y reticulada, frialdad distal, irritabilidad. (390001) * Observar periódicamente el color, la T° y la humedad de la piel. (390002) * Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuados. (390003) * Aligerar cobertores si presenta hipotermia, en caso contrario abrigo al RN. (390004)	* Hipotermia * Hipotermia	Médico Pediatra, Médico Neonatólogo.	IV	Termorregulación neonato: (0801) * Temperatura corporal dentro de los límites de la normalidad. (080101)

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES RECIEN NACIDOS Y PEDIÁTRICOS CON TRASTORNOS METABÓLICOS: HIPOGLICEMIA



1. ASPECTOS GENERALES:

La hipoglucemia es el problema metabólico que ocurre con mayor frecuencia en los recién nacidos. En la mayoría de los casos refleja un proceso normal de adaptación a la vida extrauterina. La hipoglucemia no es una condición médica en sí, sino un hallazgo de una enfermedad subyacente o de falla para adaptarse del estado fetal del consumo continuo de glucosa transplacentaria al patrón extrauterino de aporte intermitente de nutrientes. Cuando la hipoglucemia es prolongada o recurrente puede producir daños neurológicos.^{14, 15}

2. POBLACIÓN OBJETO:

La presente guía pediátrica está dirigida a todos los pacientes recién nacidos que acuden al servicio de emergencia pediátrica.

3. OBJETO:

- * Estandarizar la atención de enfermería en el manejo del paciente neonato –pediátrico con problema metabólico: Hipoglucemia.
- * Aplicar y/o mejorar los criterios para el cuidado del RN y paciente pediátrico con problemas metabólicos.
- * Prevenir complicaciones en el recién nacido y paciente pediátrico derivadas de esta patología

4. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciadas en Enfermería especialistas.

¹⁴ Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)", 5ta Ed. Elsevier, Barcelona – España, 2014

¹⁵ https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_569_es.pdf



MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES RN-PEDIÁTRICOS CON TRANSTORNOS METABÓLICOS: HIPOGLICEMIA



Diagnósticos de Enfermería	Meta	Intervenciones de Enfermería	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
00179 Riesgo de Nivel de glucemia inestable R/C pérdida de peso	2300 RN presentará niveles de glucemia entre 50 a 80 mg/dl.	Monitorización de signos vitales : 6680 , * Monitorización de T°, FC, FR, PA, SatO2. (668001) Manejo de la Hipoglucemia: 2130 * Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia. (213001) * Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia. (213002) * Vigilar los signos de glucosa en sangre, si está indicado. (213003) Mantener una vía IV, si procede. (213004) * Administrar glucosa IV, si está indicado. (213005) * Enseñar a los padres los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia. (213006) Manejo de Peso: 1260 * (126001) Determinar el peso corporal del paciente.	* Hipoglucemia * Daño neurológico.	Médico Pediatra, Médico Neonatólogo, Médico Endocrinólogo	IV	Control de glucosa sanguínea: 2300 * Concentración sanguínea de glucosa. 230001





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones Interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades R/C ingesta insuficiente de leche materna. (00002)	Paciente presentará ganancia de peso > 10%.	Monitorización de signos Vitales: (6680) * Monitorización de T°, FC, FR, PA, SatO2. (668001) Manejo de peso diario: (1260) * Determinar el peso corporal del paciente. (126001) Asesoramiento en la lactancia: (5244) * Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido. (524401) * Determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación a las necesidades del bebé. (524402) * Monitorizar la habilidad materna al acercar el bebé al pecho. (524403) * Demostrar técnica de lactancia materna. (524404)	* Desnutrición * Daño neurológico. * Retardo en el crecimiento y en desarrollo motor.	Médico Pediatra, Médico Neonatología.	IV	Control de peso: (1612) * Alcanza el peso óptimo
Lactancia materna ineficaz R/C déficit de conocimientos.	Madre reforzará conocimiento sobre la lactancia la Materna Eficaz.	Asesoramiento de la lactancia: (5244) * Determinar el conocimiento de la alimentación al pecho. (524401) * Determinar el deseo y motivación de la madre para dar de mamar.	* Deshidratación	Médico Pediatra, Médico Neonatología.	IV	Conocimiento : lactancia materna (1800)





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
(00104)		* (524402) Evaluar la forma de succión/ deglución del bebé. (524403) * Enseñar la técnica de lactancia materna. (524404) * Instruir en técnicas de relajación, incluyendo los masajes de pecho. (524405) * Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho. (524406)				* Descripción de los beneficios de la lactancia materna. (180001)
		Apoyo emocional: (5270) * Ayudar a la madre a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. (527001) * Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. (527002) * Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. (527003)				
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C alteración de la tasa metabólica.	RN mantendrá temperatura corporal axilar normal.	Monitorización de signos Vitales: (6680) * Monitorización de T°, FC, FR, PA, SatO2. (668001) Regulación de la temperatura: (3900) * Observar y registrar signos de	* Hipertermia * Hipotermia	Médico Pediatra, Médico Neonatólogo.	IV	Termorregulación neonato: (0801) * Temperatura corporal dentro de





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
(00005)		hipertermia: piel caliente, rubicunda y reticulada, frialdad distal, irritabilidad. (390001) * Observar periódicamente el color, la T° y la humedad de la piel. (390002) * Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuados. (390003) * Aligerar cobertores si presenta hipertermia, en caso contrario abrigan al RN. (390004)				límites normales (080101)



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DESHIDRATACIÓN SEVERA



1. ASPECTOS GENERALES

Es el estado clínico consecutivo a la pérdida de agua y electrolitos del organismo en grado variable. Se considera como la principal complicación de los cuadros gastrointestinales.

Se produce por dos principales causas: La pérdida excesiva de agua, electrolitos y el aporte insuficiente de estos elementos.¹⁶

2. POBLACIÓN OBJETIVO:

La guía de intervención se aplicará a la población menor de 18 años que acuden al Servicio de Emergencia Pediátrica.

3. OBJETIVOS:

- Contribuir a la estandarización del cuidado enfermero al niño con deshidratación severa que ingresa al servicio de emergencia y unidades críticas.
- Prevenir los riesgos, complicaciones y secuelas en el niño con deshidratación severa, utilizando las clasificaciones NANDA- NOC- NIC en el cuidado enfermero.
- Brindar cuidados de enfermería óptimos, rápidos y oportunos de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a la deshidratación
- Educar a la familia / cuidador principal en el manejo del plan de cuidados del niño.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciadas en Enfermería especialistas.

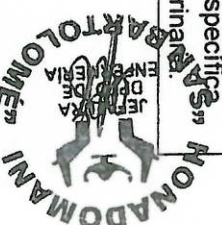
¹⁶ Carrillo Álvarez A, López- Herce Cid J, Sancho Pérez L, Solano García Ml. Arritmias. En: López-Herce Cid J, Calvo Rey C, Batodano Agüero A, Rey Galán C, Rodríguez Núñez S, A, Lorente Acosta MJ, editores. Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. Tercera edición. Madrid: Publimed, 2009:234- 45



MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON DESHIDRATACION SEVERA

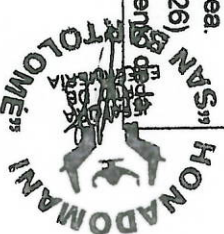


Diagnóstico de enfermería	Meta	Intervención De Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado De Dependencia	Indicadores De Seguimiento
Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida importante del volumen de líquidos, compromiso de los mecanismos reguladores. (00027)	El paciente evidenciará equilibrio hídrico e hidratación. 601- 602	Manejo del Shock: Volumen: 4258 * Insertar y mantener una vía de acceso i.v. de gran calibre. (425815) * Administrar oxígeno según corresponda. (425817) * Realizar una gasometría arterial. (425818) Manejo del a Hipovolemia: 4180 * Pesar al paciente y Monitorizar las tendencias. (418001) * Monitorizar estado Hemodinámico incluyendo la frecuencia cardiaca. (418002) * Monitorizar los signos de deshidratación (escasa turgencia cutánea, retraso del llenado capilar, pulso débil, sed, sequedad de mucosas y oliguria) (418004) * Identificar las fuentes de pérdida de líquido (hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis y taquipnea) (418004) * Monitorizar las entradas y salidas. (418006) * Monitorizar la presencia de datos de	* Hipotensión * Shock hipovolémico * Parada cardio respiratorio	Médico Pediatra, de Personal Laboratorio.	III	Equilibrio Hídrico: 0601 * Presión arterial. 60101 * Pulsos periféricos. 60105 * Ruidos respiratorios patológicos. 60108 * Ojos Hundidos. 60113 * Confusión. 60114 * Sed 60115 * Electroлитos séricos. 60118 * Densidad específica "AS" urinaria.





Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Meta	Intervención De Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado De Dependencia	Indicadores De Seguimiento (NOC)
		* Monitorizar la presencia de datos de laboratorio. (418009) * Mantener un acceso i.v. permeable. (418013) * Administrar soluciones isotónicas i.v., para la rehidratación extracelular. (418015) * Administrar un bolo i.v. <u>prescrito</u> de líquido isotónico para mantener la integridad hemodinámica. (418017) * Colocar al paciente en la posición de Trendelenburg modificada (piernas elevadas por encima del nivel del corazón, con el resto del cuerpo en decubito supino) en pacientes hipotensos para optimizar la perfusión cerebral mientras de minimiza la demanda miocárdica de oxígeno. (418029) Manejo de Líquidos: (4120) * Realizar un registro preciso de entradas y salidas. (412003) * Realizar sondeaje vesical, si es preciso. (412004) * Observar si hay indicios de sobrecarga o retención de líquidos. (412009)				Hidratación: (0602) * Turgencia Cutánea. (60201) * Membranas mucosas húmedas. (60202) * Diuresis. (60211) * Aumento del Hematocrito. (60213) * Función Cognitiva. (60218) * Fontanela Hundida. (60220) * Diarrea. (60226) * Aumento de la





Diagnóstico de enfermedad (NANDA)	Meta	Intervención De Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado De Dependencia	Indicadores De Seguimiento (NOC)
		* Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita. (412025) Manejo de la Diarrea: (0460) * Determinar la historia de la diarrea. (46001) * Obtener una muestra de heces para realizar un cultivo. (46002) Manejo del Vómito: (1570) * Valorar el color, la consistencia y duración de la emesis. Así como el grado en el que es forzado. (157001) * Medir o estimar el volumen de la emesis. (157002) * Controlar el equilibrio hidroelectrolítico. (157022) Terapia Intravenosa: (4200) * Instruir al paciente acerca del procedimiento. (420002) * Realizar una técnica aséptica estricta. (420003) * Administrar los líquidos a temperatura ambiente, a menos que se prescriba otra cosa. (420008) * Documentar la terapia prescrita				temperatura corporal. (30227)





Diagnóstico de enfermedad (NANDA)	Meta	Intervención De Enfermería (NIC)	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado De Dependencia	Indicadores De Seguimiento (NOC)
Hipertermia R/C aumento de la tasa metabólica, deshidratación (00007)	El paciente mantendrá la temperatura dentro de los límites normales.	Tratamiento de la Fiebre: (3740) * Controlas la temperatura y otros signos vitales. (374001) * Controlare las entradas y salidas prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos. (374003) * Administrar medicamentos o líquidos i.v. (antipiréticos. (374004) * Aplicar un baño tibio. (374010) * Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre. (374012)	* Convulsión febril.	Médico Pediatra	IV	Termorreulación: (800) * Temperatura cutánea aumentada. (80001) * Irritabilidad. (80005)





GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATOS CON MALFORMACION ANO RECTAL

1. ASPECTOS GENERALES:

Dependiendo de su localización se clasifican en: Bajas y Altas

- **Baja o Imperforación Anal Baja con Fístula Perineal:** Cuando el recto atraviesa completamente los músculos elevadores del ano. En este caso hay una fístula (orificio anormal pequeño) por donde el bebé elimina el meconio (primera evacuación del recién nacido). En este caso sólo una membrana obstruye la salida de esta primera evacuación.¹⁷
- **Alta o Imperforación Anal Alta:** Se define así a aquellas lesiones del recto que se encuentran por encima de los músculos elevadores del ano. En estos casos, las malformaciones de riñón y vías urinarias son del 60% al 90%.^{18, 19}

2. POBLACIÓN OBJETIVO:

Paciente neonato quirúrgico que acude al servicio de emergencia pediátrica.

3. OBJETIVO:

- * Brindar atención oportuna, segura, calidad humana e integral al neonato quirúrgico y familia, mediante intervenciones de enfermería aplicando principios éticos y bioéticos durante las intervenciones.
- * Evitar complicaciones que pudieran derivar de la patología quirúrgica.

4. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciadas en Enfermería especialistas.

¹⁷ Jaime Forero :Cuidado Intensivo Pediátrico y Neonatal, 2007; 6,:57

¹⁸ Autor: Lic. Ricardo Izquierdo Medinal y Otros Autores publicado 2008 Conocimiento y actuación de Enfermería en las malformaciones ano rectales del recién nacido.

¹⁹ Dr. Salvador Gonzalo Carrillo Soriano ,Guía aprobada por consenso en el 2º Taller Nacional de Buenas Prácticas Clínicas en Cirugía Pediátrica "MALFORMACIONES ANO RECTALES" (Manzanillo, enero del 2012).





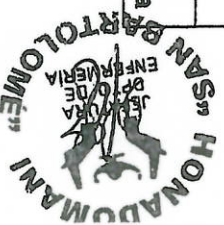
MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON MALFORMACIÓN ANO RECTAL

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C alteración anatómica del tubo digestivo. (00196)	Calidad de vida. Preparación del neonato para sop.	Sondaje Gastrointestinal: (1080) * Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda nasogástrica u orogástrica que se ha de insertar. (108001) * Explicar a la familia la razón de que se utilice una sonda. (108002) * Comprobar la correcta colocación de la sonda. (108007) Control Intestinal: (0430) * Monitorización de signos vitales. (6680) * Precauciones quirúrgicas. (2920) * Punción intravenosa. (4190) * Manejo de líquidos. (4120) * Coordinación preoperatoria Coordinar con enfermera para la recepción de neonato en cirugía pediátrica. (2880)	* Sepsis generalizada	Médico: cirujano pediatra, Médico Neonatólogo.	II	Función Gastrointestinal: (1015) * Dolor Abdominal. (101513) * Distensión Abdominal. (101514) * Regurgitación. (101516)
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las	Estado Nutricional.	Manejo de la nutrición: (1100) * Determinar el estado nutricional del paciente. (1101)	* Hipoglucemia * Shock hipovolémico	Médico: cirujano pediatra, Médico Neonatólogo.	III	Estado Nutricional: Estado Nutricional:





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
necesidades corporales R/C con vía oral omitida secundario a ano imperforado. (00002)		Manejo de la hipoglucemia: (2130) * Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia. (213004) * Administrar glucosa i.v. , Si está indicado. (213009) * Mantener la vía aérea permeable. (213011) * Monitorización de signos vitales. (6680) Terapia Intravenosa: (4200) * Administrar medicamentos i.v., según prescripción. (420010) Manejo de Líquidos y Electrolitos: (2080) * Administrar líquidos, si está indicado. (208006) * Reponer líquidos por vía nasogástrica u orogastrica. (208008) * Controlar los valores de laboratorio. (208016) * Monitorizar el estado hemodinámico. (208018)				* Ingestión de Nutrientes. (100401) * Ingesta de Líquidos. (100408) * Hidratación. (100411)
Hipertermia	Termorregulación	Regulación de la Temperatura:	* Convulsión	Médico cirujano		Termorregula





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
R/C proceso infeccioso secundario a ano imperforado. (00007)	Recién Nacido	(3900) * Vigilar la temperatura del RN hasta que se estabilice. (390002) * Comentar la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos. (390015) Baño: (1610) * Realizar baño con agua a temperatura agradable. (1610003)	* Sepsis	pediatra, Médico Neonatólogo,	II	ción: Recién Nacido: (0801) * Letargo (80104) * Aumento de peso. (20106) * Deshidratación (80111) * Inestabilidad de la temperatura. (80116)





GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MENINGITIS

1. ASPECTOS GENERALES:

La meningitis es la inflamación de las membranas meníngeas (Duramadre, Aracnoides, Piamadre) que recubren el cerebro y la médula espinal, generalmente de origen bacteriano y con menor frecuencia vírica o micótica, hongos o gusanos parásitos en los tejidos o por la introducción iatrogena de una sustancia irritante para las meninges.^{20 21}

2. POBLACIÓN OBJETIVO:

La guía de intervención se aplicará: la población menor de 18 años que acuden al Servicio de Emergencia Pediátrica.

3. OBJETIVO:

- * Contribuir a la estandarización del cuidado enfermero al niño con Meningitis que ingresa al servicio de emergencia Pediátrica.²²
- * Brindar cuidados de enfermería óptimos, rápidos y oportunos de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a éste daño.²³

4. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciadas en Enfermería especialistas.

²⁰ Roxana Obando Zegarra, Compendio de Guías de Intervenciones y procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres 2006 Oficina General – MINSA

²¹ Nicole A. Green. Las Infecciones. Meningitis. USA. 2013. [Citado el 06 de febrero de 2016]

²² Piqué C. Meningitis en Pediatría. Published in: Salud y medicina. Chile. 2012.

²³ F. Baquero Artigao, R. Vecino López, F. del Castillo Martín. Meningitis bacteriana. Asociación Española de Pediatría. Hospital Infantil La Paz. Madrid, 2007.





MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MENINGITIS

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias (NIC)	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
Dolor agudo R/C agente lesivo biológico. (00132)	Paciente manifestará alivio y/o disminución del dolor logrando control del dolor.	Manejo del dolor : (1400) * Realizar una valoración exhaustiva del dolor considerando: localización, características, aparición /duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. (140001) * Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. (140002) * Utilizar un método de valoración o escala de valoración del dolor numérica de 0 a 10 y otros) que permita el seguimiento de los cambios en el dolor. (140012) * Seleccionar y desarrollar medidas no farmacológicas (Proporcionar ambiente con luz tenue libre de ruidos, colocar en	* Alteraciones fisiopatológicas en los órganos. * Shock neurogénico.	Médico pediatra.	IV	Control del dolor: (1605) * Refiere dolor controlado. (160511) Nivel del Dolor: (2102) * Expresiones faciales de dolor. (210206) * Irritabilidad. (210223) * Lágrimas. (210225)





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias (NIC)	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
		posición cómoda, Elevar 15 a 30 ° la cabecera de la camilla, aplicar técnicas de relajación, motivar la participación de los padres.) y farmacológicas e interpersonales que faciliten el alivio del dolor si procede. (140018) Administración de Medicación: intravenosa (I.v.) (2314) * Aplicar los cinco correctos de la administración de medicación analgésica. (231401) * Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. (231408) * Administrar la medicación i. v. con la velocidad del flujo y la solución a intervalos regulares, según protocolo institucional. (231410) * Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación. (231416) * Documentar la Administración y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del				





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias (NIC)	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
Hipertermia R/C enfermedad infecciosa. (00007)	Paciente mantendrá temperatura corporal dentro en los límites logrando Termorregulación.	Tratamiento de la fiebre: (3740) * Administración de medicación antipirética prescrita. (374004) * Administrar baño tibio 20 a 30min. (374010) * Controlar la temperatura de forma oportuna. (374012) Baño: (1610) * Realizar baño con agua a temperatura agradable. (1610003) * Observar el color de la piel y la temperatura. (374003) Manejo ambiental: (6480) * Identificar las necesidades de seguridad del paciente según la función física, cognitiva y el historial de conducta. (648002) * Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. (648022)	* Convulsión	Médico pediatra, Médico Neurólogo	IV	Termorregulación: (800) * Temperatura cutánea aumentada. (80001) * Irritabilidad. (80005) * Somnolencia. (80006) * Cambios en la coloración cutánea. (80007) * Tristona con el frío. (80011)





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias (NIC)	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
		Monitorización de los signos vitales: (6680) * Controlar la T°, P/A al, pulso, respiración a los 30min. a la hora, dos horas según lo requiera. (668001) * Observar signos y síntomas de hipotermia /hipertermia. (668002) * Observar la presencia de trió de Cushing (presión de pulso ancha, bradicardia y aumento de la presión sistólica. (668023) Regulación de la Temperatura: (3900) * Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede. (390001) * Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. (390003) * Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. (390021)				





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias (NIC)	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineeficaz R/C con inflamación / edema meníngea. (00201)	Perfusión Tisular: Cerebral. Control del Riesgo: Accidente Cerebrovascular.	Manejo de edema cerebral: (2540) * Disminuir los estímulos ambientales. (254012) * Administración de sedantes/ anticonvulsivantes /diuréticos si procede. (254014) * Monitorizar la presión venosa central (PVC). (254011) * Observar si hay confusión, cambios de esquemas mentales, mareos y síncope. (254001) * Monitorizar el estado respiratorio y niveles de PaO2 pCO2 pH y bicarbonato. (254009) * Poner en prácticas las precauciones frente a ataques. (254035) Monitorización neurológica: (2620) * Vigilar el nivel de conciencia. (262002) * Vigilar las tendencias en la escala de coma de Glasgow modificado. (262004) * Comprobar la reacción pupilar.	* Hipoxia. * Infarto cerebral. * Hipertensión endocraneana * Muerte cerebral	Médico pediatra, Médico Neurólogo	IV	Perfusión Tisular: Cerebral: (0406) * Presión Intracraneal. (40602) * Inquietud. (40605) * Agitación. (40608) * Hallazgos angiograma cerebral. (40615) * Deterioro cognitivo. (40618) * Reflejos Neurológicos alterados. (40602)





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias (NIC)	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
		(262010) * Monitorizar signos vitales: temperatura presión sanguínea, pulso y respiraciones. (262006) * Comprobar el estado respiratorio: niveles de gases en sangre arteria, pulso, oximetría, profundidad, forma, frecuencia y esfuerzo. (262007) * Observar la presencia de temblores, simetría facial, trastornos visuales (diplopía nistagmus, visión borrosa y agudeza visual. (262020) * Vigilar la respuesta babilinski. (262028) * Observar si hay respuesta de Cushing. (262029) * Monitorización acido- base: (1920) * Administrar oxigenoterapia si procede. (332005) * Efectivizar las tomas de AGA, asegurando una circulación adecuada en la extremidad antes y después de la extracción de sangre. (192001) * Observar si el nivel de pH se				





Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias (NIC)	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
		encuentra en la parte alcalina o ácida del mediador (7.4). (192005) * Observar si el nivel de PaCO₂ (Presión de dióxido de carbono arterial parcial) muestra acidosis respiratoria, alcalosis respiratoria o es normal. (192006) * Observar si el nivel de HCO₃ muestra acidosis metabólica, alcalosis metabólica o es normal. (192014) Mejorar de la perfusión Cerebral: (2550) * Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión (15° a 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza. (255011) * Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de cadera /rodilla. (255012) * Administrar fármacos vasoactivos/ expansores/diuréticos del volumen según <u>prescripción</u> para mantener los <u>parámetros</u>				

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias (NIC)	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
Ansiedad/temor R/C enfermedad del niño, entorno desconocido/	Paciente evidenciará disminución de Ansiedad.	hemodinámicos. (255005) * Administración de vasopresina (hormona antidiurética) prescrita. (255015) * Vigilar los efectos de los diuréticos de asa y corticosteroides. (255016) Manejo de shock. (4250) * Administrar oxigenoterapia. (425008) * Mantener una vía IV permeable. (425021) * Administrar fármacos vasoactivos. (425027) * Realizar sondaje nasogástrico. (425036) * Monitorizar los signos vitales, presión sanguínea ortostática, estado mental y excreción urinaria. (425033) Disminución de la Ansiedad: (5820) * Explicar los procedimientos y las posibles sensaciones que se ha de experimentar. (582002) * Crear un ambiente que facilite la	* Somatización. Incapacidad para realizar actividades diarias.	Médico pediatra Médico Neurólogo. Médico Psiquiatra Lic. en Psicología,	IV	Nivel de Ansiedad: (1211) * Impaciencia. (121101) * Distres. (121104)



Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Meta	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Complicación	Intervenciones interdisciplinarias (NIC)	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento (NOC)
pruebas diagnósticas, procedimientos invasivos. (00146) (00148)	Niño expresará Autocontrol del miedo.	* confianza. (582014) * Permanecer con el paciente para favorecer seguridad y reducción del miedo. (582006) * Reforzar el comportamiento si procede. (582013) * Animar a la expresión de sentimientos, percepciones y miedo. (582015) * Observar la presencia de signos verbales y no verbales de ansiedad. (582025) Técnica de relajación. (5880) * Coger y calmar al lactante y/o niño. (588007) * Mantener contacto visual con el niño. Mantener la calma de manera deliberada. (588002) * Sentarse y hablar con el paciente. (588013) * Acariciar la frente o frotar la espalda si procede. (588015) * Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. (588003)				* Tensión facial. (121108) * Irritabilidad. (121107) * Trastorno del sueño. (121129)





GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SHOCK SEPTICO

1. ASPECTOS GENERALES:

La sepsis en el niño es considerada la principal causa de muerte en el mundo en esta edad. Es la intervención de enfermería frente a la invasión de microorganismos cuyas toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular y llevar a que se presente hipotensión arterial y funcionamiento deficiente de los órganos nobles siendo el primer mecanismo la mala distribución de flujo sanguíneo a los tejidos, estando algunas áreas sobre perfundidas y otras infra perfundidas.²⁴

2. POBLACIÓN OBJETIVO:

La guía de intervención se aplicará: a la población menor de 18 años que acuden al Servicio de Emergencia Pediátrica.

3. OBJETIVO:

- * Restablecer en la brevedad posible la distribución adecuada del flujo sanguíneo y el compromiso funcional de los órganos nobles (corazón, cerebro, pulmón y riñón) afectados.
- * Mantener una adecuada perfusión y oxigenación de los tejidos para evitar el daño tisular y el desarrollo de fallo multiorgánico.
- * Brindar cuidados de enfermería óptimos, rápidos y oportunos de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a este daño.
- * Educar a la familia/cuidador principal en el manejo del plan de cuidados del niño.

5. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciadas en Enfermería especialistas que laboran en el servicio de Emergencia Pediatra

²⁴ <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-ENFER-2014/GUIA%20DE%20CIUDADOS%20%20DE%20ENF%20DE%20UCIP%20.%202012.pdf>





MATRIZ DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON SHOCK SEPTICO

Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
Riesgo de perfusión tisular cerebral R/C Alteración del transporte de oxígeno. (00201)	Perfusión Tisular: Cerebral 422	Manejo de edema cerebral: (2540) * Disminuir los estímulos ambientales. (254012) * Administración de sedantes/ anticonvulsivantes /diuréticos si procede. (254014) * Monitorizar la presión venosa central (PVC). (254011) * Observar si hay confusión, cambios de esquemas mentales, mareos y síncope. (254001)	* Shock Refractario * Muerte.	Médico pediatra, Médico pediatra Intensivista,	IV	Perfusión Tisular Cerebral: (406) * Presión Intracranial. 406021 * Agitación. 40608 * Fiebre. 40616 * Deterioro Cognitivo. 40618 * Reflejos Neurológicos Alterados. 40620
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz. (00202)	Perfusión Tisular: Órganos Abdominales. 404	* Monitorizar el estado respiratorio y niveles de PaO2 pCO2 pH y bicarbonato. (254009) * Poner en prácticas las precauciones frente a ataques. (254035)				Perfusión Tisular: Órganos Abdominales. (404) * Diuresis.
Riesgo de perfusión renal ineficaz. (00203)		Monitorización neurológica: (2620) * Vigilar el nivel de conciencia. (262002) * Vigilar las tendencias en la escala de coma de Glasgow modificado. (262004) * Comprobar la reacción pupilar. (262010)				Perfusión Tisular: Órganos Abdominales. (404) * Diuresis.





Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
		* Monitorizar signos vitales: temperatura presión sanguínea, pulso y respiraciones. (262006) * Comprobar el estado respiratorio: niveles de gases en sangre arteria, pulso, oximetría, profundidad, forma, frecuencia y esfuerzo. (262007) * Observar la presencia de temblores, simetría facial, trastornos visuales (diplopía nistagmus, visión borrosa y agudeza visual. (262020) * Vigilar la respuesta babinski. (262028) * Observar si hay respuesta de Cushing. (262029)				* (40402) Equilibrio electrolítico y ácido - base. (40403) * Dolor Abdominal. (40408) * Distensión Abdominal. (40413) * Diarrea. (40417)
		Monitorización ácido- base: (1920) * Administrar oxigenoterapia si procede. (332005) * Efectivizar las tomas de AGA, asegurando una circulación adecuada en la extremidad antes y después de la extracción de sangre. (192001) * Observar si el nivel de pH se encuentra en la parte alcalina o ácida del mediador (7.4). (192005) * Observar si el nivel de PaCO2 (Presión de dióxido de carbono				





Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
		arterial parcial) muestra acidosis respiratoria, alcalosis respiratoria o es normal. (192006) * Observar si el nivel de HCO₃ muestra acidosis metabólica, alcalosis metabólica o es normal. (192014) Mejorar de la perfusión Cerebral: (2550) * Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión (15° a 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza. (255011) * Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de cadera /rodilla. (255012) * Administrar fármacos vasoactivos/ expansores/diuréticos del volumen según prescripción para mantener los parámetros hemodinámicos. (255005) * Administración de vasopresina (hormona antidiurética) prescrita. (255015) * Vigilar los efectos de los diuréticos de asa y corticosteroides. (255016) Manejo de shock. (4250) * Administrar oxigenoterapia.				





Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
Deterioro del Intercambio R/C Desequilibrio Ventilatorio— perfusión, Cambios de la membrana alveolar. (00030) Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación (00032)	El paciente mantendrá un intercambio gaseoso dentro de los valores normales.	Manejo de la vía aérea: (3140) * Abrir la vía aérea. (314001) * Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. (314020) * Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. (314011) * Eliminar las secreciones fomentando la tos. (314006) * Administrar broncodilatadores según corresponda. (314013) * Administrar tratamiento con nebulizador, según corresponda. (314016) * Administrar oxígeno humidificado, según corresponda. (314017) * Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda (314021)	* Hipoxia. * Paro cardíaco respiratorio * Trastorno del sensorio.	Médico pediatra, Médico pediatra Intensivista,	IV	Estado Respiratorio: Intercambio Gaseoso: (402) * Disnea en reposo. (40203) * Cianosis. (40206) * Somnolencia. (40207) * Saturación de O₂. (40211) * Equilibrio entre ventilación y perfusión. (40214) * Deterioro





Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
		Monitorización Respiratoria: (3350) * Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. (335001) * Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. (335002) * Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de kusmael, de cheyne-stokes, apnéustica (335004) * Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno. (335005) * Auscultar los sonidos pulmonares después de cada tratamiento para ver apreciar los resultados. (335013) * Realizar el seguimiento de los informes radiológicos. (335025) Oxigenoterapia: 3320 * Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. (332003) * Administrar oxígeno suplementario. (332005) * Instruir al paciente y familiar acerca de la importancia de dejar el				Cognitivo. (40216)





Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
		dispositivo de aporte de oxígeno. (332008) * Controlar la eficacia de oxigenoterapia (gasometría arterial), según corresponda. (332010) * Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánula binasal durante las comidas. Según tolerancia. (332013) Monitorización de los Signos Vitales: (6680) * Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura, y estado respiratorio, según corresponda. (668001) * Identificar las causas posibles cambios de las funciones vitales. (668024) * Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recolección de datos. (668024) Interpretación de datos de laboratorio: (7690) * Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y los cambios llamativos. (769012) * Informar inmediatamente de los				





Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
		Manejo de la ventilación Mecánica No invasiva: (3302) * Aplicar el dispositivo no invasivo asegurando un ajuste adecuado y evitar grandes fugas de aire. (330209) * Observar continuamente al paciente en la primera hora después de la aplicación, para evaluar la tolerancia. (330211) * Controlar de forma periódica los parámetros del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado. (330213) * Controlar la sincronía paciente – ventilador (330226) * Proporcionar cuidados bucales de rutina con gasas blandas húmedas, etc. (330235) Terapia Intravenosa: (4200) * Verificar la orden de la terapia I.V. (420001) * Aplicar los cinco correctos antes de iniciar la administración de medicamentos. (420005) * Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de tratamiento I.V. (420013) * Administrar medicamentos i.v.,				



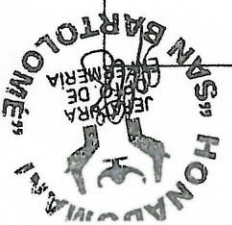


Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
Déficit de volumen de líquidos R/C fracaso de los mecanismos reguladores. (00027)	Paciente conservará de volumen líquidos logrando Equilibrio hídrico e Hidratación.	* Administrar medicamentos i.v., según prescripción, y observar los resultados. (420010) * Documentar la terapia prescrita según el protocolo del centro. (420023) Precauciones para evitar la aspiración: 3200 * Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, nauseoso, y capacidad deglutoria. (320001) * Mantener el equipo de aspiración disponible. (320011) Manejo del Shock: 4258 * Evitar la pérdida de volumen sanguíneo. (425803) * Administrar líquidos i.v. como cristaloides y colides isotónicos. (425804) * Controlar si hay signos y síntomas de shock Hipovolémico (Aumento de la sed, de la frecuencia cardiaca, oliguria, alteración del estado mental o de la respiración. (425813) * Administrar oxígeno. (425817) * Efectivizar AGA. (425818) * Monitorizar los estudios de	* Hipotensión y shock. * Alteración hidroelectrolítica	Médico pediatra, pediatra Intensivista, Enfermero Especialista	III	Equilibrio Hídrico: (0601) * Presión arterial. (60101) * Pulsos periféricos. (60105) * entradas y salidas equilibradas (60107) * Hidratación





Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
		laboratorio. (425819) Terapia intravenosa (iv). (4200) * Verificar la prescripción de la terapia intravenosa. (420001) * Explicar al paciente acerca del procedimiento. (420002) * Aplicar los cinco correctos antes de iniciar la infusión o administración de medicamentos (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia). (420005) * Seleccionar y preparar la bomba de infusión i. v. si está prescrito. (420006) * Monitorear el sitio de inserción i. v. frecuentemente, en busca de flebitis e infección. (420013) * Registrar los ingresos y egresos. (420021) * Registrar la terapia prescrita. (420023) Manejo de líquidos/ Electrolitos. (2080) * Controlar peso y valorar la evolución. (412001) * Realizar un registro preciso de entradas y salidas. (412003) * Vigilar el estado de hidratación				Hidratación: (602) * Turgencia cutánea. (60201) * Diuresis. (60211) * Perfüsión tisular. (60217) Humedad de membranas mucosas. (60117) cutánea. (60116)





Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
		(mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial) según sea el caso. (412005) * Obtener muestras de sangre para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados según prescripción. (412006) * Observar si hay inicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC, edema, distensión de las venas del cuello), según corresponda. (412009) * Administrar terapia i.v. según corresponda. (412013) * Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrito. (412026) * Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persiste o empeora. (412026) Monitorización De los signos vitales. (6680) * Controlar periódicamente: P/A, F/C, T°, FC SatO2. (668001) * Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia e				





Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
Hipertermia R/C aumento de la tasa metabólica y exposición a ambientes excesivos calientes. (00007)	El paciente mantendrá la temperatura dentro de los límites normales.	Tratamiento de la fiebre: (3740) * Administración de medicación antipirética prescrita. (374004) * Administrar baño tibio 20 a 30min. (374010) * Controlar la temperatura de forma oportuna. (374012) Baño: (1610) * Realizar baño con agua a temperatura agradable. (1610003) * Observar el color de la piel y la temperatura. (374003) Manejo ambiental: (6480) * Identificar las necesidades de seguridad del paciente según la función física, cognitiva y el historial de conducta. (648002) * Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. (648022) Monitorización de los signos vitales: (6680)	* Crisis convulsiva.	Médico pediatra, pediatra intensivista,	IV	Termorregulación: (800) * Temperatura cutánea aumentada (80001) * Irritabilidad. (80005) * Somnolencia. (80006) * Cambios en la coloración cutánea. (80007) * Tiritona con el frío. (80011)





Diagnóstico de Enfermería	Meta	Intervención de Enfermería	Complicación	Intervención interdisciplinaria	Grado de dependencia	Indicadores de seguimiento
		* Controlar la T°, P/A al, pulso, respiración a los 30min. a la hora, dos horas según lo requiera. (668001) * Observar signos y síntomas de hipotermia /hipertermia. (668002) * Observar la presencia de trío de Cushing (presión de pulso ancha, bradicardia y aumento de la presión sistólica. (668023) Regulación de la Temperatura: (3900) * Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede. (390001) * Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. (390003) * Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. (390021)				





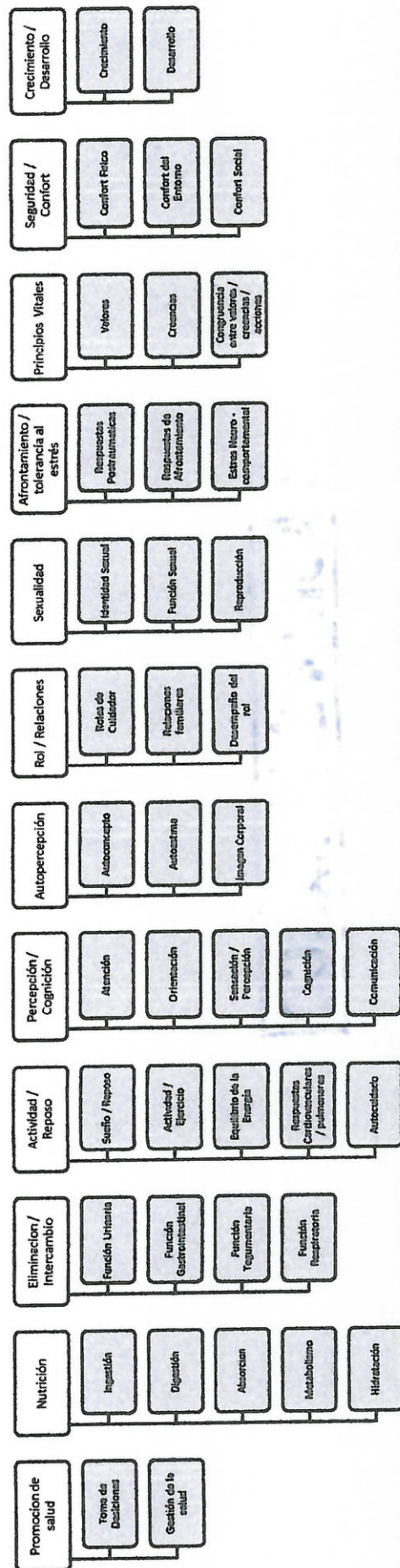
VIII. ANEXOS:





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
00104	Lactancia Materna Ineficaz	Dificultad en el suministro de leche a un bebe o un niño directamente de los pechos, lo cual puede afectar al estado nutricional del lactante/niño.
CLASE 4: METABOLISMO		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00179	Riesgo de Nivel de Glucemia Inestable	Vulnerable a variaciones en la glucosa/azúcar de la sangre respecto al rango normal, que pueden poner en peligro la salud.
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
00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos	Vulnerable a sufrir una disminución del volumen del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede poner en peligro la salud

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO		
CLASE 2: FUNCION GASTROINTESTINAL		
00196	Motilidad Gastrointestinal Disfuncional	Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.
CLASE 4: FUNCIÓN 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.
00032	Patrón Respiratorio Ineficaz	La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

CLASE 4: RESPUESTAS CARDIOVASCULARES / REPOSO

CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00092	Intolerancia a la actividad	Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.
00201	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	Vulnerable a una disminución de la circulación tisular cerebral que puede comprometer la vida.
00202	Riesgo de perfusión tisular gastrointestinal ineficaz	Vulnerable a una disminución de la circulación gastrointestinal que puede comprometer la salud.
00203	Riesgo de perfusión tisular renal ineficaz	Vulnerable a una disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

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.
00148	Temor	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

DOMINIO 11:SEGURIDAD / PROTECCIÓN

CLASE 1: LESIÓN FÍSICA

CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00035	Riesgo de lesión	Vulnerable a una lesión debido a la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona que puede comprometer la vida
00031	Limpieza ineficaz de vías aéreas	Incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

**CLASE 6: TERMORREGULACIÓN**

CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00007	Hipertermia	Temperatura corporal por encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación.
00005	Riesgo de la temperatura corporal	Vulnerable a un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales que puede comprometer la salud

DOMINIO 12: CONFORT**CLASE 1: CONFORT FÍSICO**

CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00132	Dolor agudo	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.



ANEXO 2

TAXONOMIA NIC

	Campo 1	Campo 2	Campo 3	Campo 4	Campo 5	Campo 6	Campo 7
Nivel 1 Campos	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. Sistema 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	Control de la eliminación: Intervenciones para establecer y mantener las pautas	Control de electrolitos y ácido básico: intervenciones para regular el equilibrio	O. Terapia Conductual: Intervenciones para reforzar o fomentar conductas	Control en casos de crisis Intervenciones para proporcionar una ayuda	Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé Intervenciones para ayudar en	Y. Mediación del sistema sanitario Intervenciones para facilitar el encuentro	c. Fomento de la salud de la comunidad Intervenciones que fomentan



regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	electrolítico y ácido básico y prevenir complicaciones.	deseables o alterar conductas indeseables.	inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas.	la crianza de los niños.	entre el paciente, familia y el sistema de asistencia sanitaria	la salud de toda la comunidad.
Control de Fármacos: intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agente farmacológicos Apoyo Nutricional: intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional	Control de la piel/heridas: intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos. Termorregulación: intervenciones para mantener la temperatura	P. Terapia cognitiva: Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable. Q. Potenciación de la Comunicación: Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de	Control de Riesgos: intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo.	X. Cuidados durante la vida Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida.	a. Gestión del sistema sanitario Intervenciones para potenciar los servicios de apoyo para la provisión de cuidados.	d. Control de riesgos de la comunidad Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad.



	rutinarias de la vida diaria	corporal dentro de unos límites normales.	mensajes verbales y no verbales. R. Ayuda para el afrontamiento: Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propios puntos fuertes para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento. S. Educación de los pacientes: Intervenciones para facilitar el aprendizaje.				
--	------------------------------	---	---	--	--	--	--

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

	Dominio I	Dominio II	Dominio III	Dominio IV	Dominio V	Dominio VI	Dominio VII
Nivel 1 Dominio	Salud Funcional Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida	Salud fisiológica Resultados que describen el funcionamiento orgánico	Salud psicosocial Resultados que describen el funcionamiento psicológicos y social	Conocimiento y conducta de salud Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad	Salud percibida Resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria	Salud familiar Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto o de una persona como miembro de la familia	Salud comunitaria Resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población
Nivel 2 Clases	Crecimiento y Desarrollo Resultados que describen la maduración física,	Eliminación: Resultados que describen los patrones y el estado de excreción y	Bienestar psicológico: Resultados que describen la salud emocional de	Conducta de salud Resultados que describen las acciones de una persona para	Salud y calidad de vida Resultados que describen el estado de salud percibido de	Desempeño del cuidados familiar Resultados que describen la adaptación y	Protección de la salud comunitaria Resultados que describen las estructuras y



emocional y social de una persona.	eliminación de una persona	una persona y la autopercepción relacionada	promover o restaurar la salud.	una persona y las circunstancias de vida relacionadas con ella.	desempeño de un miembro de la familia que cuida a un niño a adulto dependiente.	programas de una comunidad para eliminar o reducir los riesgos sanitarios y aumentar la resistencia comunitaria a las amenazas sanitarias.
	Líquidos y electrolitos: resultados que describen el estado hidroelectrolítico de una persona	Adaptación psicosocial Resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de una persona a la alteración de la salud o de las circunstancias de la vida.	Creencias sobre la salud Resultados que describen las ideas y percepciones de una persona que influye en la conducta de la salud. Conocimientos sobre salud Resultados que describen la comprensión de una persona a la hora de aplicar la	Satisfacción con los cuidados Resultados que describen percepciones de una persona de la calidad y la adecuación de la asistencia sanitaria. Sintomatología Resultados que	Estado de salud de los miembros de la familia Resultados que describen la salud física, psicológica social y espiritual de un miembro de la familia. Bienestar familiar	Bienestar comunitario Resultados que describen el estado global de salud y la competencia social de una población o
	Digestión y Nutrición: Resultados que describen los patrones digestivos y nutricionales de una persona					



			información para promover, mantener o restablecer la salud.	describen los indicios de una enfermedad, lesión o pérdida en una persona.	Resultados que describen el entorno familiar, el estado de salud global y la competencia social de la familia como unidad. Ser padre	comunidad.
Respuesta terapéutica						
Resultados que describen una reacción sistemática de una persona a un tratamiento, agente o método sanitario.			Control de riesgos y seguridad: Resultados que describen el estado de seguridad de una persona y/o las acciones para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud		Resultados que describen conductas de los padres que fomentan el crecimiento y desarrollo óptimo de su hijo.	
Integridad tisular: Resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una person						

Fuente: Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona, España, 4ta edición, ed. Elsevier 2009 (pág. 131)



XI. BIBLIOGRAFÍA:

1. D.S 004 – 2002 – SA Apuesto vigente de la ley del enfermero Peruano – Art. 9 donde se da la ley de Enfermería
2. Fundación Para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería (FUNCIDEN) Actualización en Enfermería. Metodología PAE disponible en: <http://www.enfermeriaactual.com> (recuperado el 16 de febrero del 2015).
3. NANDA, Internacional ,INC.Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2015 – 2017 Editor T. Hesther, Herdman, PhD, RN. Editorial Elsevier, España 2015.
4. Bulechek, Gloria M., Butcher, Howard K., Dochterman, Joanne M., Wagner, Cheryl M., "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)", 6ta. Ed. Elsevier, Barcelona – España; 2014.
5. Colegio de Enfermeros del Perú, 2008 "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero", Lima-Perú
6. Santiago Valdés Martín, Anabel Gómez Vasallo. Temas de Pediatría. Edt. Ciencias Médicas. L Habana, 2006; 393(RR – 11) : 379 – 380.
<http://www.nlm.nih.gov/>
7. Rosalinda Alfaro Le – fevre: Aplicación del Proceso de enfermería. Guía Práctica. 3ra. Edición. Editorial Harcourt Brace "Apendicitis Aguda " "Apendicetomía y Peritonitis."
8. Hospital Emergencia Pediátrica "Guía de Intervención en pacientes sometidos a Cirugía de Abdomen.
<http://www.hep.gob.pe/.../1367352123GUIA%20INTEGRADA%20DE%20CIRUGIA1A.p>.
9. Fuentes J, Merir J, Isanta C y Col. Factores de riesgo de asma, alergia e hiperactividad bronquial en niños de 6 a 8 años. An. Esp. Pediatr. 2001; 55: 205 – 212.
10. Karen Recalde Ramirez, "Tos Ferina y Coqueluche", Estudiante de Medicina 5° año Publicado el 16 de Octubre de 2015.
<http://www.image.slidesharecdn.com/coqueluche>.
11. Johnson M. Bulechek G. McCloskey J., Maas M., Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC Ed. Mosby – Harcourt. Barcelona 2012.
12. Aida Santos Rivero "Atención de Enfermería en la Convulsión Aguda en niños con Transtorno Neuromotor I" Revista Biomédica Revisada por Pares Medwave Diciembre 2009.
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermería/>
13. Castro F. Urbina O., Manual de Enfermería en Neonatología La Habana. Ed. Ciencias Médicas 2007.
14. Moorhead. S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 5ta. Ed. Elsevier Barcelona - España; 2014.
15. Paul Zimmet, George Albert . " El Síndrome Metabólico en Niños y Adolescentes" Diabetes Voice volumen 52 Numero 4 Diciembre 2007.
http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_569_es.pdf
16. Carrillo Alvarez A. López – Herce Cid J., Sancho Pérez L, Solano García MJ Arritmias. "Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. 3ra. Edición Madrid: Publimed, 2009: 234 – 45.
17. Jaime Forero: Cuidado Intensivo Pediátrico y Neonatal, 2007: 6, 57
18. Lic. Ricardo Izquierdo Medinal y Otros Autores publicado 2008 Conocimiento y actuación de Enfermería en las malformaciones ano rectales del recién nacido.



19. . Dr. Salvador Gonzalo Carrillo Soriano ,Guía aprobada por consenso en el 2º Taller Nacional de Buenas Prácticas Clínicas en Cirugía Pediátrica "MALFORMACIONES ANORECTALES" (Manzanillo, enero del 2012).
20. Roxana Obando Zegarra, Compendio de Guías de Intervenciones y procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres 2006 Oficina General – MINSA.
21. Nicole A. Green. Las infecciones. Meningitis. USA. 2013. [Citado el 06 de febrero de 2016]
22. Piqué C. Meningitis en Pediatría. Published in: Salud y medicina. Chile. 2012.
23. F. Baquero Artigao, R. Vecino López, F. del Castillo Martín. Meningitis bacteriana. Asociación Española de Pediatría. Hospital Infantil La Paz. Madrid, 2007.
24. Hospital María Auxiliadora "Guías de Procedimientos de servicio de Neonatología".27 de Octubre de 2014 San Juan de Miraflores.
<http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-ENFER-2014/GUIA%20DE%20CUIDADOS%20%20DE%20ENF%20UCIP%202012.pdf>

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

Documento Autenticado

SR. HUMBERTO ANDRÉS QUINTO CASTAÑEDA
FEDATARIO

Reg. N° 35

Fecha

30 OCT. 2017