



3º Jornadas Nacionales de Medicina Interna Pediátrica
2º Jornadas Nacionales de Enfermería en Medicina Interna Pediátrica
1º Jornadas de Kinesiología en Medicina Interna Pediátrica
1º Jornadas de Farmacia Pediátrica Hospitalaria
8 al 11 de Agosto de 2012

Enfermería Pediátrica, hoy, aquí y ahora



8 de agosto 2012
09:00 a 10:00 horas

Prof. Lic. Susana C. Marcos
Buenos Aires, Argentina



CONTENIDOS

Reflexiones sobre las competencias de
enfermería para la aplicación de su metodología
como herramienta de calidad para el cuidado
del niño, su familia y comunidad....
.....Hoy, aquí y ahora



Enfermería Pediátrica, hoy, aquí y ahora



- Si bien enfermería tiene una práctica milenaria, el desarrollo de sus teorías ocurrió en épocas recientes, cuando los enfermeros comienzan a discutir las bases de la práctica de la profesión.
- Surge la preocupación de organizar el conocimiento en modelos teóricos y conceptuales.
- La teoría enfermero es una valoración de aspectos de la realidad para describir y explicar las relaciones entre el fenómeno, prevenir sus consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería.



Florence Nightingale

(mayo 1820 /agosto 1910)

- Florence Nightingale, célebre enfermera, escritora y estadística británica, fue una de las pioneras de la enfermería moderna y creadora del **Modelo Conceptual de Enfermería**.
- Pero el desarrollo de las teorías enfermero se inician en los años 60 cuando la enfermería busca definirse como profesión, basada en sus propias teorías, las que están conformadas en general por cuatro conceptos básicos o meta paradigmas:

....la persona, la salud, el ambiente y la enfermería.



La Definición de Enfermería

- “La enfermería abarca **los cuidados**, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas”.

Última actualización de Abril de 2010



RESOLVER LA DESIGUALDAD: DE LAS PRUEBAS A LA ACCIÓN

Día Internacional de la Enfermería (DIE) . 12 de mayo 2012

Carta a los Enfermeros

Estimados compañeros:

- *En nuestra búsqueda de la calidad de los cuidados de salud y del acceso a ellos hemos de utilizar, para prestar los servicios de enfermería, **métodos basados en pruebas.***
- *Hoy, los sistemas de salud en todo el mundo están siendo puestos a prueba por las desigualdades de la calidad y..... por los reducidos recursos financieros. La adopción de decisiones con información deficiente es una de las razones por las que los servicios quizá no llegan a prestarse de manera óptima.*
- *Recurrir a pruebas para que nuestras acciones estén informadas es un modo esencial y realizable de mejorar los resultados del sistema de salud.....*

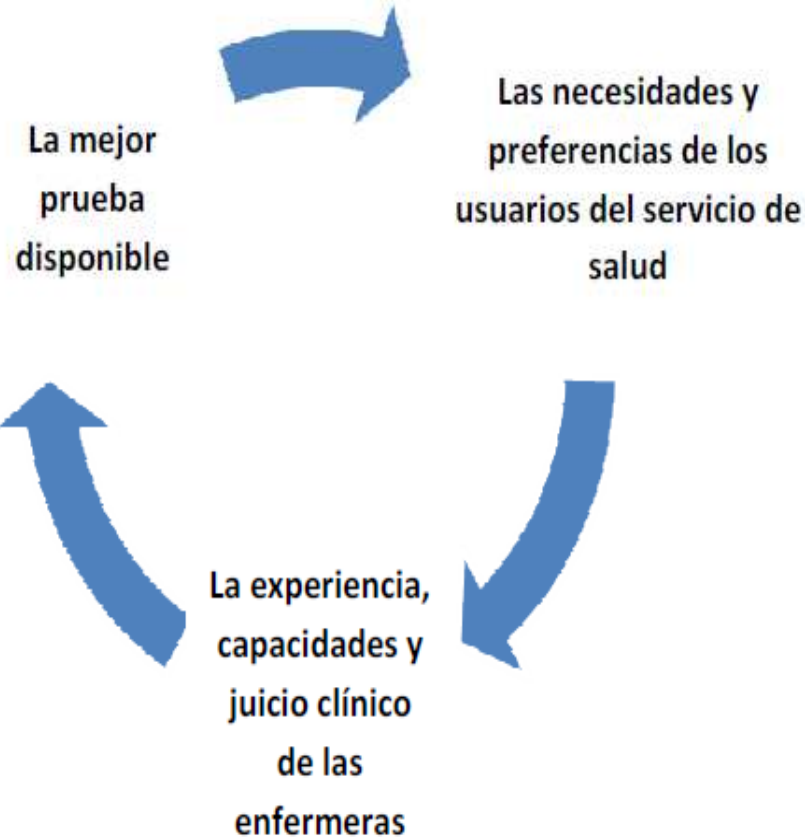
Rosemary Bryant
Presidenta

David C. Benton
Director general



Elementos de la práctica basada en pruebas

Los tres aspectos de la evaluación crítica



Las teorías de enfermería son herramientas de calidad para ser utilizadas por Enfermería , hoy, aquí y ahora.

“Teoría del Autocuidado”
de la Dra. Dorothea Orem



- ✦ **El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo.**
- ✦ Es una conducta.....que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

(D. Orem,2001)

“Teoría de la Adaptación”

Sor Callista Roy -



- ❑ Desarrolló la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en Pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños. (1963)
Las bases teóricas que utilizó fueron :

Teoría de los Sistemas - Teoría Evolucionista

Objetivo del modelo :

Que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución.

El modelo de Roy se centra en la adaptación del hombre, y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global.



“Teoría del Modelo de Promoción de la Salud” de la Dra. Nola J. Pender

“...el objetivo de la enfermería es ayudar a las personas a cuidarse a si mismas”

La Promoción de la Salud propicia el cambio en los paradigmas en salud, N. Pender, identifica a la “Promoción de la Salud” como el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que “la Prevención de la Enfermedad” lo fue del siglo XX.



GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

- La gestión del cuidado gira alrededor del saber enfermero y del **proceso de enfermería** como método para dar visibilidad e identidad a la profesión.
- La **enfermería basada en evidencia** (EBE) es un requisito esencial para nuestra práctica profesional.
- Gestionar el cuidado implica la construcción de **un lenguaje enfermero** y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud.
- Implica **el cuidado** como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos del cuidado.

VII CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA
SIMPOSIO GESTIÓN EN ENFERMERÍA

Sandra Land - Consultor OPS Washington ; José Ruales Consultor OPS Colombia.

Medellín, Octubre 2003



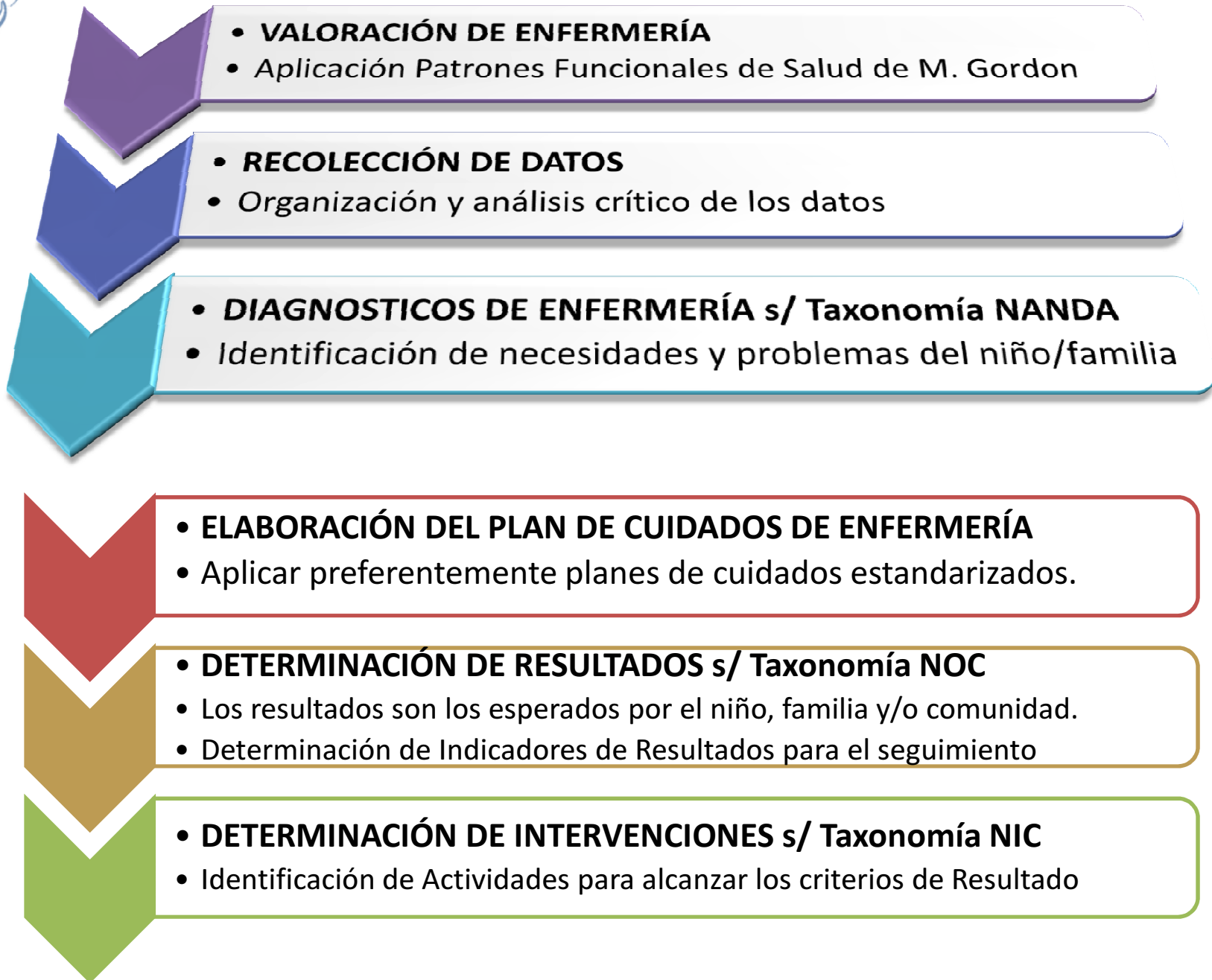
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

... como herramienta de calidad del cuidado de la enfermería pediátrica.

- El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistematizado de identificación y resolución de problemas de salud, dirigido a cubrir necesidades del paciente , sistema familiar y/o comunidad.
- Es una herramienta de trabajo, que permite a Enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.
- La aplicación del PAE, tiene repercusión sobre la persona , la profesión y sobre el enfermero.
- Profesionalmente el PAE define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el usuario es beneficiado ya que se le garantiza la calidad de los cuidados enfermeros.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA





Valoración por Patrones Funcionales de Salud (Dra. Marjory Gordon).

- Se crearon en los años 70, para realizar la valoración de los pacientes; es un método que permite reunir los datos necesarios y contempla al paciente, a su familia y a su entorno de una manera global y holística.

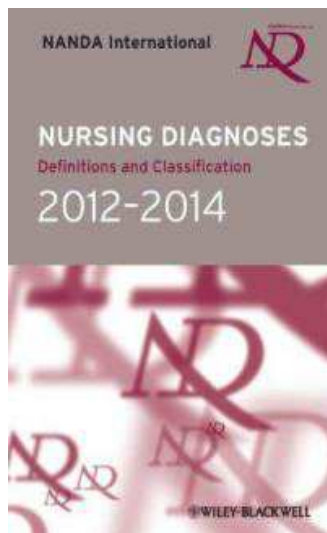
- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores - creencias



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA . Definición

“Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales”.

(NANDA Internacional, 2009)



Esta definición se enfoca en una enfermería que prescribe el tratamiento enfermero y se responsabiliza de la consecución de los resultados (NOC). Hace referencia a intervenciones (NIC) propias, que no requieran prescripción médica para conseguir los resultados.

- ❖ **Taxonomía NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association) Asociación de Diagnósticos de Enfermería de Norte América).
- ❖ **Taxonomía NOC** (Nurse Outcome Clasification) o CRE (Clasificación de Resultados Enfermero)
- ❖ **Taxonomía NIC** (Nurse Intervention Clasification) o CIE (Clasificación de Intervenciones Enfermero)



El Diagnóstico no es del enfermero, el diagnóstico es del niño y su familia.





CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Formato PES

- P** ProblemaEtiqueta Diagnóstica
- E** EtiologíaRelacionada con (R/C)
- S** Signos y síntomasManifestado por (M/P)

PROBLEMA R/C ETIOLOGIA M/P SIGNOS Y SÍNTOMAS

ENUNCIADO EN TRES PARTES

- Intolerancia a la actividad** R/C anemia y M/P ausencia juegos/ cansancio y fatiga
- Exceso de volumen de líquidos** R/C aumento en ingesta de líquidos, M/P aportes superiores a las pérdidas, aumento de peso en corto periodo de tiempo.



DIFERENCIAS ENTRE DIAGNOSTICO ENFERMERO Y MEDICO

Diagnóstico médico

- Describe una enfermedad
- Permanece invariable durante el **proceso** de la enfermedad.
- Susceptible de tratamiento por los médicos, dentro del ámbito de la práctica de la medicina.
- Suele hacer referencia a las alteraciones fisiopatológicas reales del organismo
- En general es aplicable a las enfermedades de los individuos

Diagnóstico de enfermería

- Describe una respuesta humana
- Puede variar a diario a medida que se modifican las reacciones humanas.
- Susceptible de tratamiento por las enfermeras, dentro del ámbito de la práctica de enfermería.
- Suele hacer referencia a la percepción que el paciente tiene de su propio estado de salud
- Puede aplicarse a las alteraciones de los individuos, grupos y comunidad.



PLAN DE CUIDADOS PERSONALIZADO

Para la Sra. Delia, madre de Hugo de 2 años, el niño presenta diarreas a repetición

DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN	CRITERIO DE RESULTADO	INDICADOR	DÍA INGRESO	DÍA ALTA
00099 Mantenimiento inefectivo de la salud r/c afrontamiento individual ineficaz de la madre	5510 Educación sanitaria para conseguir los resultados 4480 Facilitar la Auto-Responsabilidad 5240 Asesoramiento 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 5440 Aumentar el sistema de apoyo	1606 Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria	160608 Utiliza Técnicas de resolución de problemas para conseguir los resultados	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
			160603 Busca información	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Escala de medida 1. Nunca manifestado. 2. Raramente manifestado. 3. A veces manifestado. 4. Frecuentemente manifestado. 5. Siempre demostrado.					



Tabla 2. Diagnósticos de Enfermería y Complicaciones Potenciales: Objetivos, Intervenciones y Resultados

Diagnósticos de Enfermería	Objetivos	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Resultados enfermeros (NOC)
00146 Ansiedad de los padres RC percepción de amenaza en el estado de salud del niño MP signos que denotan nerviosismo y preocupación, voz temblorosa, expresión facial de tensión y manifestaciones de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales	Los padres de David verbalizarán haber aumentado su sensación de control de la situación, mejorando su puntuación (NOC 130203) de 2 a 4 en el plazo de 24 h.	<p>5230 Aumentar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos respecto a su hijo enfermo. • Escucha activa • Información preparatoria: sensorial • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Potenciación de la seguridad • Fomentar la implicación familiar. • Facilitar las salidas constructivas a los problemas. • Ayudar a los padres a buscar respuestas positivas. 	<p>1302 Afrontamiento de problemas</p> <p>INDICADORES*:</p> <p>130203 Verbaliza sensación de control</p> <p>130210 Adopta conductas para reducir el estrés</p> <p>130212 Utiliza estrategias de superación efectivas</p>
00155 Riesgo de caídas SA presencia de factores de riesgo (ubicación del enfermo)	Minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas, manteniendo su puntuación (NOC 190903) por encima de 4 durante el ingreso en la unidad	<p>6610 Identificación de riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar las actividades de disminución de riesgos • Determinar los recursos disponibles para disminuir los factores de riesgo. <p>6490 Prevención de caídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bloquear las ruedas de la cama, camillas u otros dispositivos en la transferencia del paciente. • Utilizar la técnica adecuada para trasladar, movilizar o incorporar al paciente. • Utilizar dispositivos de sujeción que limiten la posibilidad de movimientos inseguros, si está indicado. • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar 	<p>1909 Conducta de prevención de caídas</p> <p>INDICADORES*:</p> <p>190903 Colocación de barreras para prevenir caídas.</p>



Conducta desorganizada del lactante 00115



La persona manifiesta

CARACT. DEFINITORIAS
Llanto incontrolado
Agitación psicomotriz

Posibles causas

FACTORES RELACIONADOS
Procedimientos invasivos
Pautas en el proceso quirúrgico
Separación de los padres

Identificable por

Noc 1301: Adaptación del niño a la hospitalización

INDICADORES
130101 Agitación*
130110 Responde a la terapia de diversión
130112 Mantenimiento de la relación padres-hijo

Considerar el diagnóstico si:
130101<3; o si 130110 + 130112<6

(para 130110 y 130112)

- 1= Nunca demostrado
- 2= Raramente demostrado
- 3= En ocasiones demostrado
- 4= Frecuentemente demostrado
- 5= Siempre demostrado

(para 130101)

- 5= Nunca demostrado
- 4= Raramente demostrado
- 3= En ocasiones demostrado
- 2= Frecuentemente demostrado
- 1= Siempre demostrado



Intervenciones seleccionadas

6480: Manejo ambiental

ACTIVIDADES
Crear un ambiente seguro para el niño
Acompañar al niño en las actividades realizadas fuera de la unidad
Trasar objetos familiares del hogar
Permitir que la familia/ser querido se queden con él
Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible
Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del niño o la familia.
Establecer medios inmediatos y continuos de llamada a los cuidadores y permitir que el paciente y/o la familia sepan que se le responderá inmediatamente
Mantener temperatura agradable en las estancias
Vigilar las ayunas, por si lleva muchas horas y la intervención o procedimiento terapéutico se retrasa
Controlar los cambios que se van produciendo en el ambiente y repercusión en el estado del niño

5460: Contacto

ACTIVIDADES
Coger al bebé firme y cómodamente
Animar a los padres a tocar al recién nacido o al niño enfermo
Mostrar técnicas tranquilizadoras para el bebé

Otras intervenciones a considerar

- 6650 Vigilancia
- 5340 Presencia
- 5610 Enseñanza prequirúrgica a los padres
- 0840 Cambio de posición
- 6820 Cuidados del lactante
- 1850 Mejorar el sueño





Etiqueta identificativa

Nombre/apellidos:

Nº Hª Clínica:

Habitación/cama:

PCE: PACIENTE DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

Enfermera referente:

00146 Ansiedad r/c: ρ Amenaza de cambio: en el estado de salud 00148 Temor r/c: ρ Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (hospitalización) ρ Falta de familiarización con la experiencia o experiencias ambientales ρ Respuesta aprendida (p. ej., condicionamiento, imitación de otros o identificación con ellos) ρ Origen innato o natural (p. ej., dolor) Código A/R	Fecha				Escala Likert 1: 1: Nunca demostrado 2: Raramente demostrado 3: A veces demostrado 4: Frecuentemente demostrado 5: Siempre demostrado	Escala Likert 2: 1: Siempre demostrado 2: Frecuentemente demostrado 3: A veces demostrado 4: Raramente demostrado 5: Nunca demostrado	Escala Likert 3: 1: 2: 3: 4: 5:
Intervenciones de Enfermería (NIC)					Criterios de resultados (NOC)		
5820 Disminución de la ansiedad					Fecha		
					ρ 1402 Autocontrol de la ansiedad (1) Controla la respuesta de ansiedad		
5270 Apoyo emocional							
5380 Potenciación de la seguridad					ρ 1301 Adaptación del niño a la hospitalización Cooperación en los procedimientos (1)		
5340 Presencia					Miedo (2)		

00126 Conocimientos deficientes: Procedimiento/ttº r/c: ρ Falta de información ρ Mala interpretación de la información ρ Limitación cognitiva ρ Poca familiaridad con los recursos para obtener la información Código A/R	Fecha				Escala Likert 1: 1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Estenso	Escala Likert 2: 1: 2: 3: 4: 5:	Escala Likert 3: 1: 2: 3: 4: 5:
Intervenciones de Enfermería (NIC)					Criterios de resultados (NOC)		
5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento					ρ 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos (1) Descripción del procedimiento terapéutico Explicación del propósito del procedimiento		
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos					ρ 1808 Conocimiento: medicación (1) Descripción de la administración correcta de la medicación		

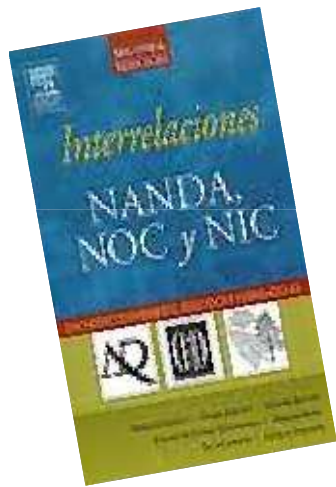
00069 Afrontamiento infeccioso					Escala Likert 1:	Escala Likert 2:	Escala Likert 3:
---------------------------------------	--	--	--	--	-------------------------	-------------------------	-------------------------



VENTAJAS DE UTILIZAR PLANES DE CUIDADO

- Previene la variabilidad de la asistencia.
- Mediante la estandarización de la actividad enfermero se establece un lenguaje común.
- Se establece una metodología homogénea que facilita la identificación de las intervenciones.
- Permite la evaluación de los resultados mediante la incorporación de indicadores con escala de medición.
- Se mejora la práctica enfermero asumiendo recomendaciones basadas en evidencia sobre la base del conocimiento científico.

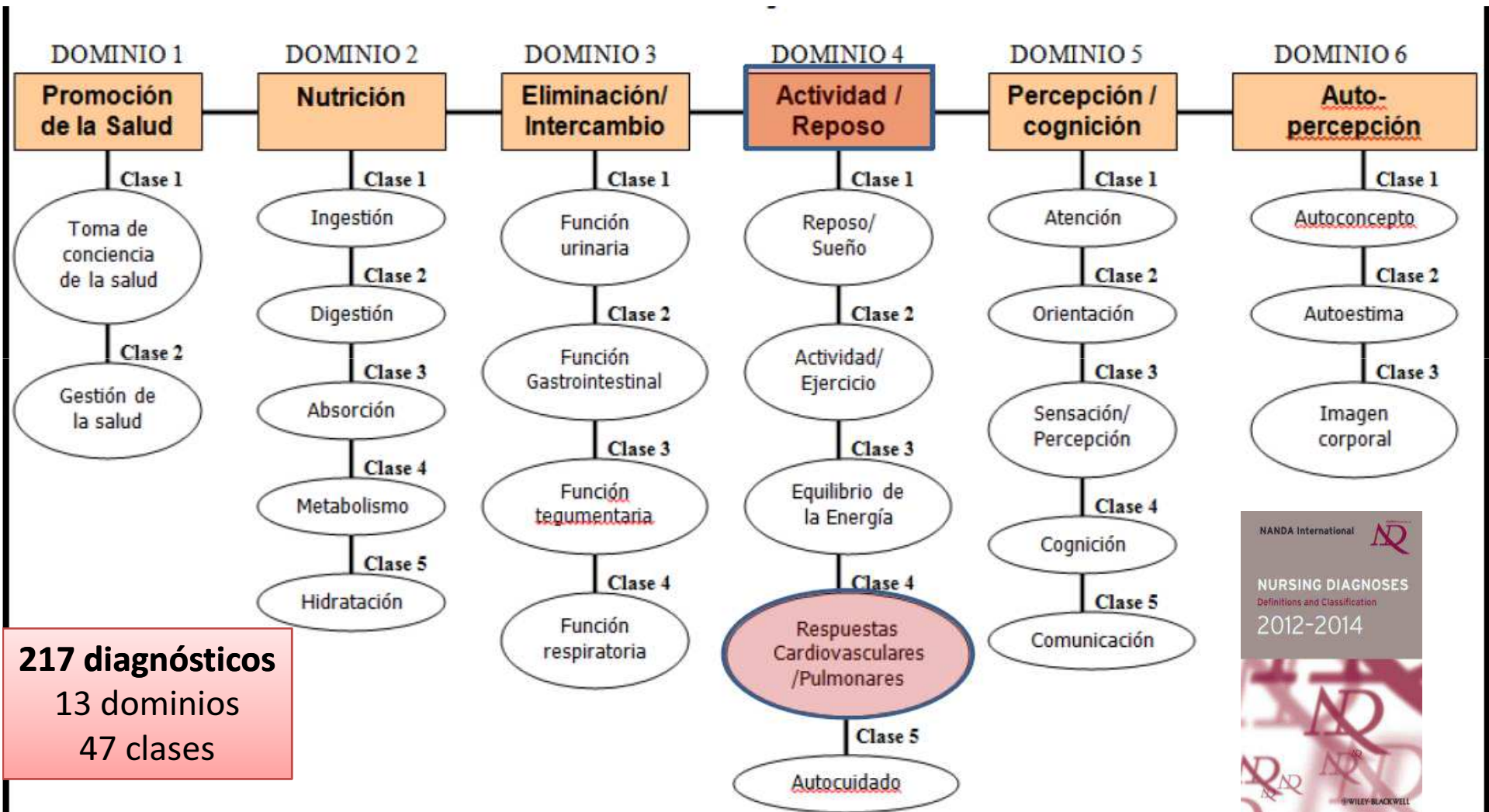
“Sin un lenguaje propio enfermería es invisible” Margory Gordon (2000)



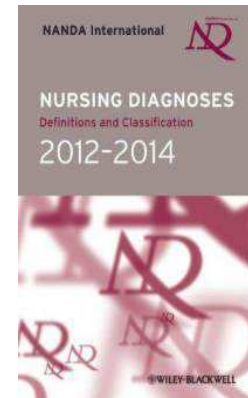
El idioma enfermero del Siglo XXI son las Taxonomías NANDA, NIC y NOC, Interrelacionadas



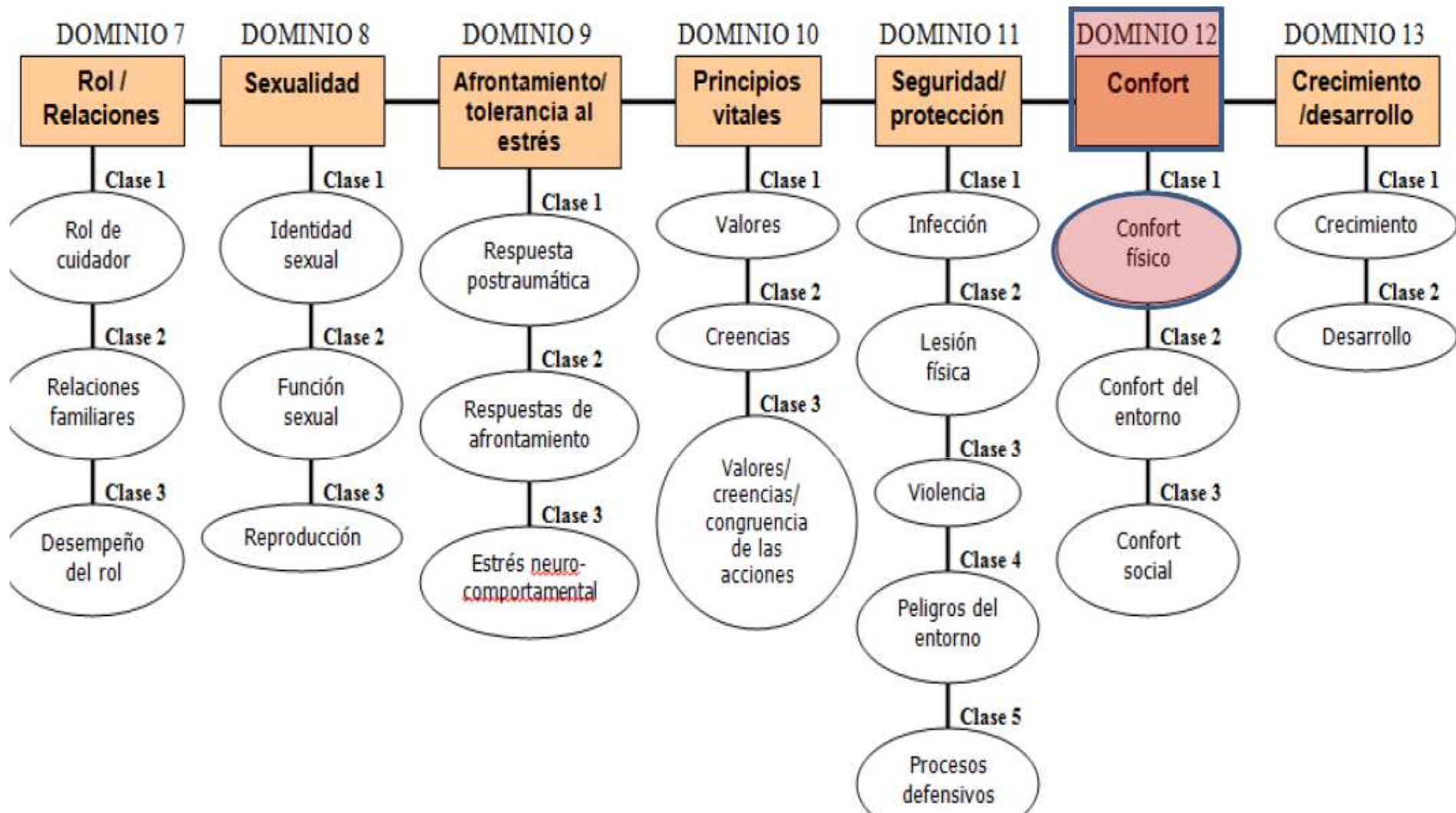
Taxonomía de Diagnósticos NANDA Internacional



217 diagnósticos
 13 dominios
 47 clases



Taxonomía II: Dominios, clases y diagnósticos.



La Taxonomía NANDA es un lenguaje ISO reconocido con:

- ANA (American Nurse Association) - Incluida en el Metatesauro de la National Library of Medicine
- Está modelado en SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms)
- US Department of Health and Human Service -United Kingdom's National Health Service
- Esta registrada con Health Level Seven International (HL7 –I)

Taxonomía de criterios de Resultados NOC

DOMINIO	I	II	III	IV	V	VI	VII
	Salud Funcional	Salud Fisiológica	Salud Psicosocial	Conocimiento y conducta de salud	Salud Percibida	Salud Familiar	Salud Comunitaria
CLASE	A Mantenimiento de la energía	E Cardio-Pulmonar	M Bienestar psicológico	Q Conducta de Salud	U Salud y calidad de vida	W Ejecución del cuidador familiar	b Bienestar comunitario
	B Crecimiento y Desarrollo	F Eliminación	N Adaptación psicosocial	R Creencias sobre Salud	V Sintomatología	X Bienestar familiar	c Protección de la salud comunitaria
	C Movilidad	G Líquidos y electrolitos	O Autocontrol	S Conocimientos sobre Salud	e Satisfacción con los cuidados	Z Estado de salud de los miembros de la familia	
	D Autocuidado	H Respuesta Inmune	P Interacción Social	T Control de Riesgo y seguridad		d Ser Padre	
		I Regulación Metabólica					
		J Neuro-Cognitiva					
		K Nutrición					
		L Integridad Tisular					
		Y Función Sensitiva					
		a Respuesta Terapéutica					

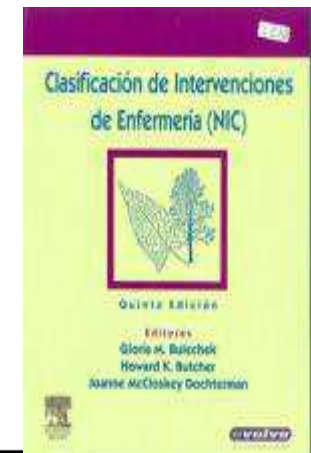
385 resultados



Selección de intervenciones (NIC)

	1	2	3	4	5	6	7
DOMINIO	Fisiológico Básico	Fisiológico complejo	Conductual	Seguridad	Familia	Sistema Sanitario	Comunidad
CLASE	A Control de actividad ejercicio	G Control de electrolitos y ácido base	O Terapia conductual	U Control en casos de crisis	W Cuidados de un nuevo bebé	Y Medicación del sistema sanitario	c Fomento de la salud de la comunidad
B Control de la eliminación	H Control de fármacos	P Terapia cognitiva	V Control de riesgos		X Cuidados de la vida	a Gestión del sistema sanitario	d Control de riesgos de la comunidad
C Control de la inmovilidad	I Control neurológico	Q Potenciación de la comunicación			Z Cuidados de crianza de un nuevo bebé	b Control de la información	
D Apoyo nutricional	J Cuidados perio-peratorios	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles					
E Fomento de la comodidad física	K Control respiratorio	S Educación de los pacientes					
F Facilitación de los autocuidados	L Control de la piel heridas	T Fomento de la comodidad psicológica					
	M Termo-regulación						
	N Control de la perfusión tisular						

**542 Intervenciones
+ 12000 Actividades**



¿por qué no está en general institucionalizada la aplicación de la Metodología Enfermero?

La respuesta más frecuente es por falta de tiempo
...será que....

- ***“Estamos tan ocupados llevando a cabo lo urgente, que no tenemos tiempo para hacer lo importante”.***

Confucio



INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN MÉXICO

Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) con *criterios unificados y homogéneos.*



Promover la implementación de planes de atención de enfermería, en las 26.000 unidades médicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de estandarizar los cuidados de enfermería que abarca un plantel de más de 230.000 enfermeros.

Los Hospitales Mexicanos podrán certificar como seguros si aplican PLACE.

CATALOGO NACIONAL 1ª

edición PLACE CPE



GOBIERNO
FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Catálogo Nacional de "Planes de Cuidados de Enfermería"

Mtra. Juana Jiménez Sánchez

Directora de Enfermería de la de la DGCEs, Secretaría de Salud.
Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería,

Mtra. María Elena Galindo Becerra

Subdirectora d Evaluación de los Servicios de Enfermería de la Dirección de Enfermería DGCEs
Secretaría Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería.

Lic. Enf. María de Jesús Posos González

Coordinadora Normativa de la de la Dirección de Enfermería DGCEs.

PLACE MÉXICO

formato

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Dominio:

Clase:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

ETIQUETA (Problema) (p):

FACTORES RELACIONADOS (Causas) (E):

1

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y síntomas):

RESULTADO (NOC)

INDICADOR

ESCALA DE MEDICION

NIVEL DESEABLE

Mantener a:

Aumentar a:

2

INTERVENCIÓN (NIC):

INTERVENCIÓN (NIC):

ACTIVIDADES

ACTIVIDADES

3

OTRAS INTERVENCIONES
SUGERIDAS (NIC):

Riesgo de Infección (1)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: SEGURIDAD Y PROTECCION

Dominio: Seguridad/protección

Clase: 1 Infección

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	NIVEL DESEABLE
ETIQUETA (Problema) (p): Riesgo de Infección FACTORES DE RIESGO (R): Enfermedades crónicas Alteración de las defensas primarias Alteración de las defensas secundarias Exposición a agentes patógenos Inmunosupresión Procedimientos invasivos Traumatismo Destrucción tisular Desnutrición Deficiencia de conocimientos	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Lesiones cutáneas Lesiones membrana mucosa Descamación cutánea Raspado cutáneo Eritema Palidez Necrosis Induración	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a: 25 Aumentar a: 35
		Temperatura Sensibilidad Hidratación Elasticidad Piel intacta	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Mantener a: 15 Aumentar a: 20

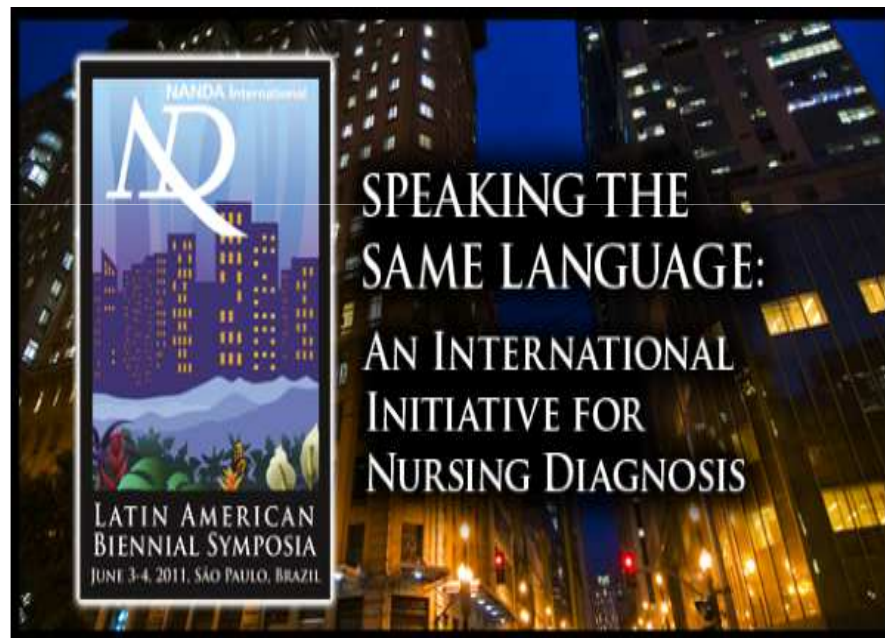
INTERVENCIÓN (NIC): Protección contra las infecciones

INTERVENCIÓN (NIC): Control de infecciones

ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. • Precauciones universales. • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. • Realizar técnicas de aislamiento si es preciso. • Aplicar antibióticos, si esta indicado.

ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Administrar terapia de antibióticos, si procede. • Enseñar al personal encargado del cuidado el lavado de manos apropiado. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. • Poner en práctica precauciones universales. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.

Otras Intervenciones sugeridas:



PROPUESTA PARA PRÓXIMO CONGRESO DE LA NANDA INTERNACIONAL - CANCÚN MEXICO



Gracias por su atención... Susana

susanaclaudiamarcos@gmail.com