











PLAN DE CUIDADOS

CENTRO INTEGRARTE
ATENCIÓN INTERNA
GRUPO 13
CONVENIO 7371-2025

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción
2. Objetivo
3. Justificación
4. Identificación de riesgos en la población.
5. Patrones funcionales de Marjory Gordon
6. Plan de cuidados para prevenir y manejar el riesgo de caída.
7. Plan de cuidados de la piel y prevención de las ulceras por presión.
8. Plan de cuidados en alteraciones comportamentales.
9. Plan de cuidados en participantes que presentan conductas heteroagresivas y autoagresiva.
10. Plan de cuidados en personas con riesgo de atragantamiento y/ broncoaspiración.
11. Plan de cuidados en participantes con riesgo de estreñimiento o alteracionnes en la eliminación.
12. Plan de cuidados en el mantenimiento de la movilidad física.
13. Plan de cuidados en la prevención de trastornos del sueño o insomnio.



Introducción

El Plan de Cuidados del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 13 es una herramienta que orienta la identificación de factores de riesgo y protectores, así como la implementación de estrategias de intervención acordes a las necesidades de los participantes. Su propósito es garantizar un cuidado integral que promueva la seguridad, el bienestar físico, emocional y social, en coherencia con los principios de dignidad y calidad en la atención.



Este plan sirve de guía al equipo interdisciplinario para articular la evaluación de riesgos, las acciones de cuidado y el fortalecimiento de factores protectores, contribuyendo al desarrollo integral de los participantes en su vida diaria y en cada etapa del ciclo vital

Objetivo General

Diseñar e implementar un Plan de Cuidados Integral para los participantes del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 13, basado en la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y la identificación de diagnósticos de enfermería, con el fin de orientar intervenciones de enfermería (NIC) y resultados esperados (NOC) que promuevan la integridad física, emocional y social, la prevención de riesgos y el fortalecimiento del bienestar y la calidad de vida de los participantes.

JUSTIFICACIÓN

La elaboración de un Plan de Cuidados en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 13 responde a la necesidad de garantizar un abordaje integral de los participantes, teniendo en cuenta sus características, condiciones de salud y etapa del ciclo vital. La diversidad de factores de riesgo y protectores presentes en esta población hace necesario establecer lineamientos claros que orienten la atención individual y grupal, fortaleciendo la prevención, la promoción del bienestar y la protección de la integridad física, emocional y social.

Este plan se justifica además porque permite estandarizar las acciones del equipo de enfermería, optimizando los procesos de cuidado y asegurando la continuidad de la atención. Así, se convierte en una herramienta fundamental para mejorar la calidad de vida de los participantes, garantizar el cumplimiento de sus derechos y consolidar prácticas de cuidado humanizadas y sostenibles en el tiempo.

Identificación de riesgos en la población.

Categoría de Riesgo	Descripción del Riesgo	Factores Asociados
Riesgo de Caídas	Posibilidad de caída durante la deambulación, al movilizarse en cama o al usar dispositivos de apoyo.	Déficit motor, alteración del equilibrio, desorientación, uso de psicotrópicos, debilidad muscular, superficies irregulares, uso inadecuado de bastón/andador.
Riesgo de Úlceras por Presión (UPP)	Aparición de lesiones en piel y tejido subcutáneo por presión prolongada sobre prominencias óseas.	Inmovilidad, incontinencia, desnutrición, hidratación insuficiente, humedad, fricción, cizallamiento, poca rotación o cambios posturales.
Riesgo de Autoagresión	Posibilidad de daño físico o emocional autoinfligido por el participante.	Trastornos del comportamiento, frustración, ansiedad, depresión, baja tolerancia a la frustración, estimulación inadecuada, antecedentes de autoagresión.
Riesgo de Heteroagresión	Agresión física o verbal hacia otros participantes o al personal asistencial.	Episodios psicóticos, irritabilidad, impulsividad, mal manejo conductual, ansiedad, frustración, ambientes sobrecargados o de hacinamiento.
Riesgo de Atragantamiento y/o Broncoaspiración	Obstrucción de las vías respiratorias por alimentos, líquidos o cuerpos extraños.	Disfagia, alteración del reflejo deglutorio, alimentación rápida o inadecuada, falta de supervisión, mala posición durante la ingesta, alteraciones neurológicas.
Riesgo de Estreñimiento Crónico Funcional	Dificultad para la eliminación intestinal, caracterizada por evacuaciones infrecuentes o esfuerzo excesivo.	Dieta baja en fibra, baja ingesta de líquidos, inmovilidad, debilidad muscular, uso de fármacos (opioides, anticolinérgicos), malos hábitos de eliminación.
Riesgo de Alteraciones del Sueño	Trastorno en la cantidad o calidad del descanso que afecta el funcionamiento diario.	Ansiedad, dolor, ruido ambiental, interrupciones frecuentes, uso de medicamentos, rutinas inadecuadas de higiene del sueño.

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon, cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.
Define 11 patrones patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

- Patrón 1: Percepción de la salud.
- Patrón 2: Nutricional - Metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad - Ejercicio.
- Patrón 5: Sueño - Descanso.
- Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.
- Patrón 8: Rol - Relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.
- Patrón 10: Tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores - Creencias.

Plan de cuidados para prevenir y manejar el riesgo de caída.

Patrón 4: Actividad–Ejercicio

Riesgo de caídas (00155) Definición: Susceptible a un aumento de la susceptibilidad a sufrir caídas que pueden causar daño físico.

Factores relacionados (r/c):
Alteración de la marcha.
Déficit de movilidad física.
Edad avanzada.
Debilidad muscular.
Uso de dispositivos de apoyo (andador, bastón, prótesis).

Resultados esperados (NOC)

1.Control del riesgo (1902)
- Identifica factores de riesgo personales y del entorno.
- Implementa medidas de seguridad.

2.Consecuencias de las caídas: gravedad (1909)
- Minimiza el daño en caso de accidente.
- Mantiene seguridad física.
- 3. Equilibrio (0208)
- Mantiene estabilidad al estar de pie.
- Mantiene estabilidad durante la marcha

Intervenciones de enfermería (NIC)

Identificar factores de riesgo individuales y ambientales.
Asegurar barandillas, pasamanos y superficies antideslizantes.
Educar a cuidadores sobre técnicas seguras de movilización.
Supervisar la marcha durante desplazamientos.
Vigilar efectos de medicamentos que alteren el equilibrio.
Proporcionar ayuda física en transferencias.
Fomentar ejercicios de fortalecimiento muscular según tolerancia.
Promover actividades que desarrollen coordinación motora
Estimular cambios posturales controlados.
Enseñar el uso adecuado de bastón o andador.
Mantener el área libre de obstáculos.
Realizar cambios de posición cada 2 horas para evitar fatiga y debilidad.
Promover ejercicios activos y pasivos diarios según tolerancia.
Coordinar con fisioterapia para programas de fortalecimiento y equilibrio.
Educar a la familia/cuidador sobre vigilancia y apoyo en la deambulación.

Bogotá tiene mucho que contar

Plan de cuidados de la piel y prevención de las ulceras por presión.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

Proceso de formación de Ulceras por presión.



1. Presión mantenida en zonas óseas → comprime los vasos sanguíneos.

2. Isquemia → el tejido no recibe oxígeno ni nutrientes.

3. Lesión inicial → enrojecimiento que no desaparece al quitar la presión.

4. Progresión → la piel se rompe, aparece herida superficial y luego profunda (puede llegar a músculo y hueso).

5. Complicaciones → riesgo de infección local o sistémica (sepsis).

Patrón: 1 Percepción-manejo de la salud

[00336] Riesgo de lesión física
Definición: Susceptible a daño corporal como consecuencia de la interacción de factores ambientales y fisiológicos.
Factores relacionados (aplicados a piel):
Inmovilidad física.
Humedad (incontinencia, sudoración).
Fricción y cizallamiento.
Desnutrición e hidratación insuficiente.
Déficit de conocimientos sobre prevención de lesiones cutáneas.

Resultados esperados (NOC)
Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
Mantiene piel íntegra, sin lesiones ni enrojecimientos.
Conocimiento: prevención de lesiones (1810).
El auxiliar de enfermería reconoce factores de riesgo cutáneos.
Aplica medidas preventivas diariamente.
Conducta de seguridad: prevención de úlceras por presión (1904).
Realiza cambios posturales.
Mantiene la piel limpia e hidratada.

Intervenciones de enfermería (NIC)

Cambios de posición cada 2 horas en participantes encamados o en silla de ruedas.
Colocar cojines o almohadas en prominencias óseas.
Utilizar colchón antiescaras o superficies especiales.
Mantener la piel limpia y seca, especialmente en pliegues y áreas expuestas a humedad
Aplicar cremas hidratantes y lubricantes diariamente.
Evitar jabones irritantes o productos abrasivos.
Inspeccionar piel diariamente, con énfasis en sacro, talones, codos y caderas.
Documentar hallazgos de enrojecimiento, humedad o lesiones.
Reportar de inmediato cualquier signo de lesión inicial.
Enseñar al cuidador técnicas de movilización seguras que eviten fricción y cizallamiento.
Explicar importancia de la hidratación oral y dieta rica en proteínas y vitaminas.
Reforzar la necesidad de ropa holgada y sábanas limpias sin arrugas.
Reforzar programa de cambios posturales cada 2 horas.
Asegurar el uso de superficies de apoyo (colchón antiescaras, cojines).
Realizar higiene con agua tibia y jabón neutro, secando sin fricción.
Aplicar crema humectante en zonas de riesgo (sacro, talones, codos).
Valorar ingesta hídrica y nutrición adecuada.
Educar al cuidador en la identificación temprana de enrojecimientos o lesiones..

Patrón: 2 Nutricional-metabólico

[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
Definición: Susceptible a alteración en la epidermis o la dermis, que puede comprometer la salud.
Factores de riesgo:
Inmovilidad física.
Humedad (incontinencia, sudoración, secreciones).
Fricción y cizallamiento.
Alteración del estado nutricional o hidratación.
Dispositivos médicos en contacto con la piel (sondas, férulas, prótesis).

Resultados esperados (NOC)
Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
Piel intacta, sin enrojecimientos ni lesiones.
Conocimiento: prevención de úlceras por presión (1803).
Auxiliar de enfermería identifica y aplica medidas preventivas.
Conducta de prevención de caídas y lesiones (1903).
Implementa cambios posturales.
Utiliza adecuadamente los dispositivos de apoyo.

Intervenciones de enfermería (NIC)

Realizar cambios de posición cada 2 horas en personas con discapacidad encamados.
Usar colchones antiescaras, cojines de gel o superficies especiales.
Colocar almohadas en zonas de presión (sacro, codos, talones).
Mantener piel limpia, seca y humectada.
Lavar con agua tibia y jabón neutro, evitando fricción.
Aplicar cremas protectoras (óxido de zinc, vaselina) en zonas húmedas.
Inspeccionar piel diariamente, con énfasis en prominencias óseas.
Documentar hallazgos y notificar cambios (enrojecimiento, calor, humedad).
Evaluar piel en relación con dispositivos médicos (sondas, férulas).
Fomentar dieta rica en proteínas y vitaminas A, C y zinc.
Mantener hidratación oral adecuada (mínimo 1.5 – 2 litros/día si no hay restricción).
Realizar programa de cambios posturales cada 2 horas.
Colocar al participante en posiciones que reduzcan la presión (semi-fowler, decúbito lateral alterno).
Evitar arrastrar al participante en la cama (usar sábanas deslizantes).
Mantener ropa y ropa de cama limpias, secas y sin pliegues.
Valorar integridad cutánea en cada turno.
Educar al cuidador sobre cuidados básicos de la piel y signos tempranos de lesión.

Patrón: 2 Nutricional-metabólico

[00304] Riesgo de lesión por presión en adultos
Definición: Susceptible a lesiones cutáneas como consecuencia de presión no aliviada sobre prominencias óseas, que puede comprometer la salud.
Factores de riesgo (r/c):
Inmovilidad física.
Alteración del estado de conciencia.
Humedad (incontinencia, sudoración).
Fricción y cizallamiento.
Alteración de la perfusión tisular.
Disminución de la sensibilidad o percepción del dolor.
Estado nutricional deficiente

Resultados esperados (NOC)

Integridad tisular: piel y membranas mucosas
La piel se mantiene intacta, sin enrojecimientos ni lesiones.
Prevención de úlceras por presión (1803).
Auxiliar de enfermería aplica estrategias de prevención adecuadas.
Conocimiento: régimen terapéutico (1813).
Reconoce la importancia de los cambios de posición, cuidados de la piel y nutrición.

Intervenciones de enfermería (NIC)

.Mantener la cabeza de la cama en ≤ 30° para reducir fricción y cizallamiento.
Limpiar la piel suavemente con agua tibia y jabón neutro, secando sin frotar.
Aplicar cremas hidratantes y productos barrera en zonas expuestas a humedad.
Mantener la piel seca, especialmente en participantes con incontinencia.
Inspeccionar piel al menos una vez por turno.
Observar enrojecimientos, cambios de temperatura o textura en prominencias óseas.
Documentar y notificar cualquier hallazgo temprano de lesión.
Valorar estado nutricional y de hidratación.
Fomentar ingesta hídrica adecuada, salvo restricción médica.
Realizar cambios posturales programados con registro en planilla.
Colocar taloneras, protectores de codo o dispositivos para reducir presión en prominencias óseas.
Evitar ropa ajustada y mantener ropa de cama limpia, seca y sin pliegues.
Educar a cuidadores en técnicas de movilización seguras.
Promover ejercicios pasivos o activos según tolerancia para estimular la circulación.
Reforzar la importancia de la hidratación y el buen estado nutricional.

Plan de cuidados en alteraciones comportamentales.

Patrón: 7 Autopercepción-autoconcepto

Diagnósticos de enfermería: [00125] Trastorno de la percepción sensorial r/c déficit visual, auditivo o neurológico. m/p desorientación, confusión, dificultad para responder adecuadamente al entorno.

[00146] Ansiedad r/c cambios en estado de salud, dependencia de cuidadores. m/p inquietud, irritabilidad, tensión muscular.

[00172] Riesgo de violencia autodirigida o hacia otros r/c alteraciones cognitivas, frustración, falta de control emocional.

Resultados esperados (NOC)
Autocontrol de la ansiedad (1402).
Mantiene conducta calmada

Disminuye manifestaciones de tensión.
Interacción social (1501).
Establece relaciones positivas con cuidadores y compañeros.

Autoestima (1205).
Expresa confianza en sí mismo.
Reconoce capacidades preservadas.

Conducta de autocontrol (1404).
Reconoce situaciones de riesgo y evita conductas agresivas.

Intervenciones de enfermería (NIC)

Establecer límites claros y consistentes en las conductas inapropiadas.
Reforzar conductas positivas con estímulos verbales y gestos de aprobación.
Mantener ambiente seguro y estructurado.
Favorecer un ambiente tranquilo y con rutinas predecibles.
Enseñar técnicas de relajación (respiración profunda, música suave).
Proporcionar apoyo verbal calmado y seguro.
Escuchar activamente las preocupaciones.
Validar sentimientos sin juicios.
Brindar acompañamiento cercano en momentos de crisis.
Estimular participación en actividades adecuadas a sus capacidades.
Reforzar logros alcanzados, aunque sean pequeños.
Promover autonomía progresiva en tareas sencillas.
Observar y registrar episodios de agitación, ansiedad o conductas agresivas.
Ofrecer espacios de esparcimiento o actividades ocupacionales según el gusto del participante.
Favorecer la integración en dinámicas de grupo con otros usuarios.
Educar a la familia/cuidadores sobre técnicas de manejo de la conducta.
Coordinar apoyo con psicología o psiquiatría en casos de alteraciones severas.
Diseñar rutinas estructuradas para dar seguridad y previsibilidad al participante.

Bogotá tiene mucho que contar

Plan de cuidados en conductas de heteroagresión y autoagresión.

Patrón: 8 Rol-relaciones

Diagnósticos de enfermería: [00172] Riesgo de violencia autodirigida relacionado con (r/c): impulsividad, alteraciones cognitivas, baja tolerancia a la frustración.
Población de riesgo: personas con antecedentes de autoagresión o ideación suicida.

[00138] Riesgo de violencia hacia otros relacionado con (r/c): irritabilidad, ansiedad, agitación psicomotora, déficits en el control de impulsos.
Población de riesgo: personas con conductas agresivas previas, conflictos interpersonales.

[00146] Ansiedad relacionado con (r/c): ambiente desconocido, dependencia de cuidadores, cambios en estado de salud
Manifestado por (m/p): inquietud, tensión, irritabilidad, conductas agresivas

Resultados esperados (NOC)
Autocontrol de la agresión (1401).
Controla verbalizaciones hostiles.
Evita conductas físicas dañinas hacia sí mismo o hacia otros.

Autocontrol de la ansiedad (1402).
Mantiene conducta calmada ante estímulos estresores.

Conducta de seguridad personal (1902).
Utiliza estrategias de afrontamiento en lugar de autoagresión.

Interacción social (1501).
Mantiene relaciones adecuadas con pares y cuidadores.

Intervenciones de enfermería (NIC)

Establecer límites claros, firmes y consistentes para conductas agresivas.
Aplicar refuerzo positivo a conductas adecuadas.
Evitar confrontaciones directas y mantener una distancia segura.
Retirar objetos peligrosos del entorno.
Supervisión estrecha según nivel de riesgo.
Coordinar apoyo inmediato con el área de psicologia o en caso de ser posible, psiquiatría si es necesario.
Favorecer ambiente calmado y estructurado
Utilizar técnicas de relajación guiada (respiración profunda, música suave).
Acompañar con actitud serena y contenedora.
Escucha activa sin juicios.
Validar emociones de frustración y enojo.
Fomentar expresión verbal de emociones en lugar de conducta agresiva.
Identificar factores desencadenantes de la agresión.
Entrenar en técnicas alternativas: respiración profunda, retirarse de la situación, pedir ayuda.
Educar a la familia y cuidadores en el manejo seguro de episodios de agresión para casos donde decidan medio familiar.
Mantener supervisión constante en participante con historial de autoagresión
Asegurar un ambiente seguro, retirando objetos punzantes, cortantes o peligrosos.
Implementar protocolos de contención verbal y física solo si es necesario y con autorización institucional.
Favorecer la participación en actividades ocupacionales y de descarga emocional (arte, música, ejercicio supervisado).
Realizar registro detallado de incidentes de agresión (situación desencadenante, conducta, intervención aplicada, respuesta).
Reforzar la colaboración interdisciplinaria con atenciones médicas de psicología y psiquiatría.

Plan de cuidados en participantes con riesgo de atragantamiento y/o broncoaspiración.

Patrón: 2 Nutricional-metabólico

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

[00039] Riesgo de aspiración Relacionado con (r/c): deterioro del reflejo deglutorio, disfagia, alteración neurológica, posición inadecuada durante la alimentación.

[00040] Riesgo de asfixia Relacionado con (r/c): atragantamiento por alimentos sólidos, secreciones o cuerpos extraños.

[00103] Déficit de deglución (si ya está presente la dificultad) Relacionado con (r/c): disfunción neuromuscular, alteración cognitiva. Manifestado por (m/p): tos al comer, cambios en la voz tras deglutir, residuo de alimentos en cavidad oral

Resultados esperados (NOC)

Estado de deglución (1010): Mantiene una deglución segura sin atragantamiento ni tos.

Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas (0410): Vías aéreas libres, sin signos de obstrucción ni aspiración.

Conocimiento: manejo de la dieta (1811): Auxiliares de enfermería identifican y aplican estrategias para prevenir atragantamiento.

Prevención de la aspiración (1918): Aplica medidas de seguridad durante la alimentación

Intervenciones de enfermería (NIC)

Colocar al participante en posición de Fowler o semifowler (30–45°) durante la alimentación.
Mantener la misma posición al menos 30–60 minutos después de comer.
Supervisar la ingesta de alimentos y líquidos.
Administrar alimentos en pequeñas cantidades, con textura adecuada (puré, papillas, líquidos espesados si se requiere).
Evaluar reflejo de tos y deglución antes de iniciar alimentación oral.
Coordinar con fonoaudiología para técnicas de deglución seguras.
Evitar distracciones durante la ingesta de alimentos.
Vigilar signos de obstrucción: tos súbita, cianosis, dificultad respiratoria.
Enseñar técnicas de alimentación segura (volumen adecuado, pausas).
Indicar alimentos que aumentan riesgo de atragantamiento (frutas con semillas, carnes secas, trozos grandes)
Entrenar en maniobra de Heimlich y en actuación en caso de obstrucción.
Verificar nivel de conciencia y capacidad de deglución antes de cada comida.
Espesar líquidos si hay disfagia diagnosticada.
Evitar uso de pajillas/popotes en personas con alto riesgo de broncoaspiración.
Administrar medicación triturada o líquida según indicación médica.
Registrar episodios de tos o atragantamiento durante la alimentación.
Educar al cuidador sobre signos de alarma: tos persistente, cambios de coloración, voz húmeda.

Plan de cuidados en personas con riesgo de estreñimiento o alteraciones en la eliminación gastrointestinal.

Patrón: 3 Eliminación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

[00236] Riesgo de estreñimiento crónico funcional

•Definición: Susceptible a una disminución en la frecuencia normal de las deposiciones acompañada de eliminación difícil o incompleta, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo (r/c):

•Movilidad reducida o inactividad física.

•Dieta baja en fibra.

•Ingesta insuficiente de líquidos.

•Medicación (opioides, anticolinérgicos).

•Hábitos intestinales irregulares.

•Factores emocionales (estrés, ansiedad).

Resultados esperados (NOC)

Eliminación intestinal (0501). Mantiene frecuencia y consistencia adecuada de las heces.

Conocimiento: dieta (1812). Reconoce la importancia de la fibra y la hidratación para la salud intestinal.

Conducta de autocuidado: actividades de la vida diaria (0300). Integra en su rutina medidas para favorecer la motilidad intestinal.

Intervenciones de enfermería (NIC)

- Establecer un horario regular para la evacuación
- Valorar características de las heces y frecuencia de eliminación.
- Ofrecer ayuda en el uso de dispositivos (baño, chata, pañal).
- Favorecer dieta rica en fibra (frutas, verduras, cereales integrales).
- Evitar exceso de alimentos astringentes (arroz blanco, plátano verde).
- Estimular el consumo de líquidos (mínimo 1.5–2 L/día si no hay restricción médica).
- Estimular la movilidad activa o pasiva.
- Fomentar caminatas cortas, ejercicios de movilidad en cama o silla.
- Coordinar con fisioterapia programas de fortalecimiento abdominal.
- Enseñar técnicas de relajación durante la evacuación.
- Explicar la importancia de no reprimir el deseo de defecar
- Orientar al cuidador en hábitos saludables para prevenir el estreñimiento.
- Registrar patrón de eliminación intestinal en planillas de cuidados.
- Establecer rutina de evacuación después de las comidas (reflejo gastrocólico).
- Administrar medicamentos o suplementos (laxantes, fibra) según indicación médica.
- Realizar masajes abdominales en sentido horario para estimular el tránsito intestinal.
- Reforzar el hábito de sentarse en la posición más fisiológica posible para la defecación.

Bogotá tiene mucho que contar





Estimulación del colon descendente





Estimulación del colon transverso





Estimulación del colon ascendente

Estimulación abdominal para minimizar el estreñimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

Bogotá tiene mucho que contar

Plan de cuidados en el mantenimiento de la movilidad física.

Patrón: 4 Actividad-ejercicio

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
[00085] Deterioro de la movilidad física
Definición: Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades. Relacionado con (r/c): dolor, debilidad, alteración neuromuscular, uso de dispositivos. Manifestado por (m/p): dificultad para moverse, disminución de la amplitud de movimiento, alteraciones en la marcha.

Resultados esperados (NOC)
Movilidad (0208). → Mantiene la capacidad de movimiento dentro de sus posibilidades.

Ambulación (0200). → Realiza desplazamientos con o sin ayuda.

Autocuidado: actividades de la vida diaria (0300). → Participa en higiene, vestido y alimentación según capacidad.

Intervenciones de enfermería (NIC)

.

- Realizar ejercicios activos y pasivos diariamente.
- Fomentar estiramientos suaves para mantener elasticidad
- Brindar apoyo físico y uso correcto de dispositivos.
- Supervisar y apoyar los desplazamientos para prevenir caídas.
- Enseñar posturas adecuadas para prevenir fatiga y lesiones.
- Apoyar al participante en la deambulación diaria, según tolerancia.
- Estimular ejercicios pasivos/activos en extremidades con movilidad reducida.
- Realizar masajes terapéuticos para estimular circulación.
- Reforzar el uso correcto de silla de ruedas, neurologica, andador o prótesis.
- Coordinar con fisioterapia para plan de rehabilitación.

Plan de cuidados en la prevención de trastornos del sueño o insomnio.

Patrón: 5 Sueño-reposo

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
[00198] Trastorno del patrón del sueño
Definición: Alteración en la cantidad y calidad del sueño que afecta el funcionamiento. Relacionado con (r/c): ansiedad, dolor, cambios en el entorno, fármacos. Manifestado por (m/p): dificultad para iniciar el sueño, despertares frecuentes, somnolencia diurna.

Resultados esperados (NOC)
Sueño (0004). → Conciliar y mantener el sueño durante el descanso nocturno.

Bienestar personal (2002). → Expresa sensación de descanso y energía.

Nivel de ansiedad (1211). → Mantiene un nivel de ansiedad reducido antes de dormir.

Intervenciones de enfermería (NIC)

.

- Establecer rutina de horarios regulares para dormir.
- Promover ambiente tranquilo, silencioso y con iluminación tenue.
- Enseñar técnicas de relajación (respiración, música suave).
- Evitar ruidos, estímulos visuales o interrupciones innecesarias durante la noche.
- Observar y registrar cantidad y calidad del sueño diario.
- Favorecer hábitos de higiene del sueño (evitar cafeína o comidas pesadas en la noche).
- Promover rutinas de relajación antes de dormir (baño tibio)
- Ofrecer medidas de confort (almohadas, posición adecuada).
- Evaluar necesidad de medicación de rescate identificando aparición de efectos secundarios (según orden médica).

Bogotá tiene mucho que contar

GRACIAS!



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ