GOBIERNO
DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

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

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA ESTANDARIZADO "PLACE" EN PACIENTES DURANTE EL PUERPERIO

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

PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BÁSICOS EN PACIENTES DURANTE EL PUERPERIO

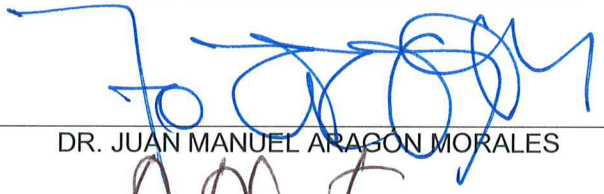
AUTORIZACION

DOCUMENTÓ:

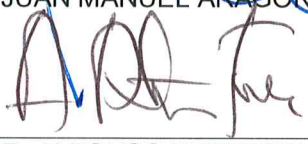
LIC. ENF. SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ ORTIZ Y COL.

Vo. Bo:

MTRA. ANA SILVIA RODRÍGUEZ MIRANDA

APROBÓ: 

DR. JUAN MANUEL ARAGÓN MORALES

AUTORIZÓ: 

DR. ALFONSO PETERSEN FARAH

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 DURANTE EL PUERPERIO 11
GUIA PARA LA UTILIZACION DEL PLAN DE CUIDADOS (PLACE) ESTANDARIZADO 13
CUADRO DE RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO 14
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
- Dolor agudo 15
- Riesgo de sangrado 16
- Disposición para mejorar los conocimientos 17
- Riesgo de caída 18
- Riesgo de estreñimiento 19

BIBLIOGRAFÍA 20
ANEXO 1 Aspectos que debe de integrar la nota de Enfermería 18

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 Secretaria 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 DURANTE EL PUERPERIO

PRESENTACIÓN:

EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO QUE SE PRESENTA, ES UN DOCUMENTO ELABORADO PARA IMPLEMENTAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DURANTE EL PUERPERIO.
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 DURANTE EL PUERPERIO 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 UTLIZA EL DOCUMENTO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO DURANTE EL PUERPERIO?
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*

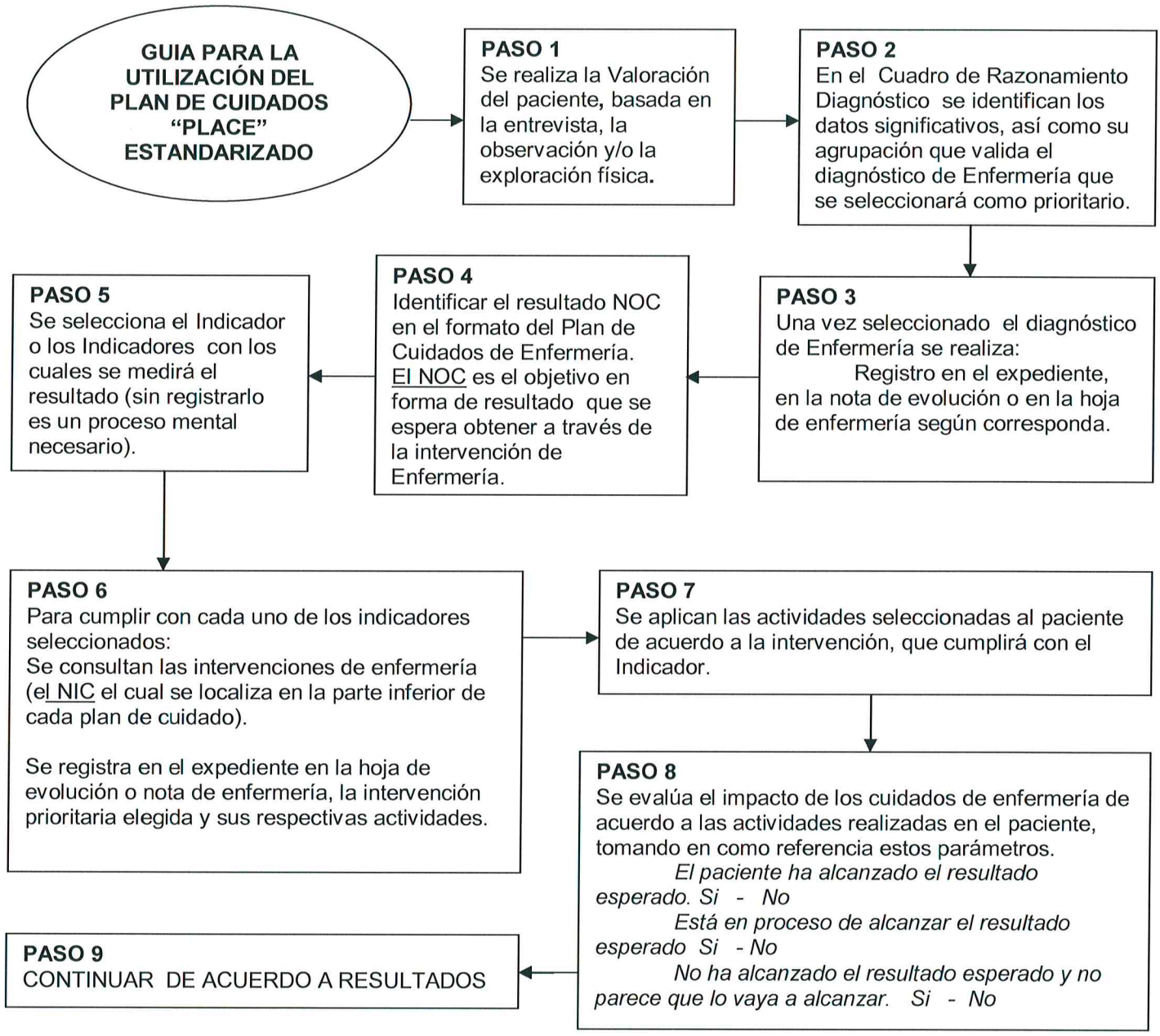
PASO 9
CONTINUAR DE ACUERDO A RESULTADOS

GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

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

GUIA PARA LA UTILIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS "PLACE" ESTANDARIZADO

OBJETIVO DE LA GÚIA 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 Secretaria 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 O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE
Puerperio fisiológico Dolor tipo cólico	Puerperio fisiológico Dolor tipo cólico } Dolor agudo	Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort físico	Diagnostico de enfermería
Sangrado transvaginal Quiere alimentar a su bebe	Puerperio fisiológico Sangrado transvaginal } Riesgo de sangrado	Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 4 Respuestas cardiovasculares pulmonares	Diagnostico de enfermería
Episiotomía tercer grado	Puerperio fisiológico Quiere alimentar a su bebe } Disposición para mejorar los conocimientos	Dominio: 5 Percepción/cognición Clase: 4 Cognición	Diagnostico de enfermería
	Puerperio fisiológico } Riesgo de caída	Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 Lesión física	Diagnostico de enfermería
	Tercer trimestre de embarazo } Riesgo de estreñimiento	Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 2 Función gastrointestinal	Diagnostico de enfermería

GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

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

PLAN DE CUIDADOS
DIAGNOSTICO: DOLOR AGUDO (00132)

PLAN DE CUIDADOS: PUERPERIO				
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 o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.	**ETIQUETA:** Control del dolor (1605) **DEFINICION:** Acciones personales para controlar el dolor. **DOMINIO:** Conocimiento y conducta de salud (IV) **CLASE:** Conducta de salud (Q)	(160502)Reconoce el comienzo del dolor (160501)Reconoce factores causales (160505)Utilizar los analgésicos de forma apropiada	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3.A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	**Mantener a:** **Aumentar a:**
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Agentes biológicos.				
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS): Gestos de protección. Informe verbal del dolor.				

INTERVENCIÓN (NIC): Manejo del dolor (1400)	**INTERVENCIÓN (NIC):** Administración de analgésicos (2210)
ACTIVIDADES	**ACTIVIDADES**
Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Explorar con el paciente los factores que alivian /empeoran el dolor.	Comprobar las ordenes medicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. Comprobar el historial de alergias a medicamentos Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

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

DIAGNOSTICO: RIESGO DE SANGRADO (00206)

PLAN DE CUIDADOS: PUERPERIO				
DOMINIO: 4 Actividad/reposo		**CLASE**: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	**RESULTADO (NOC)**	**INDICADOR**	**ESCALA DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA**
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de sangrado (00206) **DEFINICION:** Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud. **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):** Complicaciones post parto. Coagulación intravascular diseminada. **CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):**	**ETIQUETA:** Estado materno puerperio (2511) **DEFINICION:** Grado en el que el bienestar esta dentro de los límites normales desde el alumbramiento de la placenta hasta completar la involución uterina. **DOMINIO:** Salud familiar (V) **CLASE:** Estado de salud de los miembros de la familia (Z)	(251103)Presión arterial. (251106)Altura de fondo uterino. (251124)Color de los loquios. (251107)Características de los loquios. (251114)Eliminación urinaria. (251112)Temperatura corporal. (251127)Hemorragia vaginal	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. 1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4. Leve 5.Ninguno	**Mantener a:** **Aumentar a:**

INTERVENCIÓN (NIC): Cuidados postparto (6930)	**INTERVENCIÓN (NIC):** Terapia intravenosa (4200)
ACTIVIDADES	**ACTIVIDADES**
Controlar signos vitales. Vigilar los loquios para vigilar características, cantidad, olor, presencia de coágulos. Masajear suavemente el fundus hasta que este firme, si es necesario. Poner al bebe contra el pecho para estimular la producción de oxitocina. Vigilar el estado de la episiotomía para ver si hay enrojecimiento, edema, equimosis o supuración. Colocar una bolsa de hielo en el perineo después del parto para minimizar la inflamación. Reforzar la técnica de higiene perineal adecuadas para prevenir infecciones. Fomentar el consumo de líquidos y fibra para evitar el estreñimiento. Fomentar la deambulación precoz para promover la movilidad intestinal y evitar tromboflebitis.	Verificar la orden de la terapia intravenosa. Instruir a la paciente acerca del procedimiento. Realizar técnica aséptica estricta. Examinar tipo, características, caducidad e integridad del envase. Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión (fármaco, dosis, vía, paciente y frecuencia). Administrar los líquidos IV a temperatura ambiente a menos que se prescriba otra cosa. Administrar medicamentos según prescripción y observar resultados. Vigilar los signos vitales. Vigilar la permeabilidad y el sitio de punción.

GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

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

DIAGNOSTICO: DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS (00161)

PLAN DE CUIDADOS: PUERPERIO				
DOMINIO: 5 Percepción/cognición		**CLASE**: 4 Cognición		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	**RESULTADO (NOC)**	**INDICADOR**	**ESCALA DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA**
ETIQUETA (PROBLEMA): Disposición para mejorar los conocimientos (00161) **DEFINICION:** La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada. **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):** **CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):** Manifiesta interés en el aprendizaje. Explica su conocimiento del tema.	**ETIQUETA:** Conocimientos lactancia materna (1800) **DEFINICION:** Grado de la comprensión transmitida sobre la lactancia y la alimentación del lactante durante la lactancia materna. **DOMINIO:** Conocimiento y conducta de salud (IV) **CLASE:** Conocimiento sobre salud(s)	(180001)Beneficios de la lactancia materna. (180020)Ingesta adecuada de líquidos por parte de la madre. (180005)Técnica adecuada para amamantar el bebe. (180006)Posición adecuada del lactante durante la lactancia. (180007)Succiones nutritivas frente a las no nutritivas. (180008)Evaluación de la deglución del lactante. (180009)Técnica adecuada para finalizar la succión el lactante. (180013)Signos de mastitis, obstrucción (180014)Razones para evitar el uso inicial de tetinas y suplementos artificiales. (180021)Razones para evitar el uso precoz de agua y suplementos. (180015)Técnicas adecuadas de expulsión y almacenamiento de la leche materna. (180022)Relación entre lactancia materna e inmunidad del lactante.	1. Ningún conocimiento. 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento moderado. 4. Conocimiento sustancial. 5. Conocimiento extenso.	**Mantener a:** **Aumentar a:**

INTERVENCIÓN (NIC): Asesoramiento de la lactancia (5244)
ACTIVIDADES
Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho.
Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación del pecho.
Evaluar la comprensión de la madre de las partes alimentarias del bebe (sujeción succión y estado de alerta).
Determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación con las necesidades del bebe.
Monitorizar la habilidad materna acercar bebe al pezón.
Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido.
Mostrar la forma de amantar.
Instruir en técnicas de relajación, incluyendo masaje de los pechos.
Enseñar los patrones de evacuación urinaria e intestinal en el niño.
Fomentar que la madre utilice ambos pechos en cada toma.
Monitorizar la integridad de la piel de los pezones.
Recomendar el cuidado de los pezones.
Monitorizar la capacidad de aliviar la congestión de los pechos.
Evaluar la comprensión de los conductos de leche taponeados y mastitis.
Enseñar a la madre a consultar al médico antes de tomar cualquier medicamento durante el periodo de lactancia.
Animar a la madre a que evite fumar mientras duras el periodo de lactancia.

GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

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

DIAGNOSTICO: RIESGO DE CAÍDA (00155)

PLAN DE CUIDADOS: PUERPERIO				
DOMINIO: 11 Seguridad/protección		**CLASE**: 1 Lesión Física		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	**RESULTADO (NOC)**	**INDICADOR**	**ESCALA DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA**
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de caída (00155) **DEFINICION:** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):** Dificultad de la marcha. Entorno desordenado. **CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):**	**ETIQUETA:** Conducta de prevención de caídas (1909) **DEFINICION:** Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal. **DOMINIO:** Conocimiento y conducta de salud (IV) **CLASE:** Control de riesgo y seguridad (T)	(190903)Colocación de barreras para prevenir caídas. (190902)Provisión de ayuda personal. (190919)Uso de medios de traslado seguro. (190922)Proporciona la Iluminación adecuada.	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	**Mantener a:** **Aumentar a:**

INTERVENCIÓN (NIC): Prevención de caídas (6490)
ACTIVIDADES
Identificar conductas o factores que afectan al riesgo de caída. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas. Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. Instruir al paciente que pida ayuda al moverse, si precisa. Colocar barandillas longitudinales de seguridad. Colocar la cama mecánica en la posición más baja. Responder a la luz de llamada inmediatamente.

GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

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

DIAGNOSTICO: RIESGO DE ESTREÑIMIENTO (00015)

PLAN DE CUIDADOS: PUERPERIO				
DOMINIO: 3 Riesgo de estreñimiento		**CLASE**: 2 Función gastrointestinal		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	**RESULTADO (NOC)**	**INDICADOR**	**ESCALA DE MEDICIÓN**	**PUNTUACIÓN DIANA**
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de estreñimiento (00015) **DEFINICION:** Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.	**ETIQUETA:** Eliminación Intestinal (0501) **DEFINICION:** Formación y eliminación de heces. **DOMINIO**: Salud fisiológica (II) **CLASE:** Eliminación (F)	(050101)Patrón de eliminación (150103)Color de las heces en relación con la dieta (150112)Facilidad de eliminación de las heces (150121)Eliminación fecal sin ayuda	1.Gravemtente comprometido 2.Sustancialemente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido.	**Mantener a:** **Aumentar a:**
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Puerperio.				
CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):				

INTERVENCIÓN (NIC): Entrenamiento intestinal (0440)
ACTIVIDADES
Instruir a la paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra. Asegurar la ingesta adecuada de líquidos. Asegurarse de que se realicen ejercicios adecuados.

BIBLIOGRAFIA

Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorthead 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 Actuacion de Enfermeria; Manual de Procedimientos. 2da Edicion

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. 4ta Ed. Elservier

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Gloria M. Butchek, Howard k. Butcher, Joanne McCLosekey Dochterman, 5ta
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