|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA DE ORTOPEDIA** |  |
|  |  |  |

**1. Propósito**

Establecer criterios estandarizados para el cuidado de los usuarios con padecimientos tratados en los servicios de hospitalización de ortopedia.

**2. Alcance**

Aplica a todo el personal de enfermería involucrado en el cuidado de los usuarios hospitalizados en los servicios de ortopedia.

**3. Responsabilidades**

**Subdirectora de Enfermería.**

Normar los lineamientos necesarios para la aplicación de los Planes de Cuidado Estandarizado de Enfermería.

**Supervisora**

Evaluar la utilización de los planes de Enfermería en los diferentes servicios.

Mantener una estrecha comunicación con la (el) Jefe de servicio y verificar correcta utilización de los Planes de Cuidado Estandarizado.

**Enfermera Jefe de servicio.**

Asesorar al personal en la utilización de los Planes de Cuidado Estandarizado

Verificar que el manejo de los Planes se realice correctamente en cada paciente

**Enfermera Especialista/General:**

Utilizar correctamente los planes para proporcionar atención de enfermería individualizada.

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la deglución | Estado de deglución fase: faríngea. | Estudio de deglución fase faríngea  Momento del reflejo de deglución.  Mantiene una posición neutra de la cabeza.  Esfuerzo deglutatorio aumentado | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancial mente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Obstrucción mecánica (edema) |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Odinofagia, tos |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de deglución** | **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de deglución** |
| **ACTIVIDADES**   * Crear un ambiente placentero durante la comida (evitar cómodos y orinales fuera de la vista). * Identificar la presencia del reflejo de deglución si fuera necesario. * Iniciar vía oral al cumplir las 24 horas del posoperatorio, iniciando con líquidos. | ACTIVIDADES  * Sentarse durante la comida para inducir sensaciones de placer y * Relajación. * Acompañar la comida con agua si es necesario. * Realizar la alimentación sin prisa, lentamente * Registrar la ingesta si resultó oportuna |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Desequilibrio nutricional: inferior a la necesidad | Apetito | Deseos de comer  Ingesta de alimentos  Ingesta de nutrientes  Estímulos para comer | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Incapacidad para absorber los alimentos  Incapacidad para ingerir y digerir los alimentos |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado; caída excesiva de pelo; bajo tono muscular; alteración del sentido del gusto. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la nutrición** | **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda para ganar peso** |
| **ACTIVIDADES**   * Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento * Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida * Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento * Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso * Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y forma de satisfacerlos | **ACTIVIDADES**   * Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de falta de peso, si procede * Observar si hay náuseas y vómitos * Controlar periódicamente el consumo diario de calorías * Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar algunos * Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida * Enseñar al paciente y a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Desequilibrio nutricional por exceso | Estado nutricional | Ingestión de nutrientes  Ingestión alimentaria  Relación peso / talla  Tono muscular | 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 |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Información u observación de patrones alimentarios disfuncionales |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Asesoramiento Nutricional** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo del peso** |
| **ACTIVIDADES**     * Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente * Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar * Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética | **ACTIVIDADES**   * Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso * Discutir con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso * Tratar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso * Determinar el peso corporal ideal para el individuo |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Déficit de volumen de líquidos. | Severidad de la pérdida de sangre. | Pérdida sanguínea visible. | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS: (CAUSAS) (E)**  Pérdida activa del volumen de líquidos. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Disminución del turgencia de la piel.  Disminución de la presión arterial.  Debilidad. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la hipovolemia.** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la hipovolemia.** |
| **ACTIVIDADES**   * Manejo de la hipovolemia. * Colocar un acceso vascular periférico, según el indicador de calidad institucional. * Toma y registro de niveles de hemoglobina y hematocrito. * Vigilar perdida de líquidos como: hemorragia, diaforesis y taquipnea. * Vigilar y registrar los signos vitales cada hora. * Controlar la respuesta del paciente a la estimulación de líquidos. * Cambio de soluciones cristaloides, coloides, para remplazar el volumen intravascular según prescripción. * Iniciar la ministración de medicamentos prescritos. * Llevar a cabo el indicador de calidad de accesos venosos institucional, en busca de infiltración o infección | **ACTIVIDADES**   * Controlar las pérdidas de líquidos insensibles como diaforesis. * Vigilar las zonas de la herida quirúrgica, realizar cambios posturales frecuentes, prevenir las lesiones y suministrar una nutrición adecuada. * Instruir al paciente para que evite cambios bruscos de posición como de supino a sedente o de bipedestación. * Observar si hay indicios de deshidratación como: poca turgencia de la piel, retraso del llenado capilar, pulso débil, sed intensa, sequedad de membranas y mucosas, disminución de la diuresis e hipotensión. * Fomentar la ingesta oral de líquidos, distribuyéndolos durante un periodo de 24 horas. * Tomar muestras para cruzar sangre, para la transfusión. * Colocar al paciente de trendelenburg en caso de hipotensión severa. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de líquidos** | **INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de los signos vitales** |
| **ACTIVIDADES**   * Determinar la cantidad de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación. * Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos como: hipertermia, diaforesis, ejercicio intenso, infección, estado post operatorio. * Vigilar ingresos y egresos. * Vigilar la presión sanguínea frecuencia cardiaca y estado de la respiración. * Observar presión sanguínea ortostática, cambios del ritmo cardiaco. * Observar las mucosas y turgencia de la piel. * Tomar notas si hay presencia de vértigo al levantarse. * Reposición de líquidos en caso de sangrado activo. | ACTIVIDADES  * Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso temperatura y estado respiratorio. * Anotar en la hoja de registros clínicos de enfermería las tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea. * Observar la presencia y calidad de los pulsos. * Observar si hay presencia de pulso paradójico, alternante, disminución o aumento de la presión. * Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. * Observar si hay cianosis central y periférica. * Observar si hay llenado capilar normal. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Incontinencia fecal | Continencia intestinal | Identifica la urgencia para defecar  Mantiene el control de la eliminación de heces  Evacuación normal de heces, al menos cada tercer día | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado5 5. Siempre Demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Lesión de los nervios motores superiores |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Incapacidad para reconocer la urgencia de defecar. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la incontinencia intestinal** | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la incontinencia intestinal** |
| **ACTIVIDADES**   * Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal. * Explicar la etiología del problema y la base de las acciones. * Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente/familia. * Examinar los procedimientos y resultados esperados con el paciente. * Vigilar si se produce una evacuación intestinal adecuada. * Controlar la dieta y las necesidades de líquido. * Colocar pañal si es necesario | **ACTIVIDADES**   * Instruir al paciente/familia a que lleve un registro de defecación si es preciso. * Lavar la zona perianal con jabón y agua secándola adecuadamente después de cada deposición. * Utilizar polvos y cremas en la zona perianal con precaución. * Mantener la ropa de cama limpia. * Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal si procede |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Incontinencia urinaria refleja | Continencia urinaria | Patrón de Eliminación  Cantidad de orina  Claridad de Orina  Digestión de Líquidos Adecuados | 1. Nunca demostrado 2. Realmente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro neurológico por encima del centro sacro. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Incapacidad para inhibir voluntariamente la micción |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la incontinencia urinaria** | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la incontinencia urinaria** |
| **ACTIVIDADES**   * Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones. * Colocación de sonda vesical , si el paciente lo amerita . * Cuidados de sonda vesical. * Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor , volumen y color . * Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente. | ACTIVIDADES  * Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo. * Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. * Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia. * Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1500 cc. de líquido al día. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Retención urinaria | Continencia urinaria | Reconoce la urgencia miccional  Patrón predecible del paso de orina  Orina en un receptáculo adecuado | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  **I**nhibición del arco reflejo |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Distención vesical |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la retención urinaria** |
| **ACTIVIDADES**   * Realizar una valoración urinaria exhaustiva centrándose en la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación urinaria, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores). * Instalación de sonda vesical, si procede . * Ayudar en el aseo a intervalos regulares . * Enseñar al paciente / familiar a registrar la producción urinaria, si procede . * Controlar periódicamente la ingesta y la eliminación. * Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión. * Vigilar presencia de residuo urinario. * Implementar cateterización intermitente, si procede. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Estreñimiento | Eliminación Intestinal | Patrón de eliminación y control de movimientos intestinales | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente Comprometido 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente Comprometido. 5. No Comprometido. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Disminución de la movilidad del tracto gastrointestinal |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Disminución de la frecuencia, distención abdominal**.** |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo del Estreñimiento/ Impactación** |
| **ACTIVIDADES**   * Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación. * Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede. * Vigilar la existencia de peristaltismo. * Consultar con el médico acerca de aumento/ disminución de la frecuencia del peristaltismo. * Observar si hay signos y síntomas de ruptura intestinal y/o peritonitis. * Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir al paciente. * Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos si no está contraindicado. * Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra si procede. * Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes. * Informar al paciente del procedimiento de desimpactación si fuera necesario. * Instruir al paciente/familia sobre el masaje al marco cólico. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA |(NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la movilidad en cama | Movilidad | Marcha | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Perdida de la integridad de la estructura ósea |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Limitación de la amplitud de movimientos |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cambio de posición** | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados del paciente encamado** |
| **ACTIVIDADES**   * Explicar al paciente el cambio de posición en decúbito lateral derecho y/o izquierdo. * Colocar colchón de aire si es necesario. * Ministra analgésico tomando en cuenta los cinco correctos, si es necesario antes del cambio de posición si fuese necesario. * Inmovilizar con una férula de yeso la extremidad pélvica si es necesaria. * Elevar la extremidad pélvica a 20 grados si es necesario para disminuir edema distal. * Movilizar al paciente al menos cada 2 horas para evitar ulceras por presión en pacientes con reposo en cama. | ACTIVIDADES  * Explicar las razones del reposo en cama. * Evitar utilizar ropa de cama con textura áspera. * Mantener ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. * Subir los barandales de la cama para prevenir caídas intrahospitalarias. * Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance del paciente. * Vigilar el estado de la piel. * Aplicar medias de compresión antitrombóticas. * Ministración de heparinas de bajo peso molecular si esta fuese necesario. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de tracción / inmovilización** |
| ACTIVIDADES  * Cuidados en la colocación de tracción esquelético y/o cutánea. * Alinear el segmento óseo. * Vigilar la tolerancia al peso de la tracción en la cutánea es el 5% del peso corporal y en la tracción esquelética el 10 %. * Vigilar la efectividad de la tracción. * Mantener la tracción constante. * Vigilar los sitios de inserción del clavo para tracción. * Instruir al paciente y familiar a cercas de la importancia de la tracción. * Elevar la cama a 45% cuando se proporcionen alimentos. * Evitar la colocación de almohadas. * Vigilar salientes Oseas. * Asegurar que las cuerdas de tracción y poleas cuelguen libremente. * Vigilar la circulación, movimientos y sensibilidad de la extremidad afectada. * Vigilar compromiso nauro vascular distal. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la movilidad física | Movimiento articular: cadera  Movimiento articular :hombro  Movilidad articular pasivo | Aducción : 50º  Flexión: 180º  Extensión: 50º  Rotación interna : 90º  Rotación externa: 90º  Rotación externa de 90°  Rotación interna de 90°  Abducción de 180°  Aducción de 50°  Dedos (derechos)  Muñeca (derecha)  dedos (izquierdos)  Muñeca (izquierda) | 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango 5. Sin desviación del rango normal |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Perdida de integridad de las estructuras óseas. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Limitación en la amplitud de movimientos |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda al autocuidado** | **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de ejercicios movilidad articular** |
| **ACTIVIDADES**   * Comprobar la capacidad del paciente para realizar auto cuidados independientes. * Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos para la adaptación .para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse. * Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño). | **ACTIVIDADES**   * Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre su función. * Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. * Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular. * Explicar al paciente y familia el objeto y el plan del ejercicios de las articulaciones * Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. * Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. * Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio. * Ayudara al paciente a colocarse en posición optima para el movimiento articular pasivo/activo. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Fomento del ejercicio** | **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito** |
| **ACTIVIDADES**   * Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con un programa de ejercicios. * Animar al paciente a empezar con ejercicios. * Realizar los ejercicios con la persona si procede. * Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o fisioterapeuta. * Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados. * Controlar el cumplimiento del individuo del programa/actividad del ejercicio. | ACTIVIDADES  * Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad ejercicio pre-escrito. * Enseñar al paciente a realizar actividades ejercicio pre-escrito. * Remitir al paciente al fisioterapeuta ocupacional si procede. * Reforzar la información proporcionada por otros miembros del quipo de salud * Incluir a la familia . * Remitir al paciente a un centro de rehabilitación si se precisa. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la ambulación | Ambulación | Sube escaleras  Camina distancias largas  Se adapta a diferentes tipos de superficies | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro musculo esquelético |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Deterioro de la habilidad para subir escaleras,  deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas, deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies desiguales |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de ejercicios: Ambulación** | **INTERVENCIONES (NIC): Ambulación** |
| **ACTIVIDADES**   * Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. * Colocar una cama de baja altura si resulta oportuno. * Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla según tolerancia. * Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. * Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. * Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. * Proporcionar un dispositivo de ayuda (andadera) para la deambulación. * Ayudar al paciente con la deambulación inicial . * Vigila la utilización por parte del ´paciente de dispositivos de ayuda. * Ayudar al paciente a establecer aumento de distancia realistas con la deambulación. * Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad * Animar al paciente a que este levantado por su propia voluntad, si procede. | ACTIVIDADES  * Vestir al paciente con prendas cómodas. * Aconsejar al paciente que utilice un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. * Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en silla, según tolerancia. * Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de ambulación, si es preciso. * Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. * Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas) para la deambulación si el paciente no camina bien. * Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario. * Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar. * Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Retraso en la recuperación quirúrgica | Curación de la herida por primera intención | Aproximación cutánea  Aproximación de los bordes de la herida  Formación de la cicatriz | 1. Ninguno. 2. Escaso. 3. Moderado. 4. Sustancial. 5. Extenso. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Infección postoperatoria de la zona quirúrgica. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados del sitio de incisión** | **INTERVENCIONES (NIC): Control de infecciones** |
| **ACTIVIDADES**   * Explicar el procedimiento al usuario mediante una preparación sensorial. * Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia. * Tomar nota de las características de cualquier drenaje. * Cambiar el apósito, con técnica aséptica, cada 24 horas. * Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión * Facilitar la visión de la incisión por parte del usuario. * Instruir al usuario acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño. | ACTIVIDADES  * Higiene de manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. * Poner en práctica las precauciones universales. * Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. * Administrar terapia de antibióticos si procede. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la nutrición** | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de heridas** |
| **ACTIVIDADES**   * Preguntar al usuario si tiene alergia a algún alimento. * Determinar las preferencias de comidas del usuario. * Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. * Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y Vitamina C, si es necesario. * Proporcionar al usuario alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede. * Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico. | ACTIVIDADES  * Despegar los apósitos y la cinta adhesiva. * Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y color. * Medir el lecho de la herida, si procede. * Atender el lugar de incisión, según sea necesario. * Reforzar el apósito si es necesario. * Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. * Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. * Realizar cultivo del material drenado, si procede. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Patrón respiratorio ineficaz | Estado neurológico | Función autónoma  Patrón respiratorio. | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometidos 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometida 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Lesión de la médula espinal |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Uso de músculos accesorios para respirar |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Oxigenoterapia** | **INTERVENCIONES (NIC): Oxigenoterapia** |
| **ACTIVIDADES**   * Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales , si procede * Mantener la permeabilidad de las vías aéreas * Preparar el equipo de oxigeno y administrar a través de un sistema humidificado. * Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxigeno. * Administrar oxigeno suplementario según ordenes. * Vigilar el flujo de litros de oxigeno. | ACTIVIDADES  * Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxigeno para asegurar que se administra la concentración prescrita * Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetria, gasometría de sangre arterial), si procede. * Asegurar la recolocación de la máscara/ cánula de oxigeno cada vez que se extrae el dispositivo * Cambiar el dispositivo de aporte de oxigeno de la máscara a cánula nasal durante la comida, según tolerancia. * Proporcionar oxigeno durante los traslados del paciente |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Disminución del gasto cardiaco | Signos vitales | Frecuencia cardiaca | 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. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Alteración de la frecuencia cardiaca |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Bradicardia |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC):Monitorización de los signos vitales** | **INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de los signos vitales** |
| **ACTIVIDADES**   * Controlar periódicamente ,presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede. * Anotar tendencia y fluctuaciones de la presión sanguínea. * Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. * Observar la presencia y calidad de los pulsos. * Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca. * Controlar periódicamente los tonos cardiacos. * Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). * Controlar periódicamente los sonidos pulmonares. * Controlar periódicamente la pulsioximetría. | ACTIVIDADES  * Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, apneústico, atáxico y suspiros excesivos). * Observar periódicamente el color, la temperatura y la humead de la piel. * Observar si hay cianosis central y periférica. * Observar si hay llenado capilar normal. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Perfusión tisular periférica ineficaz | Perfusión tisular: periférica | Llenado capilar de los dedos de los pies.  Sensibilidad  Coloración de la piel  Función muscular | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Traumatismo, inmovilidad |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Disminución o ausencia de pulso, alteración de la función motora, edema, dolor, parestesia, cambios de coloración en la extremidad. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados del embolismo: periférico** | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados del embolismo: periférico** |
| **ACTIVIDADES**   * Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (Comprobación del pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades). * Observar si hay dolor en la zona afectada. * Comprobar si hay presencia de signos de Homans.(dolor cuando se flexiona dorsalmente el pie). * Observar si hay signos de disminución de la circulación venosa, incluyendo aumento de la circunferencia de las extremidades, inflamación y sensibilidad dolorosas. * Administrar medicación anticoagulante, si procede. * Mantener al usuario en cama y cambiarlo de posición cada 2 horas. | ACTIVIDADES  * Elevar las sabanas de la cama utilizando un arco de cama o marca de protección sobre la extremidad afectada. * Vigilar el estado neurológico. * Realizar ejercicios de movimientos articulados pasivos o activos de la extremidad afectada. * Disponer medidas de alivio/comodidad respecto al dolor. * Recomendar al usuario que no se masajee la zona afectada. * Observar si se producen efectos secundarios por la medicación anticoagulante, si corresponde. * Aplicar modalidades de terapia de compresión, según sea conveniente. * Enseñar al usuario la importancia de la terapia de compresión. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Déficit de autocuidado baño e higiene | Autocuidado | Higiene  Se Viste | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro Neuromuscular |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Incapacidad para ponerse la ropa |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Ayudar con los autocuidados: baño/higiene** | **INTERVENCIONES (NIC): Autocuidados baño/higiene** |
| **ACTIVIDADES**   * Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes. * Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse. * Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño). * Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. | ACTIVIDADES  * Ayudar al paciente aceptar las necesidades de dependencia. * Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas. * Animar al paciente a realizar las actividades de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. * Alentar la independencia; pero interviniendo si el paciente no puede realizar las acción dada. * Establecer una rutina de actividades de autocuidados. * Considerar la edad del paciente al promover olas actividades de autocuidado. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Déficit de autocuidado: uso del WC | Autocuidado uso del inodoro | Entra y sale del cuarto de baño.  Se quita la ropa.  Se coloca en el inodoro o en el orinal.  Vacía la vejiga o el intestino.  Se limpia después de orinar o defecar.  Se levanta del inodoro.  Se ajusta la ropa después de usar el inodoro. | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro neuromuscular |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Manifestado por la incapacidad para llegar hasta el WC o el orinal, sentarse o levantarse del WC, manipular la ropa para la evacuación, realizar la higiene adecuada, tras la evacuación, realizar higiene perianal. |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: aseo** |
| ACTIVIDADES  * Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. * Llevar al paciente al WC o proporcionar cómodo u orinal a intervalos especificados, iniciando con un programa de proporcionar el orinal cada hora, hasta completar un vaciado vesical con intervalos de cada cuatro horas. * Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación. * Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación, si procede. * Instaurar idas al baño, si procede y es necesario. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA |(NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Déficit de auto cuidado alimentación | Auto cuidados comer | Se lleva comida a la boca con utensilios | 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Incapacidad para ingerir los alimentos de forma segura |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Deterioro musculo esquelético |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Alimentación** | INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los cuidados: alimentación |
| **ACTIVIDADES**   * Identificar la dieta prescrita. * Crear un ambiente placentero durante la comida. * Disponer de bandeja de comida y mesa de forma atractiva. * Dar la oportunidad de oler la comida para estimular el apetito. * Establecer los alimentos según lo prefiera el usuario. * Evitar distraer al paciente durante la deglución. | **ACTIVIDADES**   * Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (asas largas, asas con una circunferencia grande, o pequeñas correas en los utensilios), si es necesario. * Utilizar tazas con asas grandes. * Utilizar platos y vasos irrompibles y pesados, según se precise. * Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, si procede. * Proteger con un babero si procede. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Déficit de actividades recreativas | Motivación | Mantiene una autoestima positiva  Acoge las oportunidades para realizar contribuciones  Expresa la creencia en la capacidad de realizar la acción  Finaliza las tareas o actividades  Expresa intención de actuar | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Entorno desprovisto de actividades recreativas |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Afirmaciones de la persona de que se aburre, los pasatiempos habituales no se pueden realizar en el hospital. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Facilitar la autorresponsabilidad** | **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de entretenimiento** |
| **ACTIVIDADES**   * Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud. * Fomentar la manifestación oral de sentimientos percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. * Fomentar la independencia pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la actividad deseada. * Establecer límites sobre las conductas manipuladoras. * Abstenerse de discutir o regatear sobre los límites establecidos con el paciente. * Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de su propio autocuidado como sea posible . * Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podrá fácilmente a asumir responsabilidades. * Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta. | ACTIVIDADES  * Ayudar al paciente y familia a identificar los déficit de inmovilidad. * Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. * Incluir al paciente en la planificación de las actividades recreativas. * Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales . * Tomar en cuenta las precauciones de seguridad . * Comprobar la respuesta emocional social a las actividades recreativas. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Conocimientos deficientes | Satisfacción del paciente / usuario enseñanza | Explicación del diagnóstico médico en términos comprensibles  Explicación de los cuidados de enfermería en términos comprensibles  Explicación de los efectos de la medicación  Explicación de las responsabilidades de autocuidado para el tratamiento  Tiempo para el aprendizaje del paciente  Explicaciones proporcionadas en términos comprensibles | 1. No del todo satisfecho 2. Algo satisfecho 3. Moderadamente satisfecho 4. Muy satisfecho 5. Completamente satisfecho |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Poca familiaridad con los recursos para obtener información |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Verbalización del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Facilitar el aprendizaje** | **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza procedimiento tratamiento** |
| ACTIVIDADES  * Comenzar con las instrucciones solo después de que el paciente esté dispuesto a aprender * Ajustar la instrucción al nivel de conocimiento y comprensión del paciente * Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo * Establecer la información en una secuencia lógica * Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente * Utilizar lenguaje familiar * Definir terminología que no sea familiar * Fomentar la participación activa del paciente * Utilizar instrucción adaptada a la persona concreta cuando sea posible * Simplificar las instrucciones siempre que sea posible * Repetir información importante * Asegurar que la información proporcionada por los diversos miembros del equipo de cuidado sea consistente. | **ACTIVIDADES**   * Informa al paciente / ser querido acerca de cuándo y donde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento si procede. * Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado si es el caso * Explicar procedimiento/tratamiento. * Enseñar al paciente como cooperar/participar durante el procedimiento si procede. * Describir las valoraciones/actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas. * Informar al paciente de la forma que puede ayudar en la recuperación. * Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza medicamento prescrito** | **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza pre quirúrgica** |
| **ACTIVIDADES**   * Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos si procede. * Informar al paciente acerca del propósito de cada y acción de cada medicamento. * Instruir a la paciente acerca de la dosis vía duración de los efectos de los medicamentos . * Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de cada medicamento. * Revisar el conocimiento que le paciente tiene de los medicamentos . * Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios si es el caso . * Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe de tomar si se producen efectos secundarios. | ACTIVIDADES  * Informa al paciente y al ser querido acerca de la fecha, hora y lugar programados para su cirugía. * Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes * Describir las rutinas preoperatorios (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas de laboratorio, eliminación de orina, preparación de la piel, terapia IV vestimenta, zona de espera para los familiares y traslado al quirófano). * Destacar la importancia de la deambulación precoz y de los cuidados pulmonares * Enseñar al paciente como puede ayudar para su recuperación. * Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía. * Corregir las expectativas irreales de la cirugía si procede. * Incluir a la familia/ser querido si resulta oportuno. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA |(NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la comunicación | Estado neurológico | Función sensitiva/ motora medular | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Alteración de las percepciones |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Dificultad para mantener el patrón comunicación habitual |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Escucha activa** | **INTERVENCIONES (NIC): Mejorar la comunicación : déficit auditivo** |
| **ACTIVIDADES**   * Establecer el propósito de la interacción * Mostrar interés en el usuario * Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones * Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido, de la conversación. * Verificar la compresión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación * Utilizar el silencio, escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. | ACTIVIDADES  * Facilitar el uso de dispositivos que mejoren la audición * Dar instrucciones sencillas de una en una * Escuchar atentamente * Acercarse al oído menos afectada * Aumentar el volumen de la voz * Llamar la atención del usuario mediante el contacto físico * Facilitar la ubicación de los recursos para los dispositivos de audición. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Desesperanza | Afrontamiento de problemas | Se adapta en el cambio del estado de salud  Tranquilidad, calma, búsqueda de información  Toma de decisiones relacionadas con la salud | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro del estado fisiológico estrés de larga duración |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Disminución de la verbalización; falta de implicación en los cuidados; pasividad; trastorno del patrón del sueño; claves verbales (contenido pesimista, “no puedo”, suspiro) |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Dar esperanza** | **INTERVENCIONES (NIC): Apoyo emocional** |
| **ACTIVIDADES**   * Comentar la Ayudar al paciente/familiar a identificar las áreas de esperanza en la vida. * Evitar disfrazar la verdad. * Explicar al paciente activamente en sus propios cuidados. * Facilitar la admisión por parte del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal. | ACTIVIDADES  * Comentar la experiencia emocional con el paciente. * Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. * Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. * Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza. * Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. * Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Baja autoestima situacional | Autoestima  Adaptación a la discapacidad física | Aceptación de las propias limitaciones  Sentimientos sobre su propia persona  Se adapta a las limitaciones funcionales  Identifica maneras para Acepta la necesidad de asistencia física | 1. Nunca positivo 2. Raramente positivo 3. A veces positivo 4. Frecuentemente positivo 5. Siempre positivo 6. nunca demostrado 7. raramente demostrado 8. a veces demostrado 9. frecuentemente demostrado 10. siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro funcional |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos y situaciones |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Apoyo en toma de decisiones** | **INTERVENCIONES (NIC): Facilitar el duelo** |
| **ACTIVIDADES**   * Establecer comunicación con el paciente a su ingreso al servicio. * Obtener el consentimiento válido según se requiera. * Facilitar la toma de decisiones en colaboración. * Respetar el derecho del paciente al recibir o no información. * Proporcionar información solicitada por el paciente. * Servir de enlace entre el paciente y la familia. * Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. | ACTIVIDADES  * Identificar la pérdida. * Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida. * Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. * Escuchar las expresiones de duelo. * Fomentar la discusión de pérdidas anteriores. * Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, según proceda. * Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas. * Utilizar palabras claras, en lugar de eufemismos. * Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Mejorar el afrontamiento** |
| **ACTIVIDADES**   * Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal. * Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. * Disponer de un ambiente de aceptación. * Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. * Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese tener. * Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. * Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés. * Fomentar un dominio gradual de la situación. * Fomentar las actividades sociales y comunitarias. * Indagar las razones del paciente para su autocrítica. * Facilitar las salida constructivas a la ira y la hostilidad. * Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. * Presentar al paciente personas o grupos que hayan pasado la misma experiencia con éxitos. * Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. * Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. * Ayudar al paciente a examinar fuentes disponibles para cumplir con los objetivos. * Animar la implicación familiar, según proceda. * Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño. * Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva. * Ayudar al paciente a que se queje y trabaje por las pérdidas de la enfermedad y/o discapacidad crónica si él es caso. * Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Baja autoestima crónica | Autoestima | Aceptación de las propias limitaciones  Sentimientos sobre su propia persona | 1. Nunca positivo 2. Raramente positivo 3. A veces positivo 4. Frecuentemente positivo 5. Siempre positivo |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Adaptación ineficaz a una pérdida  Situación traumática |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Búsqueda excesiva de retroalimentación  Indecisión para aprobar situaciones nuevas |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC**): **Potenciación de la autoestima** |
| **ACTIVIDADES**   * Apoyo emocional. * aumentar los sistemas de apoyo. * Controlar las actitudes de autoestima del paciente. * Controlar la frecuencia de las expresiones de auto negación. * Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. * Ayudar al paciente a identificar el impacto de un grupo de compañeros en los sentimientos de autoestima. * Ofrecer un entorno y realizar actividades que aumenten la autoestima. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Trastorno de la imagen corporal | Adaptación a la discapacidad física | Se adapta a limitaciones funcionales  Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad  Informa la disminución de la Imagen corporal negativa  Informa aumento del confort psicológico | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Lesión, cirugía, traumatismo |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Cambio real en el funcionamiento, miedo al rechazo de los otros |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Potenciación de la imagen corporal** | **INTERVENCIONES (NIC): Aumentar el afrontamiento** |
| **ACTIVIDADES**   * Determinar las expectativas corporales del paciente en función del estadio de desarrollo. * Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía si procede. * Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. * Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente. * Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto. | ACTIVIDADES  * Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal si está indicado. * Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. * Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. * Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. * Alentar la manifestación de sentimientos percepciones y miedos. * Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. * Animar la implicación de la familia si procede. * Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella. * Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Síndrome de estrés del traslado. | Nivel de estrés | Palmas de las manos sudorosas  Boca y garganta seca  Micción frecuente  Trastornos estomacales | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro del estado de salud; imprevisibilidad de la experiencia; falta de asesoría antes del traslado; barreras lingüísticas; trasladarse de un entorno a otro; afrontamiento pasivo. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Deterioro del estado de salud; dependencia, preocupación por el traslado; inseguridad; trastorno del sueño; verbaliza que no tiene deseos de trasladarse; preocupación; retraimiento |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Disminución del estrés por traslado** | **INTERVENCIONES (NIC): Potenciación de seguridad** |
| **ACTIVIDADES**   * Incluir al individuo en el plan de traslados, según proceda. * Animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado. * Favorecer el uso de estrategias de afrontamiento. * Valorar la necesidad/deseo del individuo de apoyo social. * Asignar un compañero que le ayude en la integración. * Antes del traslado, realizar los arreglos necesarios en los objetivos personales del individuo que debe colocar. * Controlar la presencia de signos y síntomas fisiológicos y psicológicos por estrés de traslado. * Asistir la aflicción del individuo y trabajar ante la pérdida del hogar, amigos e independencia. | **ACTIVIDADES**   * Disponer de un ambiente no amenazable. * Mostrar calma. * Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad. * Discutir los cambios que se avecinan (una transferencia de sala) antes del suceso. * Evitar producir situaciones emocionales intensas. * Escuchar los miedos del paciente y a la familia. * Explicar al paciente y familia todas las pruebas y procedimientos. * Responder a las preguntas sobre su salud de manera sincera. * Ayudar al paciente / familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Ansiedad | Nivel de estrés | Inquietud  Ansiedad | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Cambio en el estado de salud |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Disminución de la ansiedad** |
| **ACTIVIDADES**   * Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. * Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. * Tratar de comprender la perspectiva del comportamiento del paciente. * Proporcionar información objetiva respecto al diagnostico tratamiento y pronostico. * Escuchar con atención. * Animar la manifestación de sentimientos percepciones y miedos. * Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. * Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA |(NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Duelo | Adaptación a la discapacidad física | Identificar riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad. | 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Perdida de un objeto significativo( trabajo, individualidad, proceso corporal) |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Alteración del nivel de actividad |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Apoyo emocional** | **INTERVENCIONES (NIC): Facilitar el duelo** |
| **ACTIVIDADES**   * Realizar afirmaciones enfatizadas o de apoyo. * Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. * Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. * Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. * Favorecer las conversaciones o el llanto como medo de disminuir la respuesta emocional. | ACTIVIDADES  * Identificar la perdida. * Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la perdida. * Escuchar la expresión del duelo. * Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas. * Comunicar la aceptación del debate sobre la perdida. * Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Duelo anticipado | Resolución de la aflicción | Verbaliza la realidad de la pérdida  Mantiene el cuidado e higiene personal  Progresa en las fases de la aflicción | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. En ocasiones demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Recaída y/o empeoramiento de los signos y síntomas de la enfermedad terminal |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Expresión de sufrimiento ante la pérdida, culpa, cólera, tristeza |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Apoyo en la toma de decisiones** | INTERVENCIONES (NIC): Facilitar el duelo |
| **ACTIVIDADES**   * Proporcionar la información solicitada por el paciente. * Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios. * Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidados y sobre la condición del paciente. | ACTIVIDADES  * Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida y escuchar las expresiones de duelo. * Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida. * Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Apoyo espiritual** |
| **ACTIVIDADES**   * Potenciar las visitas de personas identificadas como de soporte. * Proporcionar los objetos espirituales deseados de acuerdo con las preferencias del paciente. * Remitir al asesor espiritual de la elección del paciente. * Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al paciente a clarificar sus creencias y valores. * Escuchar los sentimientos del paciente, acerca de la enfermedad y la muerte. * Ayudar al paciente a expresar y liberar la ira de forma adecuada. * Identificar la aparición de signos de sufrimiento espiritual. * Si el sufrimiento se debe a las complicaciones morales/éticas de la terapia, brindar información precisa, clara y honesta sobre ella y las consecuencias de no seguir el tratamiento. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Temor | Autocontrol del miedo | Busca información para reducir el miedo.  Elimina los factores precursores del miedo. | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (procedimiento hospitalario) |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Ansiedad y nerviosismo |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza prequirúrgica** | **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza prequirurgica** |
| **ACTIVIDADES**   * Informar al paciente y al ser querido acerca de la fecha, hora, y lugar programados para la cirugía. * Informar al paciente/ser querido de la duración esperada de la operación. * Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía. * Evaluar la ansiedad del paciente/ ser querido relacionada con la cirugía. * Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes . * Describir las rutinas pre operatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas/laboratorio, eliminación de orina, preparación de la piel, terapia intravenosa, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano), si procede. * Informar al ser querido sobre al sitio de espera de los resultados de la cirugía, si resulta apropiado. * Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si procede. | ACTIVIDADES  * Discutir las posibles medidas del control del dolor. * Explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias. * Describir las rutinas /equipos posoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas familiares. * Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama, si resulta apropiado. * Instruir al paciente sobre técnicas de ejercicios de piernas. * Destacar la importancia de la deambulación precoz y los cuidados pulmonares. * Enseñar al paciente como puede ayudar a su recuperación. * Determinar las expectativas del paciente acerca de su cirugía. * Corregir las expectativas irreales de la cirugía. * Incluir a la familia, ser querido, si resulta oportuno. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA |(NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Síndrome pos traumático | Adaptación a la discapacidad física | Se adopta a limitaciones funcionales | 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Accidentes graves |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Irritabilidad neurosensorial |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Aumentar los sistemas de apoyo** | **INTERVENCIONES (NIC): Disminución de la ansiedad** |
| **ACTIVIDADES**   * Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. * Determinar el grado de apoyo económico de la familia. * Observar la situación familiar actual. * Fomentar las relaciones con personas que tengan el mismo interés y metas. * Implicar a la familia, seres queridos en los cuidados y la planificación de los mismos. * Explicar a los demás implicados la manera en que puede ayudar. | ACTIVIDADES  * Utilizar enfoques serenos de seguridad. * Establecer las expectativas del comportamiento del usuario. * Tratar de comprender la perspectiva del usuario sobre una situación estresante * Escuchar con atención. * Reforzar el comportamiento . * Crear un ambiente que facilite la confianza. * Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Prevención del suicidio** | **INTERVENCIONES (NIC): Establecimiento de objetivos comunes** |
| **ACTIVIDADES**   * Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio. * Administrar medicación, si procede para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el humor. * Reconocer aspectos de calidad de vida y control de dolor. * Implicar al usuario en la planificación de su tratamiento. * Control de efectos secundarios y los resultados deseados de la medicación. * Identificar necesidades de seguridad inmediata al negociar un contrato de no autolesión o seguridad. | ACTIVIDADES  * Animar la identificación de valores vitales específicos. * Identificar el reconocimiento por parte del usuario de su propio problema. * Evitar imponer valores personales al usuario al determinar los objetivos. * Ayudar al usuario a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos. * Preparar los resultados de comportamiento para ser utilizados en la consecución de los objetivos. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro d la mucosa oral  **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Quimioterapia.  **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Sangrado; descamación; disminución el sentido del gusto; fisuras; halitosis; lesiones orales; dolor oral; úlceras; estomatitis; vesículas; | Integridad tisular: piel y membranas mucosas | Membranas mucosas húmedas  Ingesta adecuada de líquidos  Diuresis  Sodio serológico  Sed  Movimiento espasmódico muscular | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Mantenimiento de la salud bucal** | **INTERVENCIONES (NIC): restablecimiento de la salud bucal** |
| **ACTIVIDADES**   * Aplicar lubricante para humedecer los labios y o la mucosa, si es necesario. * Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de la comida y lo más a menudo que sea necesario. * Consultar con el médico si persiste la sequedad, irritación y molestias bucales. * Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza, si es necesario. * Enseñar a los pacientes a cepillarse los dientes, las encías y la lengua. | ACTIVIDADES  * Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias. soluciones de bicarbonato de sodio, solución salina normal. * Reforzar el régimen de higiene bucal como parte de la instrucción para el alta. * Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de la comida y lo más a menudo que sea necesario. * Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos. * Aplicar anestésicos tópicos, pastas de protección bucal o analgésicos sistémicos, si es preciso. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Hipertermia | Termorregulación | Temperatura cutánea  Hipertermia  Hipotermia  Cefalea  Dolor muscular  Irritabilidad  Somnolencia  Cambio de coloración  Contractura muscular  Deshidratación | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deshidratación; enfermedad; medicamentos  **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Piel enrojecida; aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal; taquicardia, taquipnea, calor al tacto. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de los Signos Vitales** | **INTERVENCIONES (NIC): Regulación de la Temperatura** |
| **ACTIVIDADES**   * Controlar periódicamente la prensión sanguínea, pulso, temperatura y estado Respiratorio, si procede. * Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, si procede. * Observar y registrar si hay signos de hipotermia e hipertermia. * Observar la presencia y calidad de los pulsos. * Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. * Observar si hay cianosis central y periférica. | ACTIVIDADES  * Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede. * Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede. * Observar el color y la temperatura de la piel. * Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. * Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos. * Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Náuseas | Control de náuseas y vomito | Reconoce inicio de nauseas  Utiliza medidas preventivas | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuente mente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Procedimiento quirúrgico |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Informe de náuseas |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de las náuseas** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de vomito** |
| **ACTIVIDADES**   * Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes. * Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas. * Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas para controlar las náuseas. * Fomentar el descanso y sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas. | **ACTIVIDADES**   * Identificar factores (procedimiento) que pueda causar o contribuir al vomito. * Valorar las características de la emesis. * Medir o estimar el volumen de la emesis. * Determinar la frecuencia y duración del vomito. * Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. * Proporcionar apoyo físico durante el vomito. * Proporcionar alivio (poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca durante el episodio de vomito). * Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio de vomito antes de dar líquidos al paciente. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de estreñimiento | Eliminación intestinal | Facilidad para la eliminación de heces. | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Actividad física insuficiente, posición inadecuada para defecar. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo del estreñimiento/impactación** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo del estreñimiento/impactación** |
| **ACTIVIDADES**   * Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. * Valorar los factores causales: inmovilidad, posición inadecuada para defecar. * Proporcionar una dieta rica en fibra e incluir por lo menos un litro de líquidos. * Administrar, si procede, laxante o ablandador de heces. | ACTIVIDADES  * Extraer la imputación fecal manualmente, si fuese necesario. * Administrar el enema o irrigación, cuando proceda. * Proporcionar masaje marco cólico, si está indicado. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de sangrado | Severidad de la pérdida de sangre | Hemorragia postoperatoria  disminución de la hemoglobina | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Efectos secundarios relacionados con el tratamiento (cirugía, administración de anticoagulantes) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Precauciones con hemorragias** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la hipovolemia** |
| **ACTIVIDADES**   * Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia. * Anotar los niveles de hemoglobina, hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado. * Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. * Realizar estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina, de tromboplastina parcial, fibrinógeno y recuento de plaquetas, si procede. * Proteger al usuario de traumas que puedan ocasionar hemorragias. * Controlar los signos vitales ortostáticos incluyendo la presión sanguínea. * Administrar productos sanguíneos, si procede cubriendo el protocolo de calidad. | ACTIVIDADES  * Comprobar el estado de líquidos, incluyendo ingresos y excreta, si procede. * Mantener una vía IV permeable. * Vigilar los signos vitales. * Iniciar la administración de líquidos prescrita, si procede. * Asistir al usuario que deambula, en caso de hipotensión postural. * Fomentar la ingestión oral de líquidos. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de infección | Curación de la herida por primera intención | Aproximación cutánea  Aproximación de los bordes de la herida  Secreción serosanguinolenta de la herida  Secreción serosanguinolenta del drenaje. | 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Destrucción tisular |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de las heridas drenaje cerrado** | **INTERVENCIONES (NIC): Protección contra las infecciones** |
| **ACTIVIDADES**   * Verificar el sistema de drenaje de herida cerrado de acuerdo con el procedimiento. * Registrar el volumen y las características del drenaje a intervalos adecuados. * Obtener muestras, si es necesario. * Limpiar el dispositivo de recogida si es necesario. * Comprobar la permeabilidad de la unidad. * Evitar acodar los tubos. * Inspeccionar las suturas, manteniendo el dispositivo de recogida en su sitio. * Evitar la circulación retrograda. | ACTIVIDADES  * Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. * Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. * Vigilar el recuento de granulocitos absolutos, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales. * Mantener las normas de asepsia al paciente de riesgo. * Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. * Fomentar una ingesta nutricional suficiente. * Fomentar la ingesta de líquidos si procede. * Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios si procede. * Fomentar la respiración y la tos profunda si está indicada. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA |(NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de la disfunción neurovascular periférica | Estado circulatorio | Edema periférico | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Cirugía ortopédica |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de líquidos** |
| **ACTIVIDADES**   * Evaluar el edema y pulso periférico. * Realizar los cuidados de la herida. * Enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión antitrombótica. * Aplicar modalidades de terapia de compresión (compresores). * Animar al paciente a realizar ejercicios de serie de movimientos pasivos o activos, en especialmente extremidades inferiores. * Administración de medicamentos antiplaquetarios o anticoagulantes de bajo peso molecular. | ACTIVIDADES  * Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales. * Administración de líquidos. * Favorecer la ingesta oral * Llevar un registro preciso de ingesta y eliminación. * Vigilar signos vitales. * Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de lesión peri-operatoria | Control de riesgo | Reconoce los factores de riesgo  Reconoce los cambios en el estado de salud | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Edema, inmovilización, alteración sensitivo perceptuales debidas a la anestesia. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Precauciones quirúrgicas** | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados del sitio de incisión** |
| **ACTIVIDADES**   * Verificar el consentimiento de la cirugía y de otros tratamientos si es el caso * Verificar con el paciente o personas pertinentes el procedimiento y el sitio quirúrgico * Verificar que la banda de identificación y la banda de sangre del paciente son correctas * Asegurar la documentación y la informaron de cualquier alergia * Anotar la información pertinente en el registro clínico de enfermería | ACTIVIDADES  * Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial. * Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento inflamación o signos de dehiscencia. * Tomar nota de las características de cualquier drenaje. * Observar si hay signos o síntomas de infección en la incisión. * Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha. * Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión. |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Vigilancia de la piel** |
| **ACTIVIDADES**   * Vigilar el estado del sitio de incisión * Observar su color, calor, pulsos textura y si hay inflamación edema y ulceraciones * Tomar nota de los cambios de la piel * Instaurar mediadas para evitar mayor deterioro. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de déficit de volumen de líquidos | Control del riesgo | Reconocer factores de riesgo  Adaptar las estrategias del control del riesgo según es necesario. | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siembre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Situaciones que afectan la ingesta de líquidos |
|  |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de líquidos** |
| **ACTIVIDADES**   * Manejo de líquidos. * Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. * Vigilar el estado de hidratación (membranas, mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática) según sea el caso. * Monitorización de signos de líquidos . * Administrar terapia intravenosa según prescripción . * Administración de líquidos si procede ( 24 horas posterior a la cirugía). |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de cansancio del rol de cuidador | Relación entre el cuidador principal y el paciente | Paciencia  Tranquilidad  Compañerismo | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES DE RIESGO**  El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel; curso impredecible de la enfermedad. |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Apoyo al cuidador principal** |
| **ACTIVIDADES**   * Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. * Determinar la aceptación del cuidador de su papel. * Admitir las dificultades del rol del cuidador principal. * Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. * Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso. * Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia. * Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente. * Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. * Observar si hay indicios de estrés. * Educar al cuidador sobre los procesos de quejas. * Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo. * Actuar en lugar dl cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo. * Comentar con el paciente los límites del cuidador. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Disposición para mejorara la gestión de la propia salud. | Conocimiento de régimen terapéutico | Justificación del régimen terapéutico  Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual  Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia  Descripción de técnicas de auto monitorización  Descripción de los efectos esperados del tratamiento  Descripción de los procedimientos descritos | 1. Ningún conocimiento. 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento moderado. 4. Conocimiento sustancial. 5. Conocimiento extenso. |  |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos de prevención y/o tratamiento. |
|  |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Planificación de alta** |
| **ACTIVIDADES** Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.Establecer metas realistas objetivas con el pacienteOrientar al paciente y familiar durante su estancia hospitalaria a preparar el plan de alta.Determinar las capacidades del paciente para el alta.Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje.Colaborar con el médico, paciente y familiar para la planificación de la continuidad de los cuidados.Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales de salud para asegurar un alta oportuna.Identificar la comprensión de los conocimientos necesarios por parte del paciente y familiar para poner en práctica después del alta.Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.Elaborar, explicar, y entregar al paciente y su familiar el plan de alta. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN ORTOPEDIA** |

|  |
| --- |
| **BIBLIOGRAFÍA** |
| * NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elservier-Mosby; 2012 * Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª, ed. Madrid: Elservier-Mosby; 2013 * McCloskey D,J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 6ª ed. Madrid: Elservier-Mosby; 2013 |

**Control de cambios**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisión** | **Descripción del cambio** | **Fecha** |
| 00 | Inicio en el Sistema de Gestión de Calidad | Julio 2014 |
| 01 | Actualización de imagen institucional | JUN 15 |
| 02 | Actualización de Imagen Institucional | DIC 20 |