



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre de alumnos: Keila Elizabeth Velasco Briceño

Nombre del profesor: Mahonrry de Jesús Ruiz Guillen

Nombre del trabajo: Mapas conceptual unidad 1

Materia: Enfermería en el cuidado del niño y adolescente

Grado: 5 Cuatrimestre Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 09 de febrero del 2021.

Buenas noches profe, los PLACES están más abajo ya que el formato tenia hojas que no pude quitarlas, gracias y linda noche.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) (P) Código:00091 “ Deterioro de la movilidad en la cama” Definición: Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama Factores relacionados (causas) (E) Dolor Características definitorias (signos y síntomas) Deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo de la cama.	Dominio 1 “ Salud funcional” C- Movilidad (0208) Capacidad para moverse con resolución en el entorno independiente con o sin mecanismo de ayuda. Dominio VI “ conocimiento y conducta de la salud” T- control de riesgo (1902) Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.	(020803) movimiento muscular. (020802) Mantenimiento de la posición corporal. (190220) Identificar los factores de riesgo (190205) Adaptar estrategias de control de riesgo (190209) Evita exponerse a las amenazas para la salud	Extremadam- ente comprometid-o. Sustancial-mente comprometid- o Moderadam- ente comprometid-o Levemente comprometid-o No comprometid-o	Mantener a: 3 Aumentar a: 4 Mantener a: 3 Aumentar a:5 Mantener a : 3 Aumentar a: 4 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Total: mantener 15 y aumentar a 23.

INTERVENCIONES (NIC):

ACTIVIDADES

Código: 3540

“prevención de las úlceras por presión”

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden)
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, drenaje de herida y la incontinencia fecal o urinaria.
- Humedecer la piel seca, intacta.
- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.

INTERVENCIONES (NIC):

ACTIVIDADES

Código: 0840

“control de la inmovilidad”

- Explicarle al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda
- Vigilar el estado de nutrición de oxígeno antes y después de un cambio de posición.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

1. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS, DEFINICIONES Y CLASIFICACION 2007-2008, NANDA
2. Mc CLOSKEY, JOANNNE (1999), “CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA”, NIC, 4ª EDICION, ELSEVIER, ESPAÑA.
3. MORREAD, SUE, MRION JHONSON (2005). “CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA”, NOC, 3ª EDICION, ELSEVIER, ESPAÑA.
4. NORMA OFICIAL MEXIVANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO

PARTICIPANTES:

Elaboró:

Revisión y validación:



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería

Grupo educativo albores alcazar,s.c.
 Universidad del sureste
 “pasión por educar”



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) (P) Código:00132 “Dolor agudo” Definición: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial con una duración menor de 3 meses. Factores relacionados (causas) (E) Lesión por agentes físicos Características definitorias (signos y síntomas) Expresión facial de dolor y cambio de parámetros fisiológicos.	Dominio 4 “ conocimiento y conducta de salud ” Q- conducta de salud (1605) Control del dolor Acciones personales para eliminar o reducir el dolor. Dominio 4 Control de síntomas (1608) Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.	(160502) Reconoce el comienzo del dolor (160516) Describe el dolor (160518) Establece los objetivos para el alivio del dolor con el profesional sanitario (160804) Reconoce la frecuencia del síntoma (160807) Utiliza medidas de alivio del síntoma	Extremadamamente comprometid-o. Sustancial-mente comprometid- o Moderadam-ente comprometid-o Levemente comprometid-o No comprometid-o	Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Mantener a: 3 Aumentar a:4 Mantener a : 2 Aumentar a: 3 Mantener a: 3 Aumentar a: 4 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Total: mantener 13 y aumentar a 20.

INTERVENCIONES (NIC):

ACTIVIDADES

Código: 1410

“Fomento de la comodidad física”

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localizaciones, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que alivian y agudizan
- Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentarlo mantenerlo en un nivel igual o inferior.
- Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.
- Modificar las medidas de control del dolor en función de las respuestas del paciente al tratamiento.
- Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.

INTERVENCIONES (NIC):

ACTIVIDADES

Código: 6680

“ control de riesgo- monitorización de signos vitales”

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda
- Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome los medicamentos si es posible
- Identificar las causas posibles de los cambios en signos vitales

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

1. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS, DEFINICIONES Y CLASIFICACION 2007-2008, NANDA
2. Mc CLOSKEY, JOANNNE (1999), “CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA”, NIC, 4ª EDICION, ELSEVIER, ESPAÑA.
3. MORREAD, SUE, MRION JHONSON (2005). “CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA”, NOC, 3ª EDICION, ELSEVIER, ESPAÑA.
4. NORMA OFICIAL MEXIVANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO

PARTICIPANTES:

Elaboró:

Revisión y validación:

Fuente de información:

- Diagnósticos enfermeros, undécima edición. 2028-2020(NANDA)
- Clasificación de resultados de enfermería. Medición de resultados en salud. Sexta edición (NOC)
- Clasificación de intervenciones de enfermería. Séptima edición.(NIC)