



**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y
HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERIADE
ENFERMERÍA**


**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
ESTANDARIZADO "PLACE" EN PACIENTES CON
"PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA"**





SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

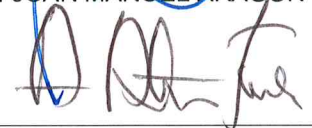
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BÁSICOS EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA Y
ECLAMPSIA

AUTORIZACION

DOCUMENTÓ: 
LIC. ENF. SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ ORTIZ Y
COL.

Vo. Bo: 
MTRA. ANA SILVIA RODRÍGUEZ MIRANDA

APROBÓ: 
DR. JUAN MANUEL ARAGÓN MORALES

AUTORIZÓ: 
DR. ALFONSO PETERSEN FARAH



**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA**

DIRECTORIO EJECUTIVO

Dr. Alfonso Petersen Farah
Secretario de Salud y Director General del O.P.D. Servicios de Salud Jalisco

Dr. Juan Manuel Aragón Morales
Director General de Regiones Sanitarias y Hospitales

Dr. Ángel Silva Almaraz
Director de Supervisión y Asesoría

Mtra. Ana Silvia Rodríguez Miranda
Jefe del Departamento Estatal de Enfermería



**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA**

COORDINADOR DEL EQUIPO

Lic. Enf. Silvia Patricia González Ortiz
Supervisora Estatal de Enfermería

EQUIPO COLABORADOR EN LA ELABORACIÓN DE PLACES

Lic. Enf Sue Helene Gutiérrez Rojas. Hospital General de Occidente

Lic. Enf. Ana Isabel Osorio Ocampo. Hospital General de Occidente

Lic. Enf. María Elvira Álvarez Torres. Hospital General de Occidente

LEO y EESP Hilda Gallardo Hidalgo. Región Sanitaria de Colotlán

Lic. Enf. Concepción del Rocío Razo Martínez. Hospital de Primer Contacto de Colotlán

P.S.S. Lic. Enf. Cristina García Castañeda. Departamento Estatal de Enfermería

P.S.S. Lic. Enf. Yolanda Esmeralda Gutiérrez Cortes. Departamento Estatal de Enfermería

P.S.S. Lic. Enf. Claudia Berenice Pérez Dávalos. Departamento Estatal de Enfermería

VALIDADAS EN XIX JORNADAS ESTATALES DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA 2010

Por: Enfermeras de todas las Unidades de Salud de SSJ.

ÍNDICE

ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACIÓN	9
RECOMENDACIONES DE USO	10
OBJETIVO	10
INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA	11
GUIA PARA LA UTILIZACION DEL PLAN DE CUIDADOS (PLACE) ESTANDARIZADO	13
CUADRO DE RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO	14
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	
➤ Exceso de volumen de líquidos	16
➤ Dolor agudo	17
➤ Ansiedad	18
➤ Gestión ineficaz de la propia salud	19
➤ Riesgo de alteración de la diada meterno-fetal	20
➤ Riesgo de caídas	21
➤ Disconfort	22
➤ Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	23
➤ Trastorno del patrón del sueño	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXO 1 Aspectos que debe de integrar la nota de Enfermería	23

JUSTIFICACIÓN

La profesión de la enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano en forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma, su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren, por lo que a través de los cuidados de enfermería se pretende Conservar, Mantener, Mejorar y Restaurar la Salud.

Puigvert y Cols, demostraron que la vinculación de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC. Permiten homologar el lenguaje dentro de la práctica clínica y la necesidad de utilizar un lenguaje común con terminología estandarizada en relación con los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados.

Cabe mencionar que en los últimos años, los sistemas sanitarios han sufrido un importante proceso de transformación y desarrollo, que exigen un cambio al profesional de la enfermería en su ejercicio ya que la atención que el paciente requiere, calidad, calidez, seguridad y conocimiento científico en la aplicación de los cuidados y es por ello que el profesional de la enfermería debe ofrecer servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad

En este contexto se integran los planes de cuidados estandarizados, que proporcionaran a la enfermera y al enfermero en las unidades de atención, la guía para elaborar los planes individualizados, ya que es indispensable incorporar los procesos científicos a la práctica diaria del hacer de la enfermera.

El Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) es el conjunto de actuaciones que realizan la enfermera y el enfermero, para la detección, descripción, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas, y no sólo en las situaciones de enfermedad.

Las ventajas del uso de planes de cuidados de enfermería estandarizados son múltiples entre las que podemos mencionar:

1. prevenir la variabilidad de la asistencia, mediante la normalización de la actividad de las enfermeras a través del establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea que facilite la identificación de las intervenciones a aplicar a cada paciente, familia y entorno.
2. Disminuir la variabilidad permite aumentar la eficiencia y se permite la evaluación de los resultados mediante la incorporación de indicadores.
3. Mejorar la práctica enfermera asumiendo las recomendaciones basadas en la evidencia sobre la base del conocimiento científico actual.
4. Unificar los criterios en el sistema de trabajo de enfermería a través de los PLACE Estandarizados, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en las diferentes unidades médicas de Secretaría de Salud Jalisco.
5. Cambiar la práctica con la aplicación del sistema estandarizado de la Taxonomía: NANDA, NIC, NOC.

RECOMENDACIÓN DE USO

El enfoque del Plan de Cuidados Estandarizados es una guía, que conlleva limitaciones debido a que en ellos no trabajan con individuos sino con abstracciones de individuos que se encuentran en una situación concreta, es por ello que cada plan de cuidados debe entenderse como una propuesta de mínimos que cada enfermera (o) debe adaptar a cada paciente y situación, es fundamental en los procesos garantizar la continuidad asistencial

OBJETIVO

Disponer de una herramienta metodológica con bases científicas en el proceso del cuidado enfermero, que garantice la mejora de la calidad del cuidado y favorezca la seguridad de los usuarios en los Servicios de Salud Jalisco.

Objetivos específicos:

1. Contar con una guía para estructurar, elaborar, implementar y evaluar el plan de cuidados de enfermería
2. Identificar el lenguaje disciplinar estandarizado fortaleciendo la comunicación eficaz y eficiente entre el gremio de profesionales de enfermería

INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO CON PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

PRESENTACIÓN:

EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO QUE SE PRESENTA, ES UN DOCUMENTO ELABORADO PARA IMPLEMENTAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA.

Cabe mencionar que el plan de referencia no contiene todos los posibles diagnósticos de enfermería que puede tener una paciente embarazada y que el personal de enfermería buscará otras fuentes de consulta (NANDA, NIC, Y NOC) para fundamentar científicamente los cuidados de enfermería. Con este documento se trata de agilizar la tarea de enfermería relacionada con los cuidados e intervenciones dependientes, independientes e interdependientes y todas aquellas acciones que se lleven a cabo para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.-OBJETIVO DE LAS INSTRUCCIONES:

Facilitar al personal de enfermería el uso del PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA para que aplique los cuidados de enfermería a las pacientes embarazadas en las unidades de salud, en forma sistematizada y permanente.

2.-ESTÁ DIRIGIDO A:

Personal de enfermería que proporciona cuidados a pacientes embarazadas, para contribuir con el logro de la adherencia al tratamiento y lograr la curación de los mismos.

3.- ¿CUANDO SE UTILIZA EL DOCUMENTO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA?

Se recomienda que el personal de enfermería lo utilice cada vez que la paciente acuda a su cita de control o en la atención de cualquier patología agregada en los distintos niveles de atención.

4.-EQUIPO Y MATERIAL

Expediente clínico del paciente
Equipo para toma de signos vitales y somatometría
Hoja de evolución o de enfermería
Bolígrafo y lápiz para anotaciones

5.-PASOS A SEGUIR PARA UTILIZAR EL PLAN ESTANDARIZADO:

Como primera actividad la enfermera (o) hará la valoración del paciente adulto o niño, que acuda a la unidad de salud en la cual se debe considerar:

PASO 1

Se realiza la Valoración del paciente, basada en la entrevista, la observación y/o la exploración física.

PASO 2

En el Cuadro de Razonamiento Diagnóstico se identifican los datos significativos, así como su agrupación que valida el diagnóstico de Enfermería que se seleccionará como prioritario

PASO 3

Una vez seleccionado el diagnóstico de Enfermería se realiza:

- Registro en el expediente, en la nota de evolución o en la hoja de enfermería según corresponda.

PASO 4

Identificar el resultado NOC en el formato del Plan de Cuidados de Enfermería., El NOC es el objetivo en forma de resultado que se espera obtener a través de la intervención de Enfermería.

PASO 5

Se selecciona el Indicador o los Indicadores con los cuales se medirá el resultado (sin registrarlo es un proceso mental necesario).

PASO 6

Para cumplir con cada uno de los indicadores seleccionados:

- Se consultan las intervenciones de enfermería (NIC) que se localizan en la parte inferior de cada plan de cuidado
- Se registra en el expediente en la hoja de evolución o nota de enfermería, la intervención prioritaria elegida y sus respectivas actividades

PASO 7

Se aplican las actividades seleccionadas al paciente de acuerdo a la intervención, que cumplirá con el Indicador.

PASO 8

Se evalúa el impacto de los cuidados de enfermería de acuerdo a las actividades realizadas en el paciente, tomando en como referencia estos parámetros.

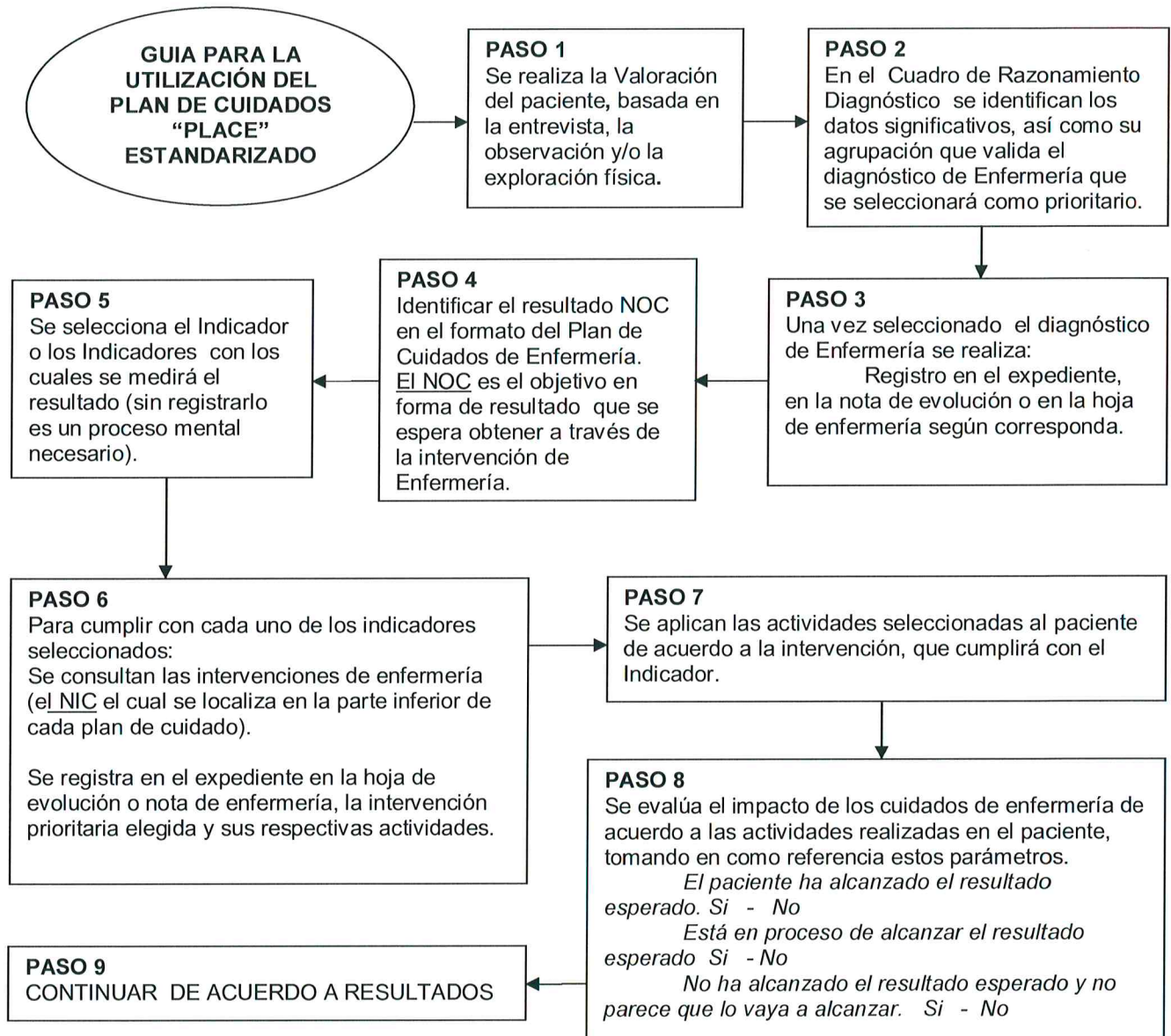
1. *El paciente ha alcanzado el resultado esperado. Si - No*
2. *Está en proceso de alcanzar el resultado esperado Si - No*
3. *No ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a alcanzar. Si - No*

PASO 9

CONTINUAR DE ACUERDO A RESULTADOS

GUIA PARA LA UTILIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS “PLACE” ESTANDARIZADO

OBJETIVO DE LA GUÍA DEL PLACE: Facilitar al personal de Enfermería el uso del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) ESTANDARIZADO a fin de que aplique los cuidados de enfermería Idóneos a los pacientes en las unidades de salud, en forma sistematizada y permanente



NOTA: Los diagnósticos ejecutados podrán ser retomados por la enfermera del siguiente turno o consulta o bien podrá aplicar un nuevo plan de cuidados valorando el estado de salud que presente en el momento de su atención.

Los PLACES de Enfermería sirven como una Guía, cualquier aportación puede ser recibida en las Oficinas Centrales de la Secretaría de Salud, en la Dirección General de Regiones Sanitarias y Hospitales, Dirección de Supervisión y Asesoría, del cual depende el Departamento Estatal de Enfermería, con domicilio en Dr. Baeza Alzaga No. 107, Col. Centro C.P. 44100 Guadalajara, Jalisco, México, o bien favor de comunicarse al Departamento Estatal de Enfermería con la Lic. Enf. Silvia Patricia González Ortiz, Supervisora de Enfermería, al teléfono 30 30 5000 en las ext. 35158 o 35159.

RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Jerarquizados)	AGRUPACIÓN DE DATOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO DOMINIO Y CLASE AFECTADOS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA PROBLEMA INTERDEPENDIENTE	
Embarazo de alto riesgo. Dolor en bajo vientre que se irradia a la zona lumbar. Expresión verbal de dolor (moderado 6). Agitación. Facies de dolor. Presión arterial 130/80. Antecedentes de cefalea. Trazas de albumina en orina. Boca y lengua secos. Palidez de tegumentos. Aumento de la frecuencia cardiaca. Edema generalizado. Inquietud. Angustia. Ansiedad. Disnea Mareo Manifestación de preocupación por su bebe. Embarazo a edad temprana. Embarazo avanzado. Antecedentes de aborto. Interés por su autocuidado. Seguimiento del régimen terapéutico. Apoyo familiar. Refiere aumento en la cantidad y frecuencia de comidas diarias IMC elevado Peso	<p>Presión arterial 130/80. Antecedentes de cefalea. Trazas de albumina en orina. Aumento de la F.C. Edema generalizado. Oliguria. Proteinuria</p> <p>Embarazo de alto riesgo Dolor en bajo vientre Expresión verbal de dolor Facies de dolor</p> <p>Inquietud Angustia Ansiedad Manifestación de preocupación por su bebe Agitación Boca y lengua secos Presión arterial 130/80</p> <p>Embarazo a edad temprana Antecedentes de aborto Embarazo de alto riesgo Interés por su autocuidado Seguimiento del régimen terapéutico Apoyo familiar</p> <p>Embarazo de alto riesgo Dolor en bajo vientre Facies de dolor Presión arterial 130/80</p>	<p>Exceso de volumen de líquidos</p> <p>Dolor agudo</p> <p>Ansiedad</p> <p>Gestión ineficaz de la propia salud</p> <p>Riesgo de alteración de la diada materno/fetal</p>	<p>Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación</p> <p>Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort físico</p> <p>Dominio: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento</p> <p>Dominio: 1 Promoción de la salud Clase: 2 Gestión de la salud</p> <p>Dominio: 8 Sexualidad Clase: 3 Reproducción</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería</p> <p>Diagnóstico de Enfermería</p> <p>Diagnóstico de Enfermería</p> <p>Diagnóstico de Enfermería</p> <p>Diagnóstico de Enfermería</p>

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DATOS SIGNIFICATIVOS (jerarquizados)	AGRUPACIÓN DE DATOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO DOMINIO Y CLASE AFECTADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE
Talla Dificultad para conciliar el sueño Visión borrosa Cefalea Oliguria Proteinuria	Embarazo de alto riesgo. Presión arterial 130/80. Antecedentes de cefalea. Edema generalizado. Disnea Mareo Visión borrosa } Riesgo de caídas	Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 Lesión física	Diagnóstico de Enfermería
	Inquietud. Angustia. Ansiedad. Dolor en bajo vientre que se irradia a la zona lumbar. Edema generalizado. Manifestación de preocupación por su bebe. Cefalea } Disconfort	Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort físico	Diagnóstico de Enfermería
	Refiere aumento en la cantidad y frecuencia de comidas diarias IMC elevado Peso Talla } Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión	Diagnóstico de Enfermería
	Expresión verbal de dolor Dificultad para conciliar el sueño Inquietud Angustia Ansiedad } Transtorno del patrón de sueño	Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 1 Sueño/reposo	Diagnóstico de Enfermería

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

PLANES DE CUIDADOS
DIAGNOSTICO: EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00026)

PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA				
DOMINIO: 2 Nutrición		CLASE: 5 Hidratación		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Exceso de volumen de líquidos (00026)</p> <p>DEFINICION: Aumento de la retención de líquidos isotónicos.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Compromiso de los mecanismos reguladores. Exceso de aporte de sodio</p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Aumento de peso por encima de lo normal. Presión arterial $\geq 140/90$. Edema en manos y pies. Oliguria. Orina oscura. Creatinina sérica. Proteinuria.</p>	<p>ETIQUETA: Equilibrio electrolítico y ácido base (0600)</p> <p>DEFINICION: Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelular y extracelular.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológica (II)</p> <p>CLASE: Líquidos y electrolitos (G)</p>	<p>(060001)Frecuencia cardiaca apical. (060002)Ritmo cardiaco apical. (060003)Frecuencia respiratoria. (060004)Ritmo respiratorio. (060023)Sensibilidad en las extremidades. (060012)Creatinina sérica.</p>	<p>1. Desviación grave del rango normal. 2. Derivación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.</p>	<p>Mantener a:</p> <p>Aumentar a:</p>
	<p>ETIQUETA: Eliminación urinaria (0503)</p> <p>DEFINICION Recogida y descarga de la orina</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológica (II)</p> <p>CLASE: Eliminación (F)</p>	<p>(050302)Olor de la orina (050303)Cantidad de la orina (050304)Color de la orina</p>	<p>1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido</p>	
		<p>(050332)Retención urinaria</p>	<p>1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno</p>	

INTERVENCIÓN (NIC): manejo de la hipovolemia (4170)	INTERVENCIÓN (NIC): Monitorización de líquidos (4130)
<p>ACTIVIDADES</p> <p>Observar el patrón respiratorio por si hubiera dificultad respiratoria vigilar la ingesta y eliminación Comprobar los signos vitales, si procede Observar cambios del edema periférico, si es el caso Realizar el seguimiento de los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos Ajustar la frecuencia de flujo de perfusión intra-venosa adecuada Vigilar líquidos i. v. prescritos para determinar si son adecuados Administrar diuréticos prescritos, si resulta oportuno Observar el efecto terapéutico de un diurético Eleva el cabecero de la cama para mejorar la ventilación, si procede Cambiar de posición frecuentemente al paciente con edema dependiente</p>	<p>ACTIVIDADES</p> <p>Valorar niveles de albumina en orina Vigilar ingresos y egresos Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado de la respiración. Observar presión sanguínea ortostática y cambios del ritmo cardíaco si resulta oportuno. Instalar sonda vesical si es necesario y llevar un registro preciso de ingresos y egresos. Observar las mucosas, turgencia de piel y la sed. Observar color y cantidad de la orina. Observar si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de peso. Observar si hay signos y síntomas de ascitis. Tomar nota de si hay presencia o ausencia de vértigo al levantarse. Restringir y repartir la ingesta de líquidos si procede. Mantener el nivel de flujo intravenoso prescrito. Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis cuando este prescrito.</p>

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: DOLOR AGUDO (00132)

PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA				
DOMINIO: 12 Confort		CLASE: 1 Confort físico		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Dolor agudo (00132) DEFINICION: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real/ potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y una duración inferior a 6 meses FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Agentes biológico CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Cambios de la presión arterial Cambios de la frecuencia cardiaca Cambio de la frecuencia respiratoria Conducta expresiva Mascara facial Observación de evidencias de dolor Informe verbal de dolor	ETIQUETA: Nivel del dolor (2102) DEFINICION: Intensidad del dolor referido o manifestado DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Sintomatología (V)	(210201)Dolor referido (210204)Duración de los episodios de dolor (210206)Expresiones faciales de dolor 8210208)Inquietud (210210)Frecuencia respiratoria. (210220)Frecuencia de pulso radial (210212)Presión arterial (210214)Sudoración	1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno 1. Desviación grave del rango normal. 2. Derivación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.	Mantener a: Aumentar a:

INTERVENCIÓN (NIC): Manejo del dolor (1400)	INTERVENCIÓN (NIC): Administración de analgésicos (2210)
<p align="center">ACTIVIDADES</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes. Observar claves no verbales de molestias, especialmente los que no pueden comunicarse eficazmente Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes Explorar las creencias y experiencias del paciente sobre el dolor Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. Proporcionar información acerca del dolor: causas, tiempo que puede durar, incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, falta de conocimientos) Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor, si procede. Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio. Proporcionar un alivio óptimo mediante analgesia prescrita Evaluar la eficacia de las medidas de alivio al dolor a través de una valoración continua Instaurar y modificar las medidas en función de la respuesta del paciente</p>	<p align="center">ACTIVIDADES</p> <p>Determinar la ubicación, características calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. Comprobar el historial de alergias a medicamentos. Elegir el analgésico o combinación de analgésicos cuando se prescriba más de uno. Controlar los signos vitales antes y después de la administración. Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. Administrar los analgésicos a la hora adecuada, para evitar picos y valles de la analgesia Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, principalmente después de dosis iniciales y observar si hay síntomas y señales de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómito, sequedad de boca, estreñimiento). Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto</p>

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: ANSIEDAD (00146)

PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA				
DOMINIO: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés		CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Ansiedad (00146) DEFINICION: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañado de una respuesta autonómica; sentimiento de apenosa causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro eminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Cambio en el estado de salud CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Agitación Angustia Aumento de la tensión arterial Aumento del pulso Dificultades respiratorias	ETIQUETA: Nivel de ansiedad (1211) DEFINICION: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable DOMINIO: Salud psicosocial(III) CLASE: Bienestar psicosocial (M)	(121105)Inquietud (121106)Tensión Muscular (121108)Irritabilidad (121117)Ansiedad verbalizada (121119)Aumento de la presión sanguínea (121120)Aumento de la velocidad del pulso (121121)Aumento de la frecuencia respiratoria	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a: Aumentar a:

INTERVENCIÓN (NIC): Disminución de la ansiedad (5820)	INTERVENCIÓN (NIC): Técnica de relajación (5880)
ACTIVIDADES Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Administrar masajes en la espalda/cuello. Escuchar con atención Crear un ambiente que facilite la confianza. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.	ACTIVIDADES Mantener contacto visual con la paciente Mantener la calma de una manera deliberada Sentarse y hablar con la paciente Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente. Favorecer la expresión de ira por parte de la paciente de una manera constructiva. Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda ayudar a la paciente. Permanecer con la paciente. Frotar la espalda Ofrecer un baño o ducha caliente

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD (00078)

PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA				
DOMINIO: 1 Promoción de la salud			CLASE: 2 Gestión de la salud	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Gestión ineficaz de la propia salud (00078)</p> <p>DEFINICION: Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud</p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Complejidad del régimen terapéutico Déficit de conocimientos Percepción de gravedad</p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos</p>	<p>ETIQUETA: Conducta terapéutica: enfermedad/ lesión (1609)</p> <p>DEFINICION: Acciones personales para paliar o eliminar patología</p> <p>DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>CLASE: Conducta de salud (Q)</p>	<p>(160901)Cumple las precauciones recomendadas (160902)Cumple el régimen terapéutico recomendado (160907)Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad. (160920)Equilibra actividad y reposo (160916)Solicita una visita personal con el profesional sanitario cuando es necesario</p>	<p>1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado</p>	<p>Mantener a:</p> <p>Aumentar a:</p>

INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza: procedimiento/ tratamiento (5618)	INTERVENCIÓN (NIC): Acuerdo con el paciente (4420)
<p align="center">ACTIVIDADES</p> <p>Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si es el caso Explicar el procedimiento/ tratamiento Enseñar al paciente como cooperar/ participar durante el procedimiento/ tratamiento, si procede Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación Discutir tratamientos alternativos, si procede Incluir a la familia/ ser querido si resulta oportuno</p>	<p align="center">ACTIVIDADES</p> <p>Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para realizar un acuerdo Ayudar al paciente a identificar las practicas de la salud que debe cambiar Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que pueden conseguirse Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso de acuerdo, si así lo desea el paciente Observar si el individuo presenta signos de incongruencia que pueden indicar falta de compromiso para cumplir el acuerdo</p>

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DIADA MATERNO/FETAL (00209)

PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA				
DOMINIO: 8 Sexualidad		CLASE: 3 Reproducción		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)</p> <p>DEFINICION: Riesgo de alteración de la diada simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad o condiciones generalizadas con el embarazo</p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Complicaciones del embarazo Compromiso del transporte de O2</p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):</p>	<p>ETIQUETA: Estado fetal: prenatal (0111)</p> <p>DEFINICION: Grado en que los signos fetales están dentro de los límites normales desde la concepción hasta el comienzo del parto</p> <p>DOMINIO: Salud funcional (I)</p> <p>CLASE: Desarrollo y crecimiento (B)</p> <p>ETIQUETA: Estado materno: preparto (2509)</p> <p>DEFINICION: Grado en el que el bienestar materno está dentro de los límites normales desde la concepción hasta el comienzo del parto.</p> <p>DOMINIO: Salud familiar (VI)</p> <p>CLASE: Estado de salud de los miembros de la familia (Z)</p>	<p>(011101)Frecuencia cardiaca fetal (011105)Frecuencia del movimiento fetal</p> <p>(250907)Orientación cognitiva (250910)Reflejos neurológicos (250916)Presión arterial (250929)Frecuencia respiratoria (250919)Proteinuria</p> <p>(250905)Edema (250906)Cefalea (250914)Sangrado vaginal</p>	<p>1. Desviación grave del rango normal 2.Desviación sustancial del rango normal 3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal</p> <p>1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno</p>	<p>Mantener a:</p> <p>Aumentar a:</p>

INTERVENCIÓN (NIC) Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800)	INTERVENCIÓN (NIC): Cuidados prenatales (6960)
<p align="center">ACTIVIDADES</p> <p>Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo. Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematurez, posmadurez, preeclampsia, embarazo múltiple, retraso del crecimiento uterino, desprendimiento de placenta, placenta previa, sensibilización Rh, rotura prematura de membranas e historia familiar de trastornos genéticos) Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo (edad de la madre, raza, pobreza, cuidados prenatales tardíos o inexistentes, abuso físico y abuso de sustancias nocivas) Escribir guías sobre signos y síntomas que requieren atención médica inmediata (hemorragia vaginal roja brillante, cambios en el líquido amniótico, disminución del movimiento fetal, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación, jaquecas, trastornos visuales, dolor epigástrico y rápida ganancia de peso con edema facial) Ayudar en los procedimientos de diagnóstico fetal. Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos. Establecer un plan de seguimiento clínico. Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.</p>	<p align="center">ACTIVIDADES</p> <p>Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo Animar al padre o ser querido a que participe en los cuidados prenatales Instruir a la paciente acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo Vigilar las ganancias de peso durante el embarazo Instruir a la paciente en los ejercicios y reposos adecuados durante el embarazo Vigilar la presión sanguínea Observar tobillos, manos y cara para ver si hay edema Instruir a la paciente sobre los signos de peligros que impliquen una notificación inmediata Ayudar a la paciente en la aceptación de los cambios asociados del embarazo Comprobar la frecuencia cardiaca fetal Enseñar a la paciente a monitorizar la actividad fetal Instruir a la paciente sobre los teratogénos ambientales que deberá evitar durante el embarazo</p>

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: RIESGO DE CAÍDAS (00155)

PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA				
DOMINIO: 11 Seguridad/ protección			CLASE: 2 Lesión física	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de caídas (00155) DEFINICION: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daños físicos FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores Mareos CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):	ETIQUETA: Conocimiento prevención caídas (1828) DEFINICION: Grado de la comprensión transmitida sobre la prevención de caídas DOMINIO: Conocimiento conducta de salud (IV) CLASE: Conocimiento de salud (S)	(182802)Uso correcto de los mecanismos de seguridad (182803)Calzado adecuado (182808)Cuando pedir ayuda personal (182809)Uso de procedimientos seguros de traslado (182810)Motivo de restricciones (182811)Ejercicios para reducir el riesgo de caídas (182815)Cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas (182817)Como deambular de manera segura	1.- Ningún conocimiento 2.- conocimiento escaso 3.- Conocimiento moderado 4.- Conocimiento sustancial 5.- Conocimiento extenso	Mantener a: Aumentar a:

INTERVENCIÓN (NIC) Prevención de caídas (6490)	INTERVENCIÓN (NIC) Ayuda con los auto cuidados: transferencia (1806)
<p align="center">ACTIVIDADES</p> Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas Ayudar a la de ambulación al paciente. Sugerir cambios en el paso del paciente Proporcionar dispositivos de ayuda Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad	<p align="center">ACTIVIDADES</p> Determinar la capacidad del individuo para moverse. Elegir las técnica de traslado que sean adecuadas para el paciente Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado. Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria Mantener la alineación corporal del paciente correcta durante los movimientos al final de la transferencia, evaluar al paciente
INTERVENCIÓN (NIC) Vigilancia seguridad (6654)	
<p align="center">ACTIVIDADES</p> Observar si hay alteraciones de la función física del paciente que pueden conducir a una conducta insegura. Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad. Proporcionar el nivel adecuado de supervisión /vigilancia para el paciente y permitir las acciones. Colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación Poner en marcha y mantener el estado de precaución para el paciente con alto riesgo de exposición a los peligros específicos del ambiente de cuidados Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados	

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: DISCONFORT (00214)

PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA				
DOMINIO: 12 confort			CLASE: Clase: 1 Confort físico	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Disconfort (00214) DEFINICION: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental y social FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Ansiedad Síntomas relacionados con la enfermedad Informes de falta de tranquilidad en la situación Inquietud	ETIQUETA: Estado de salud personal (2006) DEFINICION: Funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual en conjunto. DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Salud y calidad de vida (U)	(200602)Nivel de movilidad (200604)Nivel de confort (200609)Pauta sueño-descanso (200626)Función sensorial (200618)Función cognitiva (200629)Control de síntomas (200630)Control del dolor (200620)Equilibrio del estado de animo (200624)Capacidad para expresar emociones	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	Mantener a: Aumentar a:

INTERVENCIÓN (NIC): Manejo ambiental confort (6482)	INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
<p align="center">ACTIVIDADES</p> Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo Crear un ambiente tranquilo y de apoyo Proporcionar un ambiente limpio y seguro Ofrecer la elección, siempre que sea posible de actividades sociales y visitas Determinar las fuentes de incomodidad y factores ambientales irritantes Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones al paciente y su familia, si procede	<p align="center">ACTIVIDADES</p> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede Explorar con el paciente lo que ya se ha hecho para controlar los síntomas Identificar cambios en el estado físico del paciente Proporcionar información a la familia/ ser querido acerca de los procesos del paciente, según procede Analizar las opciones de terapia/ tratamiento enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar síntomas, si procede Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que deben informarse al cuidador, si procede

**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA**

DIAGNOSTICO: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR AL LAS NECESIDADES (00001)

PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA				
DOMINIO: 2 Nutrición			CLASE: 1 Ingestión	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Desequilibrio nutricional: ingesta superior al las necesidades (00001) DEFINICION: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.	ETIQUETA: Conocimiento: dieta (1802) DEFINICION: Grado de comprensión transmitido sobre la dieta recomendada.	(180201)Dieta recomendada. (180203)Ventajas de seguir la dieta recomendada. (180204)Objetivos para la dieta. (180205)Relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal. (180220)Prácticas nutricionales saludables. (180212)Estrategias para cambiar los hábitos alimentarios.	1. Ningún conocimiento. 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento moderado. 4. Conocimiento sustancial. 5. Conocimiento extenso.	Mantener a: Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV)			
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Talla. Peso. Dieta inadecuada. Aumento de peso elevado.	CLASE: Conocimientos sobre salud (S)			

INTERVENCIÓN (NIC): Asesoramiento nutricional (5246)	INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza: dieta prescrita (5614)
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. Proporcionar información, si es necesario acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud. Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.	Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. Explicar el propósito de la dieta. Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. Remitir al paciente a un dietista/experto en nutrición, si es preciso. Incluir a la familia/ser querido, según el caso.
INTERVENCIÓN (NIC): Manejo del peso (1260)	
ACTIVIDADES	
Analizar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar el peso. Verificar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso. Determinar el peso corporal ideal del individuo.	

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO: TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO

PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA				
DOMINIO: 4 Actividad/reposo			CLASE: 1 Sueño/reposo	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Trastorno del patrón del sueño DEFINICION: Interrupciones por un tiempo limitado por la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.	ETIQUETA: Sueño (0004) DEFINICION: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo. DOMINIO: Salud funcional(I) CLASE: Mantenimiento de la energía (A)	(000401)Horas de sueño (000403)Patrón del sueño (000404)Calidad del sueño (000405)Eficiencia del sueño (000421)Dificultad para conciliar el sueño (000406)Sueño interrumpido (000425)Dolor	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno	Mantener a: Aumentar a:
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Iluminación Ruidos Interrupciones				
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Cambio en el patrón normal del sueño_				

INTERVENCIÓN (NIC): Mejorar el sueño (1850)	INTERVENCIÓN (NIC): Manejo ambiental: Confort (6482)
<p align="center">ACTIVIDADES</p> Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. Explicar la importancia de un sueño adecuado durante un embarazo Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas(miedo, ansiedad) Ajustar el ambiente para favorecer el sueño. Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas. Disponer/llevar a cabo medidas agradables; masaje, contacto afectuoso Disponer de siestecillas durante el día, si se indica para cumplir con las necesidades del sueño. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/ vigilia del paciente.	<p align="center">ACTIVIDADES</p> Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta. Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, si procede. Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente. Disminuir los estímulos ambientales, si procede. Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible. Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo

BIBLIOGRAFIA

Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt, Barcelona 2008.

McCloskey, J. C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5ta Ed. Mosby-Elsevier. Madrid. 2009

Guía de Actuación de Enfermería; Manual de Procedimientos. 2da Edición

NANDA international Diagnósticos enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011, Hather Herdman, PhD,RN, Elsevier

Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Sue Moorhead, Marion Johnson, Meriean L. Maas, Elizabeth Swanson. 4^{ta} Ed. Elsevier

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Gloria M. Butchek, Howard k. Butcher, Joanne McClosekey Dochterman, 5^{ta} Edición.

Diccionario ilustrado de enfermería, Juventina Sánchez Guerrero. Trillas

Modelos y Teorías en Enfermería. Marriner- Tomey Harcourt Brace tercera edición 1994

Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Primera Edición enero 2011 Comisión Permanente de Enfermería.

ANEXO 1

Aspectos que debe de integrar la nota de Enfermería (del 2 al 6 son indispensables de acuerdo a la NOM – 004- SSA3-2012 Del expediente clínico; El 1 y el 20 son indispensable por Lineamiento Institucional. Los siguientes deberán integrarse si aplican)

1. Fecha y hora de ingreso
2. Hábitus exterior
3. Gráfica de signos vitales
4. Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía.
5. Procedimientos realizados
6. Observaciones
7. Valoración del dolor (escala y localización)
8. Revaloración del dolor
9. Valoración del Estado funcional
10. Valoración de alergias
11. Valoración Nutricional
12. Valoración psicosocial
13. Nivel de riesgo de caídas
14. Necesidades de aprendizaje
15. Habilidades de aprender
16. Prácticas culturales, preferencias
17. Métodos de enseñanza
18. Plan de educación
19. Evaluación del aprendizaje
20. Nombre y firma de la enfermera