



RECIÉN NACIDO SANO



Oscar Javier Cruz Montes de Oca.
Licenciado en Enfermería y Obstetricia.
Especialista en Pediatría.

Marzo / 2013



**CURSO POSTECNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS (PLACES'S)**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Disposición para mejorar el estado de inmunización m/p expresión de deseos de mejorar la conducta para prevenir enfermedades.</u>			Dominio: 1. Promoción de la salud. Clase: 2. Gestión de la salud.	
RESULTADO(S)	CODIGO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
Conocimiento: cuidados de los hijos Dominio: IV. Conocimiento y conducta de salud. Clase: 5. Conocimientos sobre salud	182614	Descripción de la prevención de enfermedades	Ninguno (1) Escaso (2) Moderado (3) Sustancial (4) Extenso (5)	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo de la inmunización/vacunación Campo: 7. Comunidad Clase: c. Fomento de la salud de la comunidad				
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y lista de efectos secundarios (p. ej., hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola y varicela). • Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipo de las inmunizaciones administradas. • Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluyendo la administración simultánea. • Conocer las últimas recomendaciones sobre el uso de las inmunizaciones. • Seguir los cinco principios de administración de medicación. • Administrar inyecciones a los bebés en la parte anterolateral del muslo, cuando proceda. • Documentar la información sobre la vacunación según protocolo del centro (p. ej., fabricante, número de lote, fecha de caducidad). • Informar al paciente acerca de las medidas de alivio útiles después de la administración de fármacos en un niño. • Observar al paciente durante un período determinado después de la administración de la medicación. • Programar las inmunizaciones a intervalos adecuados. • Apoyar un registro nacional para seguir el estado de inmunización. 				
BIBLIOGRAFÍA: 1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008. 2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 3ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.				
Elaboró: L.E.O. Oscar Javier Cruz Montes de Oca. Alumno del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica.				



**CURSO POSTECNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS (PLACES´S)**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar el sueño m/p cantidad de sueño congruente con las necesidades de desarrollo.			Dominio: 4. Actividad / reposo	
			Clase: 1 sueño / reposo	
RESULTADO(S)	CÓDIGO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar
Sueño	000402	Horas de sueño cumplidas	Gravemente comprometido (1)	
Dominio: I. Salud funcional	000403	Patrón del sueño	Sustancialmente comprometido (2)	
Clase: A. Mantenimiento de la energía	000404	Calidad del sueño	Moderadamente comprometido (3)	
			Levemente comprometido (4)	
			No comprometido (5)	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Mejorar el sueño Campo: 1. Fisiológico básico Clase: F. Facilitación de los autocuidados				
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño vigilia del paciente. • Incluir el ciclo regular de sueño/ vigilia del paciente en la planificación de cuidados. • Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. • Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor, molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el Sueño. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición d el estado de vigilia al de sueño. • Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. • Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. • Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. • Proporcionar folle tos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño. 				
BIBLIOGRAFÍA:				
<ol style="list-style-type: none"> 1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008. 2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 3ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 				
Elaboró: L.E.O. Oscar Javier Cruz Montes de Oca. Alumno del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica.				



**CURSO POSTECNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS (PLACES'S)**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Disposición para mejorar los conocimientos m/p interés en el aprendizaje de los cuidados del recién nacido.</u>			Dominio: 5. Percepción / cognición	
			Clase: 4. Cognición	
RESULTADO(S)	CODIGO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar
Conocimiento: cuidados del lactante	181901	Descripción de las características del lactante normal	Ninguno (1) Escaso (2)	
Dominio: IV. Conocimiento y conducta de salud. Clase: 5. Conocimientos sobre salud.	181910	Descripción de la técnica de alimentación del lactante	Moderado (3) Sustancial (4) Extenso (5)	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Cuidados del lactante Campo: 5. Cuidados que apoyan a la unidad familiar.			Clase: Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé	
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el peso y la altura del lactante. • Monitorizar la ingesta y eliminación, si procede. • Cambiar los pañales, si procede. • Dar al lactante alimentos que sean adecuados al nivel de desarrollo. • Mantener las barras laterales de las cunas levantadas cuando no se esté cuidando al bebé. • Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante. • Proporcionar información a los padres acerca del desarrollo y crianza de niños. • Hablar con el lactante mientras se administran los cuidados. • Mecer al lactante para fomentar la seguridad o el sueño. • Animar a los padres a que realicen los cuidados diarios del lactante, si procede. • Aconsejar a los padres a que realicen los cuidados especiales del lactante, si procede. • Reforzar la habilidad de los padres al realizar los cuidados especiales del lactante. • Consolar al lactante cuando experimente ansiedad por separación. • Fomentar las visitas familiares. 				
BIBLIOGRAFÍA:				
<ol style="list-style-type: none"> 1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008. 2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 3ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 				
Elaboró: L.E.O. Oscar Javier Cruz Montes de Oca. Alumno del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica.				



**CURSO POSTECNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS (PLACES´S)**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Lactancia materna eficaz relacionada con edad gestacional mayor de 34 semanas, m/p avidez del lactante por mamar. **Dominio:** 7. Rol / relaciones **Clase:** 3. Desempeño del rol

RESULTADO(S)	CODIGO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA Mantener Aumentar
Establecimiento de la lactancia materna : lactante Dominio: II. Salud fisiológica Clase: K. Nutrición	100002	Sujeción areolar adecuada	Inadecuado (1)	
	100003	Compresión areolar adecuada	Ligeramente adecuado (2)	
	100004	Succión y colocación de la lengua correctamente	Moderadamente adecuado (3)	
	100011	Lactante satisfecho tras la lactación	Sustancialmente adecuado (4) Completamente adecuado (5)	

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Asesoramiento en la lactancia **Campo:** 5. Familia **Clase:** Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé

- Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho.
- Instruir a la madre/ padre acerca de la alimentación del bebé para que pueda realizar una toma de decisión informada.
- Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación de pecho.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación de pecho.
- Determinar el deseo y motivación de la madre para dar de mamar.
- Proporcionar apoyo a las decisiones de la madre.
- Ofrecer a los padres material de educación recomendado, si es necesario.
- Determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación a las necesidades del bebé.
- Monitorizar la habilidad materna al acercar el bebé al pezón.
- Evaluar la forma de succión/ deglución del recién nacido.
- Mostrar la forma de amamantar, si procede.
- Instruir en técnicas de relajación, incluyendo el masaje de los pechos.
- Fomentar que la madre utilice ambos pechos en cada toma.
- Determinar lo adecuado del uso de una bomba de pecho.

BIBLIOGRAFÍA:

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 3ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.

Elaboró: L.E.O. Oscar Javier Cruz Montes de Oca. Alumno del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica.



**CURSO POSTECNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS (PLACES´S)**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Disposición para mejorar el proceso de maternidad m/p demostración de técnicas apropiadas para la alimentación del lactante.</u>			Dominio: 8.Sexualidad	
			Clase: 3: Reproducción	
RESULTADO(S)	CODIGO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar
Dominio: IV. Conocimiento y conducta de salud	180001	Descripción de los beneficios de la lactancia materna.	Ninguno (1)	
	180005	Descripción de la técnica adecuada para amamantar al bebé.	Escaso (2)	
Clase: S. Conocimientos sobre salud	180006	Descripción de la posición adecuada del lactante durante la lactancia	Moderado (3)	
			Sustancial (4)	
			Extenso (5)	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Asesoramiento en la lactancia Campo: 5. Familia Clase: Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé				
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho. • Remitir a los padres acerca de clases o grupos adecuados de alimentación de pecho. • Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimentarias del bebé (sujeción, succión y estado de alerta). • Fomentar maneras de aumentar el descanso, incluyendo la delegación de las tareas hogareñas y las formas de solicitar ayuda. • Enseñar a la madre el crecimiento del bebé para identificar los patrones normales de los bebés alimentados con lactancia materna. • Evaluar lo adecuado de vaciar el pecho con la alimentación. • Demostrar el masaje de los pechos y comentar sus ventajas para aumentar el suministro de leche. • Enseñar a los padres a diferenciar entre el suministro de leche insuficiente percibido y el real. • Fomentar la estimulación del pecho entre tomas si se sospecha que el suministro de leche es bajo. • Monitorizar la integridad de la piel de los pezones. • Recomendar el cuidado de los pezones, si es necesario. • Monitorizar la capacidad de aliviar correctamente la congestión de los pechos. • Evaluar la comprensión de los conductos de leche taponados y la mastitis. • Instruir acerca de los signos de problemas e informar al practicante de cuidados. 				
BIBLIOGRAFÍA:				
<ol style="list-style-type: none"> 1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008. 2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 3ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 				
Elaboró: L.E.O. Oscar Javier Cruz Montes de Oca. Alumno del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica.				



**CURSO POSTECNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS (PLACES´S)**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante m/p adecuada respuesta a estímulos y mediciones fisiológicas estables.</u>			Dominio: 9. Afrontamiento / tolerancia al estrés Clase: 3. Estrés comportamental	
RESULTADO(S)	CÓDIGO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar
Conocimiento: cuidados del lactante	181901	Descripción de las características del lactante normal.	Ninguno (1)	
Dominio: IV. Conocimientos y conducta de salud.	181903	Descripción de la adecuada participación del lactante.	Escaso (2)	
Clase: 5. Conocimientos sobre salud	181920	Descripción de los métodos de estimulación para el lactante	Moderado (3)	
			Sustancial (4)	
			Extenso (5)	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Monitorización del recién nacido			Campo: 5. Familia	Clase: W. Cuidados de un nuevo bebé
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. • Comprobar la frecuencia respiratoria y la forma de respirar. • Observar el estado respiratorio comprobando si hay signos de distrés respiratorio: taquipnea, ensanchamiento nasal, gruñidos, retracciones, ronquidos o estertores. • Observar si hay distrés respiratorio, hipoglucemia y anomalías, en caso de que la madre padezca diabetes. • Monitorizar el ritmo cardíaco del recién nacido. • Observar el color del recién nacido. • Observar si hay signos de hiperbilirrubinemia. • Comprobar la capacidad de succión del bebé. • Observar la primera alimentación del recién nacido. • Vigilar el peso del recién nacido. • Mantener un registro preciso de ingesta y eliminaciones. • Registrar la primera deposición y el primer movimiento intestinal del recién nacido. • Observar el cordón umbilical. 				
BIBLIOGRAFÍA:				
<ol style="list-style-type: none"> 1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008. 2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 3ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 				
Elaboró: L.E.O. Oscar Javier Cruz Montes de Oca. Alumno del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica.				



**CURSO POSTECNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS (PLACES´S)**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, r/c acostar al niño en decúbito prono.</u>			Dominio: 11. Seguridad / protección	
			Clase: 2. Lesión física	
RESULTADO(S)	CÓDIGO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar
Dominio: IV. Conocimiento y conducta de salud. Clase: S. Conocimientos sobre salud	181904	Descripción de la posición adecuada del lactante.	Ninguno (1)	
	181905	Descripción de prácticas para la seguridad del lactante.	Escaso (2)	
	181906	Descripción de la colocación de mantas alrededor del lactante	Moderado (3)	
	181928	Descripción de técnicas de reanimación cardiorrespiratoria infantil	Sustancial (4) Extenso (5)	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Cuidados del recién nacido			Campo: 5. Familia	Clase: W. Cuidados de un nuevo bebé
<ul style="list-style-type: none"> • Poner una manta enrollada en la espalda del bebé para colocarlo de lado. • Colocar al bebé en decúbito lateral o supino después de la alimentación. • Poner al bebé con la cabeza elevada para que eructe. • Comprobar el buen estado del bebé antes de administrar los cuidados. • Mecer al niño para favorecer el sueño y dar sensación de seguridad. 				
BIBLIOGRAFÍA:				
1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008. 2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 3ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.				
Elaboro: L.E.O. Oscar Javier Cruz Montes de Oca. Alumno del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica.				



**CURSO POSTECNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS (PLACES´S)**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c excreciones.</u>			Dominio: 11 seguridad / protección Clase: 2 lesión física	
RESULTADO(S)	CÓDIGO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar
Dominio: II. Salud fisiológica Clase: L. Integridad tisular	110101 110102 110108 110109 110113	Temperatura de la piel Sensibilidad Textura Grosor Piel intacta	Gravemente comprometido (1). Sustancialmente comprometido (2). Moderadamente comprometido (3). Levemente comprometido (4). No comprometido (5).	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Prevención de úlceras por presión			Campo: 4. Seguridad.	Clase: V. Control de riesgos.
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras de presión, según protocolo del centro. • Documentar cualquier incidencia anterior de formación de úlceras por presión. • Documentar el peso y los cambios de peso. • Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. • Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede. • Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos. • Humedecer la piel seca, intacta. • Vigilar las fuentes de presión y de fricción. 				
BIBLIOGRAFÍA:				
<ol style="list-style-type: none"> 1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008. 2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 3ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 				
Elaboró: L.E.O. Oscar Javier Cruz Montes de Oca. Alumno del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica.				



**CURSO POSTECNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS (PLACES´S)**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Riesgo de caídas r/c sexo masculino menor de 1 D año.</u>			Dominio: 11 seguridad / protección Clase: 2 lesión física	
RESULTADO(S) Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (T)	CODIGO(S) 190903	INDICADOR(ES) Colocación de barreras para prevenir caídas.	ESCALAS DE MEDICIÓN Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)	PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Prevención de caídas. Campo: 4. Seguridad. Clase: V. Prevención de caídas.				
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas. • Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso. • Disponer un (“tope de protección” en las cunas de hospital de pacientes pediátricos que puedan subirse a barandillas elevadas, si procede. 				
BIBLIOGRAFÍA:				
1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008. 2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 3ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.				
Elaboró: L.E.O. Oscar Javier Cruz Montes de Oca. Alumno del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica.				



**CURSO POSTECNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS (PLACES´S)**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: <u>Disposición para mejor el confort r/c expresión de deseos para mejorar el confort</u>			Dominio: 12. Confort Clase: 1 confort físico	
RESULTADO(S) Satisfacción del paciente / usuario: cuidado físico Dominio: V. Salud percibida. Clase: e. Satisfacción de los cuidados.	CODIGO(S) 300614	INDICADOR(ES) Ayuda en el mantenimiento del confort	ESCALAS DE MEDICIÓN No del todo satisfecho (1) Algo satisfecho (2) Moderadamente satisfecho (3) Muy satisfecho (4) Completamente satisfecho (5)	PUNTUACIÓN DIANA Mantener Aumentar
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Manejo ambiental: confort Campo: 1. Fisiológico básico Clase: E. Fomento de la comodidad física				
<ul style="list-style-type: none"> • Limitar las visitas. • Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo. • Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. • Proporcionar una cama limpia, cómoda. • Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible. • Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso. • Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos. • Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible. • Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal). • Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorosa del cuerpo). • Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. • Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes 				
BIBLIOGRAFÍA:				
<ol style="list-style-type: none"> 1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008. 2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 3ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005. 				
Elaboró: L.E.O. Oscar Javier Cruz Montes de Oca. Alumno del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica.				

