

GUÍA BASADA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE POSTQUIRÚRGICO INMEDIATO Y CAPACITACIÓN A LAS ENFERMERAS, EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN.



MARGARITA MOROCHO

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

TABLA DE CONTENIDO	2
PRESENTACIÓN	3
OBJETIVOS	4
FUNDAMENTO TEÓRICA	5
Proceso de atención de enfermería (PAE)	5
Las ventajas del proceso de atención de enfermería (PAE)	5
Las características del proceso de atención de enfermería (PAE)	6
Tipos de datos a recoger	7
Diagnóstico de la enfermera	8
Los pasos de esta fase son:	9
Postquirúrgico	10
Objetivos	10
Postoperatorio inmediato	11
Post operatorio mediato	12
Postoperatorio tardío	13
Desarrollo de la	16
Guía	16
BIBLIOGRAFÍA	¡Error! Marcador no definido.



PRESENTACIÓN

Es evidente el profundo cambio que la enfermería está teniendo en los últimos años, cambio que genera el crecimiento como ciencia, replanteando sus ideas fundamentales, desde lo metodológico, para un lenguaje coherente en su saber y su hacer; y la necesidad de definir un ámbito de actuación propio y con el que se identifique la aportación específica de la enfermería a los cuidados de salud.

La enfermería en unidades quirúrgicas no debe ser ajena a este cambio; tradicionalmente se ha seguido un modelo de trabajo que no ha dado solución a las respuestas humanas del paciente quirúrgico, realizando tareas delegadas, basada en la rutina y la ambigüedad, olvidando que la esencia de la enfermería en la unidad quirúrgica es, como en cualquier otro ámbito, cuidar. El hecho de atender a personas en situaciones de riesgo vital no exime al profesional de la obligación de prestar cuidados individualizados encaminados no solo a resolver los problemas físicos, sino también los derivados de sus emociones y seguridad y en definitiva a ofrecer una atención integral a los usuarios.

La presente guía es de gran importancia para el personal del Hospital General Macas es una herramienta para lograr una atención de calidad ya que la aplicación del Proceso de Enfermería en el paciente post quirúrgicos requiere de conocimientos, habilidades intelectuales y actitudes que permitan su aplicación sistemática y orientada a fines específicos, para lo cual es esenciales identificar las necesidades de los pacientes en postquirúrgico inmediato y las características laborales de la enfermeras en el desempeño en cada una de las fases del PAE



OBJETIVOS

- Propiciar la toma de conciencia en las enfermeras sobre la importancia del cuidado del paciente post quirúrgico para una actuación con criterio lógico y científico.
- Describir los aspectos generales del proceso de atención de enfermería
- Facilitar a las enfermeras una Guía basada en el Proceso de atención de enfermería para la asistencia a los pacientes en postquirúrgico inmediato



Fuente: Hospital General Macas



FUNDAMENTO TEÓRICA

1. El Proceso de atención de enfermería (PAE)

El desarrollo del Proceso de Atención se inicia desde mitad del siglo XX y ha tenido cambios a lo largo del tiempo. En la actualidad, si bien aún se está construyendo el camino, se va consolidando como una metodología sistemática, racional y estructurada con cinco fases interrelacionadas – valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación- que dan cuenta de la aplicación del método científico para abordar las situaciones y problemas propios del cuidado de enfermería en personas sanas o enfermas.

1.1. Las ventajas del proceso de atención de enfermería (PAE)

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. (Bulechek, 2009).

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.



- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

1.2. Las características del proceso de atención de enfermería (PAE)

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. (Murray, 1996).

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente. (Potter, 2003).

En la recogida de datos necesitamos:



- Conocimientos científicos (anatomía , fisiología , etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones)
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas)
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora
- Sentido común
- Flexibilidad.

1.3. Tipos de datos a recoger

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado, las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. (Moorhead, Sue, 2009).

Los tipos de datos:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- **Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)
- **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- **Datos actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual.



Diagnóstico de la enfermera

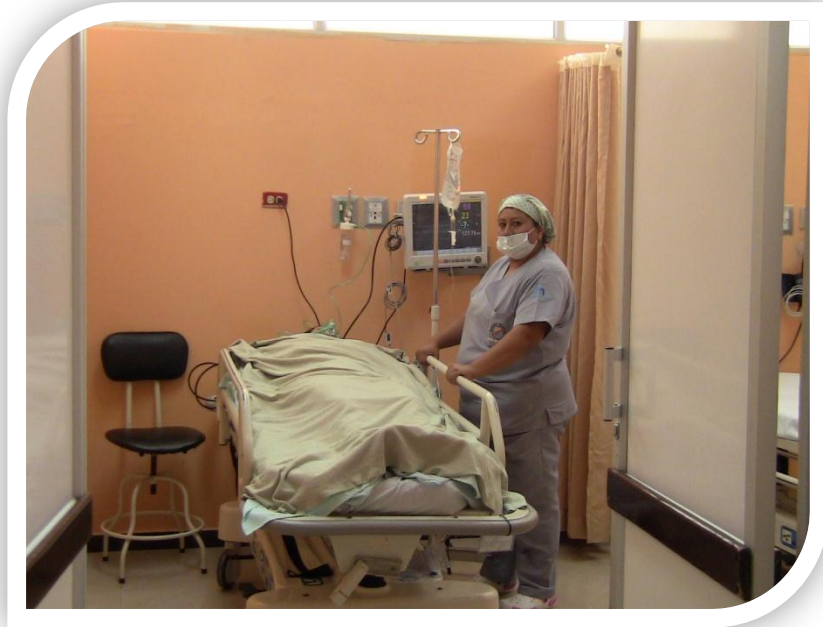
El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la que realizan otros miembros del equipo de salud. Ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes pues permite tener conocimientos concretos de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de un médico, si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y



que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales, son los Diagnósticos de Enfermería.



Fuente: Hospital General Macas

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

2. Proceso de atención de enfermería en el Paciente Postquirúrgico



El paciente designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": el paciente es, pues, una persona que es curada, el término paciente se puede declinar de varias maneras. Se le llama "sujeto" en las investigaciones, los anglosajones hablan más a menudo de "clientes", una nueva terminología está tomando importancia progresivamente: "atiente", esta palabra sería la contracción de "acción" y de "paciente", se utiliza para hablar de personas que practican la automedicación.

Postquirúrgico

Es el periodo que transcurre entre el final de una operación y la recuperación del paciente o la recuperación parcial del mismo.

Objetivos

Los objetivos de la atención de enfermería en el postquirúrgico estarán dirigidos a establecer el equilibrio fisiológico del paciente y la prevención de complicaciones, la valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudarán al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez, seguridad y comodidad como sea posible.





Fuente: Hospital General Macas

Postoperatorio inmediato

Suele durar entre 2 y 4 horas, tiene lugar en la unidad de recuperación, post anestésica (URPA), desde que el paciente sale de quirófano hasta que se estabiliza su estado y se recupera totalmente del estrés de la anestesia y la cirugía.

Un paciente recién operado es trasladado a la URPA (Unidad de Recuperación Post Anestesia) para estabilizarse y despertarse, recuperándose de los efectos residuales de los anestésicos, los enfermos pasarán en la URPA entre 30 minutos y algunas horas.

El paciente requiere monitorización y valoración continua, estableciendo controles cada 10 minutos al principio y cada hora una vez estabilizado, registrando todos los datos en su historia clínica, nos informaremos de:

- Estado de salud basal preoperatorio
- Tipo de anestesia y duración de la misma
- Tipo de cirugía
- Fármacos administrados



- Localización de las punciones venosas

Los principales objetivos de enfermería en el postoperatorio inmediato son:

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea
- Diagnosticar y tratar todas las posibles complicaciones
- Garantizar la seguridad del paciente estabilizar las constantes vitales
Disipar la anestesia residual Proporcionar alivio del dolor
- Tranquilizar emocionalmente al enfermo y reducir su ansiedad

Para ello, realizaremos valoración de: Nivel de conciencia

- Ventilación y permeabilidad de la vía aérea
- Monitorización de T.A., F.C., pulsioximetría
- Constantes vitales: F.R., T^a

- Valoración de la herida, apósitos, vendajes, drenajes etc. Valoración de la piel y mucosas
- Balance hídrico
- Peristaltismo y ruidos abdominales
- Pérdidas hemáticas
- Transfusiones sanguíneas y fluido terapia
- Diuresis
- Grado de actividad motora y nivel de sensibilidad postquirúrgico

Post operatorio mediato

Es el tiempo comprendido desde la terminación del periodo anterior hasta el T7. La evolución del paciente en esta etapa se realiza en la sala contigua al área del postoperatorio inmediato, exceptuándose aquellos casos en los



que por condiciones particulares en su evolución se requiere prolongar el tiempo de seguimiento en el área anterior.

Postoperatorio tardío

Es la fase de resolución y curación. Tiene lugar en una unidad de hospitalización o de cuidados especiales, en esta fase se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas, y los desequilibrios asociados a la cirugía, la anestesia y la curación.

En la segunda fase del postoperatorio se resolverán las alteraciones fisiológicas y psicológicas y los desequilibrios asociados a la cirugía, a la anestesia y a la curación.

El papel de la enfermera aquí es fundamental. El control del dolor postoperatorio, la prevención de las náuseas o del mareo, la vigilancia de la herida operatoria y la recuperación de la micción espontánea, así como la resolución de otras posibles alteraciones fisiológicas y emocionales asociadas como estreñimiento e insomnio, son claves para confirmar la recuperación antes del alta. Se controlan las constantes vitales cada hora, se procede a iniciar el levantamiento y la ingesta, a retirar los fluidos intravenosos, todo ello en dependencia del tipo de anestesia utilizada.

El estreñimiento y el insomnio son factores a tener en cuenta muy importantes, el estreñimiento está relacionado con la inmovilidad, analgésicos opiáceos y otros fármacos, deshidratación, falta de privacidad, herida en la musculatura abdominal o manipulación de vísceras abdominales durante la cirugía. La enfermera debe conseguir que el paciente recupere su patrón de defecación normal, lo cual podrá evidenciarse por: la reaparición de los ruidos intestinales dentro de las 48-72 h siguientes a la mayoría de las cirugías, ausencia de distensión



abdominal o de sensación de volumen, y eliminación de heces blandas bien formadas.

MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados.

Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.



Fuente: Hospital General Macas

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial. Uno de los modelos de cuidados



que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson.

Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.



Desarrollo de la Guía del proceso de atención de enfermería en el postquirúrgico inmediato para el Hospital de MACAS



Fuente: Hospital General Macas



ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO EN EL POSTQUIRÚRGICO INMEDIATO DEL HOSPITAL DE MACAS.

Valoración

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes. Esto quiere decir que la valoración enfermera es:

- Un "proceso". Constituye la primera fase del proceso enfermero.
- "Planificada". Está pensada, no es improvisada.
- "Sistemática". Requiere un método para su realización.
- "Continua". Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.

"Deliberada". Precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza

Diagnóstico

El diagnóstico de enfermería describe un tipo específico de los problemas que se identifican. No se describen todos los problemas ya que su utilización no define su rol particular. El diagnóstico de enfermería se define, así:

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado que describe la respuesta humana (estado de salud o alteración real o potencial de un patrón de



interacción) de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede disponer las intervenciones de enfermería definitivas para mantener el estado de salud o para reducir, eliminar o prevenir alteraciones.

Cuando un (a) enfermero (a) anota un diagnóstico de enfermería, alerta a otros a buscar la valoración de datos adicionales que confirmen dicho diagnóstico.

COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO:

Etiqueta: proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de clases relacionadas. Puede, incluir calificativos (angustia, agudo, alterado, crónico, deficiente, disfuncional, potencial de mejora)

Definición: proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias: claves inferencias, observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. Aparecen en los diagnósticos reales o de salud.

Factores relacionados: condiciones y/o circunstancias que contribuyen al desarrollo/mantenimiento de un diagnóstico enfermero (a).

Factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.

Ejemplos:

- Dolor asociado a:



- Ansiedad relacionada con...
- Capacidad alterada para...
- Alteración en la o el ...
- Propensión a procesos infecciosos relacionados con...
- Propensión a lesiones relacionadas con...
- Alteración con/en...

Planificación

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería.

Los objetivos indican lo que será capaz de hacer la persona cuidada como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional puede ayudar al paciente a conseguir los objetivos o resultados esperados.

Ejecución

Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.



1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.



Fuente: Hospital General Macas

2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.

3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.



La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Mantener al día sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de intervenciones con seguridad y efectividad.
2. Realizar las intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados.
3. Llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica.

Evaluación

Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva

La evaluación consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo.



Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.

2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.

3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidad

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTES EN LA SALA DE RECUPERACION

Modelo de diagnósticos de enfermería expectativas y acciones de enfermería EN EL HOSPITAL GENERAL	Nombre del Paciente	Historia Clínica	Edad	Sexo
---	---------------------	------------------	------	------



MACAS"				
	DIAGNOSTICOS (NANDA)	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADOS (NOC)	FECHA
				HORA
	<p>(00039) Riesgo de aspiración R/C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intubación endotraqueal. • Administración de medicamentos. 	<p>1570 Manejo del vómito.</p> <p>3200 Precauciones para evitar la aspiración.</p>	<p>0403 Estado respiratorio: ventilación.</p> <p>Escala: Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida.</p> <p>Indicadores</p> <p>(040301)Frecuencia respiratoria en el rango esperado ERE. (040302)Ritmo respiratoria ERE. (040304)Expansión torácica simétrica. (040319)Ruidos respiratorios a la auscultación ERE. 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. Escala: Comprometido: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometido. (041004)Frecuencia respiratoria en el rango esperado ERE. (041005)Ritmo respiratorio ERE. (041107)Ausencia de ruidos respiratorios patológicos.</p> <p>0912 Estado neurológico: conciencia.</p> <p>Escala: Comprometido: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometido. (091201)Abre los ojos con estímulos externos.</p>	



			(091203) Comunicación apropiada a la situación. (091204) Obedece órdenes. (091205) Respuestas motoras a estímulos nocivos.	
2	(00039) Riesgo de sangrado R/C • Efectos secundarios del tratamiento quirúrgico.	3660 Cuidados de las heridas. 4010 Prevención de hemorragia. 4130 Monitorización de líquidos. 4180 Manejo de la hipovolemia.	0413 Severidad de la pérdida de sangre. Escala: Grave / Sustancial / Moderado / Ligero / Ninguno. (041301) Pérdida sanguínea visible. (041308) Hemorragia postoperatoria. (041309) Disminución de la presión arterial sistólica. (041310) Disminución de la presión arterial diastólica. (041312) Pérdida de calor corporal. (041316) Disminución de la hemoglobina (Hgb). (041317) Disminución del hematocrito (Hct).	
3	(00087) Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C • Alteraciones sensitivo-perceptuales debidas a la anestesia. • Inmovilización.	3540 Prevención de las úlceras por presión. 3590 Vigilancia de la piel. 6482 Manejo ambiental: confort. 6486 Manejo ambiental: seguridad. 6654 Vigilancia: seguridad.	0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. Escala: Intensa / Sustancial / Moderada / Ligera / Ninguna. (020401) Úlceras de presión. (020419) Congestión pulmonar. 1913 Estado de seguridad: lesión física. Escala: Grave / Sustancial / Moderado / Ligero / Ninguno. (191301) Abrasiones cutáneas. (191303) Laceraciones. (191304) Quemaduras.	
4	(00004) Riesgo de infección R/C • Procedimientos invasivos. • Defensas primarias inadecuadas por	3160 Aspiración de las vías aéreas. 3340 Cuidados del sitio de incisión. 3350 Monitorización	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Escala: Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida.	



	<p>rotura de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos. 	<p>respiratoria.</p> <p>3590 Vigilancia de la piel.</p> <p>3660 Cuidados de las heridas.</p> <p>6540 Control de infecciones.</p> <p>6550 Protección contra las infecciones.</p>	<p>Indicadores</p> <p>(110101) Temperatura tisular ERE. (110104) Hidratación ERE. (110106) Transpiración ERE. (110107) Coloración ERE. (110111) Perfusión tisular. 0802 Estado de los signos vitales.</p> <p>Escala: Desviación para el rango esperado: Extrema / Sustancial / Moderada / Leve / Sin desviación</p> <p>Indicadores</p> <p>(080201) Temperatura. (080202) Frecuencia del pulso apical. (080204) Frecuencia respiratoria. (080205) Presión arterial sistólica. (080206) Presión arterial diastólica.</p>	
	NOMBRE Y FUNCION		Firma del Enfermera/o	

PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: CESÁREA



DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Malestar. • Dolor. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Limitación de la amplitud de movimientos • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas. • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas. 	<ul style="list-style-type: none"> - 0208. Movilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - 1400 Manejo del dolor. - 0221 Terapia de ejercicios: ambulación. - 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene - 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal - 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación - 5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito
00106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos básicos sobre la lactancia materna. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante. - 1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre. 	<ul style="list-style-type: none"> - 5244 Asesoramiento de la lactancia.
00161. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Explica su conocimiento del tema. • Manifiesta interés en el aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1818 Conocimiento: salud materna en el puerperio. - 1819 Conocimiento: cuidados del lactante. - 1800 Conocimiento: lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> - 5568 Educación paterna: niño. - 6930 Cuidados posparto. - 1054 Ayuda en la lactancia materna. - 7370 Planificación del alta.
COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)	
	<ul style="list-style-type: none"> - 1876 Cuidados del catéter urinario. - 3440 Cuidados del sitio de incisión. - 6880 Cuidados del recién nacido. - 6890 Monitorización del recién nacido. - 6890 Cuidados posparto – 1020 Etapas en la dieta. - 7680 Ayuda en la exploración. - 1400 Manejo del dolor. 	
REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)	



	<ul style="list-style-type: none"> - 2304 Administración de medicación: oral - 2314 Administración de medicación: intravenosa (IV) - 4200 Terapia intravenosa (IV). - 1876 Cuidados del catéter urinario. - 3440 Cuidados del sitio de incisión.
--	---

ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 7310 Cuidados de enfermería al ingreso - 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene - 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal - 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. - 6880 Cuidados del recién nacido. - 7370 Planificación del alta.

PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: PARTO VAGINAL.



DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<p>00126 ANSIEDAD</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el estado de salud. • Cambio en el entorno. m/p: • Temor a consecuencias inespecíficas. • Preocupación. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1402 Autocontrol de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> – 5820 Disminución de la ansiedad. – 1850 Mejorar el sueño. 7680 Ayuda en la exploración.
<p>00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malestar. • Dolor. • Disminución de la fuerza muscular. • Disminución del control muscular. • Disminución de la masa muscular. <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitación de la amplitud de movimientos • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas. • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas. 	<ul style="list-style-type: none"> – 2101 Dolor: efectos nocivos. – 0208. Movilidad 	<ul style="list-style-type: none"> – 0221 Terapia de ejercicios: ambulación. 1400 Manejo del dolor. 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
<p>00106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos básicos sobre la lactancia materna. <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante. – 1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre. 	<ul style="list-style-type: none"> – 5244 Asesoramiento de la lactancia.



00161. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Explica su conocimiento del tema. • Manifiesta interés en el aprendizaje. 	–	–	7310 Cuidados de enfermería al ingreso 5568 Educación paterna: niño.
	–	1818 Conocimiento: salud materna en el puerperio. 1819 Conocimiento: cuidados del lactante.	– – – – –

COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> – 1400 Manejo del dolor. – 6650 Vigilancia. – 6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo. – 6880 Cuidados del recién nacido. – 6890 Monitorización del recién nacido. – 6930 Cuidados posparto – 7680 Ayuda en la exploración.

REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)
	– 2304 Administración de medicación: oral

REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	NIC (intervenciones)
	– 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa.

ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> – 7310 Cuidados de enfermería al ingreso – 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene – 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal – 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. – 6880 Cuidados del recién nacido. – 7370 Planificación del alta.



- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- 7310 Cuidados de enfermería al ingreso- 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene- 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal- 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación.- 7370 Planificación del alta. |
|--|---|



PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: APENDICECTOMÍA CON PERITONITIS

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
00004 RIESGO DE INFECCIÓN r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos invasivos 	<ul style="list-style-type: none"> – 0703 Severidad de la infección. 	<ul style="list-style-type: none"> – 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.
00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Malestar. • Dolor. • Disminución de la masa muscular. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras. • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas. • Dificultad para girarse. 	<p style="text-align: center;">0208. Movilidad</p> <p style="text-align: center;">1811. Conocimiento: actividad prescrita</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 0221 Terapia de ejercicios: ambulación 1400 Manejo del dolor 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. 1804. Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación) 5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito.
00126 CONOCIMIENTOS DIFICIENTES r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de exposición. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Verbalización del problema 	<p style="text-align: center;">1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.</p> <p style="text-align: center;">1808 Conocimiento: medicación</p>	<p style="text-align: center;">1870 Cuidado del drenaje.</p> <p style="text-align: center;">5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.</p> <p style="text-align: center;">5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.</p>
00126 ANSIEDAD r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el entorno. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales 	<ul style="list-style-type: none"> – 1301 Adaptación del niño a la hospitalización. 	<p style="text-align: center;">5230 Aumentar el afrontamiento.</p> <p style="text-align: center;">5380 Potenciación de la seguridad.</p>
00015 RIESGO DE		



ESTREÑIMIENTO r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios ambientales recientes. • Actividad física insuficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> – 0501 Eliminación intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> – 0450 Manejo del estreñimiento/impactación.
--	--	--

00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Entorno desprovisto de actividades recreativas. m/p: • Afirmaciones del paciente de que se aburre (p. ej., desea tener algo que hacer, que leer) 	<ul style="list-style-type: none"> – 1604 Participación en actividades de ocio 	<ul style="list-style-type: none"> – 5360 Terapia de entretenimiento.
---	---	--

00161 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad. – 1808 Conocimiento: medicación 	<ul style="list-style-type: none"> – 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos. 7370 Planificación del alta.
--	---	--

COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> – 1020 Etapas en la dieta. – 1400 Manejo del dolor. – 1870 Cuidado del drenaje. – 3660 Cuidados de las heridas. – 6650. Vigilancia

REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> – 1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT) – 2304 Administración de medicación: oral. – 4200 Terapia intravenosa (IV)

ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> – 7310 Cuidados de enfermería al ingreso – 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene – 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal – 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. – 7370 Planificación del alta.



PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: COLECISTECTOMÍA ABIERTA.

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
00126 ANSIEDAD r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el estado de salud. • Cambio en el entorno. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Angustia • Insomnio. • Preocupación. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1402 Autocontrol de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1850 Mejorar el sueño. 5820 Disminución de la ansiedad. 5610 Enseñanza: prequirúrgica.
00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Malestar. • Dolor. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Limitación para la capacidad de las habilidades motoras groseras. • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas. • Limitación de la amplitud de movimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - 0208. Movilidad - 1811 conocimiento: actividad prescrita - 2101 dolor: efectos nocivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1400 Manejo del dolor. 1804. Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación) 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal. 5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito - 1850 Mejorar el sueño. 0221 Terapia de ejercicios: ambulación 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación.
00126 CONOCIMIENTOS DIFICIENTES r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de exposición. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Verbalización del problema 	<ul style="list-style-type: none"> - 1813 Conocimiento: régimen terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - 3440 Cuidados del sitio de incisión. - 5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito - 5614 Enseñanza: dieta prescrita. - 7370 Planificación del alta.

COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)
-------------------------	----------------------



	<ul style="list-style-type: none"> - 6650. Vigilancia - 1020 Etapas en la dieta. - 3250 Mejorar la tos. - 3440 Cuidados del sitio de incisión.
--	--

REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 2304 Administración de medicación: oral - 2313 Administración de medicación: intramuscular (IM) - 2317 Administración de medicación: subcutánea. - 2930 Preparación quirúrgica. - 4200 Terapia intravenosa (IV).

ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 7310 Cuidados de enfermería al ingreso - 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene - 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. - 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. - 7370 Planificación del alta.



PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
00126 ANSIEDAD r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el estado de salud. • Cambio en el entorno. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. • Preocupación. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1402 Autocontrol de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1850 Mejorar el sueño. 5820 Disminución de la ansiedad. 5610 Enseñanza: prequirúrgica.
00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Malestar. • Dolor. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Limitación para la capacidad de las habilidades motoras groseras. • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas. • Limitación de la amplitud de movimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - 0208. Movilidad - 1811 conocimiento: actividad prescrita 	<ul style="list-style-type: none"> - 1400 Manejo del dolor. 1804. Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación) 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal. 5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. 0221 Terapia de ejercicios: ambulación.
00126 CONOCIMIENTOS DIFICIENTES r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de exposición. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Verbalización del problema 	<ul style="list-style-type: none"> - 1813 Conocimiento: régimen terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - 3440 Cuidados del sitio de incisión. - 5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito 5614 Enseñanza: dieta prescrita. 7370 Planificación del alta.
COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)	
	<ul style="list-style-type: none"> - 6650. Vigilancia - 1020 Etapas en la dieta. - 3440 Cuidados del sitio de incisión. 	



REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 2304 Administración de medicación: oral - 2317 Administración de medicación: subcutánea. - 4200 Terapia intravenosa (IV).

REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa.

ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 7310 Cuidados de enfermería al ingreso - 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene - 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. - 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. - 7370 Planificación del alta.



PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: HERNIA INGUINAL, UMBILICAL, LAPAROCELE)

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
00126 ANSIEDAD r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el entorno. • Cambio en el estado de salud. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. • Incertidumbre. 	– 1402 Autocontrol de la ansiedad.	– 1850 Mejorar el sueño. 5820 – Disminución de la ansiedad. 5610 – Enseñanza prequirúrgica.
00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Malestar • Dolor. • Reticencia a iniciar el movimiento m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Limitación de la amplitud de movimientos • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras. • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas. 	– 0208. Movilidad 1811. Conocimiento: actividad prescrita	– 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. – 1804. Ayuda con los autocuidados: aseo /eliminación) – 1400 Manejo del dolor. 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal – 5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito. – 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. – 0221 Terapia de ejercicios: ambulación
00161. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Explica su conocimiento del tema. • Manifiesta interés en el aprendizaje. 	– 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.	– 5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito. – 3440 Cuidados del sitio de incisión. – 5614. Enseñanza: dieta prescrita. – 7370 Planificación del alta.
COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)	
	– 1020 Etapas en la dieta. – 6650. Vigilancia – 3440 Cuidados del sitio de incisión.	



REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 2304 Administración de medicación: oral - 2317 Administración de medicación: subcutánea. - 2930 Preparación quirúrgica. - 4200 Terapia intravenosa.

ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)
--	-----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - 7310 Cuidados de enfermería al ingreso. A - 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene. - 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal - 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. - 7370 Planificación del alta.
--	--



<p>00126 ANSIEDAD r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el entorno. • Cambio en el estado de salud. <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo. • Insomnio. • Incertidumbre. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1402 Autocontrol de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1850 Mejorar el sueño. - 5820 Disminución de la ansiedad. 5610 - Enseñanza prequirúrgica.
---	--	---

<p>00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia. <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona significativa trata de poner en práctica conductas de ayuda con resultados insatisfactorios. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario. 	<ul style="list-style-type: none"> - 7040 apoyo al cuidador principal. - 7140 Apoyo a la familia. 7370 Planificación del alta.
--	--	--

<p>00155 RIESGO DE CAÍDAS r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en la marcha. • Disminución de la fuerza física en las extremidades inferiores. • Edad igual o superior a 65 años. • Prótesis en las extremidades inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1909 Conducta de prevención de caídas. - 1912 Caídas. 	<ul style="list-style-type: none"> - 6490 Prevención de caídas.
---	--	--

COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 0940 Cuidados de tracción/inmovilización. - 1020 Etapas en la dieta. - 1870 Cuidado del drenaje. - 4106 Cuidados del embolismo: pulmonar. - 6650. Vigilancia - 3440 Cuidados del sitio de incisión. - 1400 Manejo del dolor.

REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 2304 Administración de medicación: oral - 2317 Administración de medicación: subcutánea. - 2930 Preparación quirúrgica. - 4200 Terapia intravenosa. - 4030 Administración de productos sanguíneos.



REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	NIC (intervenciones)
	– 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa.
ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)
	– 7310 Cuidados de enfermería al ingreso. – 7370 Planificación del alta.



PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: ARTROPLASTIA DE CADERA

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<p>00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el tesor de la piel. • Factores mecánicos (p.ej., fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones). • Inmovilización física 	<p>– 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>– 1902 Control de riesgo.</p>	<p>– 3540 Prevención de úlceras por presión.</p>
<p>00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malestar • Dolor. • Disminución de la fuerza • Disminución del control muscular • Disminución de la masa muscular • Reticencia a iniciar el movimiento <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitación de la amplitud de movimientos • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras. • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas. 	<p>–</p> <p>–</p> <p>0208. Movilidad</p> <p>1811. Conocimiento: actividad prescrita</p>	<p>– 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación.</p> <p>– 1804. Ayuda con los autocuidados: aseo /eliminación)</p> <p>– 0226 Terapia de ejercicios: control muscular.</p> <p>– 1400 Manejo del dolor. 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal</p> <p>– 5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito</p> <p>– 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.</p>



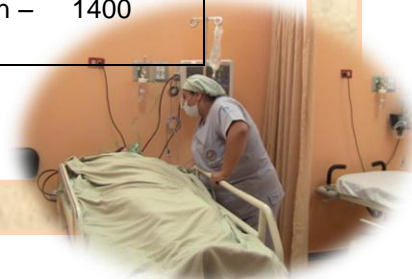
<p>00126 ANSIEDAD r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el entorno. • Cambio en el estado de salud. <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo. • Insomnio. • Preocupación. • Incertidumbre. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1402 Autocontrol de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1850 Mejorar el sueño. – 5820 Disminución de la ansiedad.
--	--	--

<p>00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso inadecuado del inodoro (falta de tiempo) • Actividad física insuficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> – 0501 Eliminación intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> – 0450 Manejo del estreñimiento/impactación.
---	--	--

<p>00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia. <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona significativa trata de poner en práctica conductas de ayuda con resultados insatisfactorios. 	<ul style="list-style-type: none"> – 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario. 	<ul style="list-style-type: none"> – 7040 apoyo al cuidador principal. – 7140 Apoyo a la familia. 7370 Planificación del alta.
--	--	--

<p>00155 RIESGO DE CAÍDAS r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en la marcha. • Disminución de la fuerza física en las extremidades inferiores. • Edad igual o superior a 65 años. • Prótesis en las extremidades inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1909 Conducta de prevención de caídas. – 1912 Caídas. 	<ul style="list-style-type: none"> – 6490 Prevención de caídas.
---	--	--

COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> – 1020 Etapas en la dieta. – 1870 Cuidado del drenaje. – 4106 Cuidados del embolismo: pulmonar. – 6650. Vigilancia – 3440 Cuidados del sitio de incisión – 1400 Manejo del dolor.



REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 2304 Administración de medicación: oral - 2317 Administración de medicación: subcutánea. - 2930 Preparación quirúrgica. - 4200 Terapia intravenosa. - 4030 Administración de productos sanguíneos.
REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa.
ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)
	<ul style="list-style-type: none"> - 7310 Cuidados de enfermería al ingreso. – 7370 Planificación del alta.



PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: PRÓTESIS DE RODILLA

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<p>00126 ANSIEDAD r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el entorno. • Cambio en el estado de salud. <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo. • Insomnio. • Preocupación creciente. • Temor. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1402 Autocontrol de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1850 Mejorar el sueño. – 5820 Disminución de la ansiedad.
<p>00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos deficientes sobre el valor de la actividad física. • Malestar • Dolor. • Reticencia a iniciar el movimiento. • Deterioro musculoesquelético. • Disminución de la fuerza muscular. • Disminución del control muscular • Disminución de la masa muscular <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitación de la amplitud de movimientos • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras. • Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas. 	<ul style="list-style-type: none"> – 0208. Movilidad. – 1811. Conocimiento: actividad prescrita. – 2101 Dolor: efectos nocivos. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1400 Manejo del dolor. 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene. – 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. – 1804. Ayuda con los autocuidados: aseo /eliminación). – 5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito – 0226 Terapia de ejercicios: control muscular. – 1850 Mejorar el sueño. 0221 Terapia de ejercicios: ambulación.



00004 RIESGO DE INFECCIÓN r/c: • Procedimientos invasivos	– 0703 Severidad de la infección. – 1902 Control del riesgo.	– 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.
---	---	--

00126 CONOCIMIENTOS DIFICILES r/c: • Falta de exposición. m/p: • Verbalización del problema	– 1808 Conocimiento: medicación. – 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.	– 7370 Planificación del alta.
--	---	--------------------------------

00155 RIESGO DE CAÍDAS r/c: • Prótesis en las extremidades inferiores. • Uso de dispositivos de ayuda (p. ej., cama/cambiador).	– 1909 Conducta de prevención de caídas. – 1912 Caídas.	– 6490 Prevención de caídas.
--	--	------------------------------

COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)
	– 1400 Manejo del dolor. – 1020 Etapas en la dieta. – 6650. Vigilancia. – 3440 Cuidados del sitio de incisión.

REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)
	– 2304 Administración de medicación: oral – 2313 Administración de medicación: intramuscular (IM). – 2317 Administración de medicación: subcutánea. – 2930 Preparación quirúrgica. – 4190 Punción intravenosa (IV). – 4200 Terapia intravenosa.

REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	NIC (intervenciones)
	– 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa.

ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)
	– 7310 Cuidados de enfermería al ingreso. – 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. – 7370 Planificación del alta.



PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: PIE DIABÉTICO

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
00004 RIESGO DE INFECCIÓN r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos invasivos 	<ul style="list-style-type: none"> – 0703 Severidad de la infección. 	<ul style="list-style-type: none"> – 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.
00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la circulación. • Deterioro de la sensibilidad. • Cambios en el tesor de la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 	<ul style="list-style-type: none"> – 3540 Prevención de úlceras por presión.
00126 ANSIEDAD r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el entorno. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Lanzar miradas alrededor. • Vigilancia. • Nerviosismo. • 	<ul style="list-style-type: none"> – 1402 Autocontrol de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> – 5820 Disminución de la ansiedad.
00099 MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD. r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento individual ineficaz. m/p: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud. • Antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1603 Conducta de búsqueda de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> – 4480 Facilitar la autorresponsabilidad. – 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. – 5603 Enseñanza: cuidado de los pies. – 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. – 5614 Enseñanza: dieta prescrita. – 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos. – 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
00155 RIESGO DE CAÍDAS r/c: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores. • Neuropatía. • Hipotensión ortostática. • Deterioro de la movilidad física. 	<ul style="list-style-type: none"> – 1909 Conducta de prevención de caídas. 	<ul style="list-style-type: none"> – 6490 Prevención de caídas.



COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)
	– 3660 Cuidados de las heridas. – 6650. Vigilancia
REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)
	– 1400 Manejo del dolor. – 2304 Administración de medicación: oral – 2314 Administración de medicación: intravenosa (IV). – 2317 Administración de medicación: subcutánea.
ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA HOSPITALIZACIÓN	NIC (intervenciones)
	– 7310 Cuidados de enfermería al ingreso. – 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene – 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. – 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación – 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo. – 7370 Planificación del alta.



BIBLIOGRAFIA

- López, J.M. (2013). AMIR Enfermería. Madrid: Marbán.
- Blanc, B.F.-L. (2012) Aplicación de lenguajes normalizados NANDA NOC NIC. Madrid: DAE.
- Dirksen, L.H. (2010). Enfermería Médico Quirúrgica. Madrid: Elsevier Mosby.
- Angélica María Armendaris Ortega, B. M. (2007). Teorías de Enfermería y su Relación con el Proceso de Atención en Enfermería. Aventuras del Pensamiento.
- Bulechek Gloria M, B.H. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona España: ELSEVIER MOSBY.
- Deborah Wertman De Meester, T.L.-T. (2003). Virginia Henderson- Definición
- Anne Perry, P.P. (2004). Fundamentos teóricos de la práctica de enfermería. En P.P. Anne Perry, Fundamentos de Enfermería. Epaña: Elsevier.
- Henderson, V. (1961). Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Washington DC-ECUA: OMS-OPS.
- Moorhead Sue, J.M. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid. España: ELSEVIER.MOSBY.
- MURRAY, a. (1996). Proceso de atención de Enfermería México: Mc Graw Hill Books.
- Potter, P.P. (2004). Fundamentos de Enfermería. En P.P. Potter, Fundamentos de Enfermería (pág. 301 -305). Madrid: Océano

