

Plan de cuidados al paciente que va a ser intervenido de hernia inguinal (GDR 163).

Los códigos CIE 9 incluidos en este GDR van desde 550 al 550.9. La estancia media en el año 2003 fue de 2,65 días con un total de 607 casos que generaron unas estancias de 1611 días. Pero al analizar detalladamente los datos se encuentra diferencias significativas en cuanto a los días de estancia relacionado con la edad del paciente. En los pacientes mayores o iguales a 65 años la estancia media es de 4,7 días generan un total de 813 días de estancias y el número de pacientes en este grupo es de 173 casos. En cambio, en los pacientes menores de 65 años la estancia media es de 1,83 días, el número de casos fue de 434 pacientes y la suma total de estancias fue de 798 días.

Estos datos vienen a resaltar la importancia de la individualización del plan de cuidados aquí presentado pues la comorbilidad y las situaciones de salud tan diversas que presentan los pacientes generan que los profesionales de enfermería adapten los cuidados de enfermería prestados a las necesidades alteradas de los pacientes.

Objetivos preoperatorios:

- Disminuir la ansiedad que experimenta el paciente y familia en el preoperatorio.
- Educar al paciente y familia en las medidas de prevención de las complicaciones quirúrgicas.

Objetivos postoperatorios:

- Prevenir la aparición de complicaciones postquirúrgicas.
- Educar al paciente y la familia en el manejo de los signos de alarma postoperatorias.

Criterios de aplicación del plan:

Este plan de cuidados estándar se aplicará a todos aquellos pacientes diagnosticados de hernia inguinal que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente.

Valoración estandarizada al ingreso según el modelo de D. Orem.

Respiración:

- No alterada.

Alimentación:

- No dependiente. Dieta absoluta por intervención quirúrgica.

Eliminación:

- Dependiente: déficit de autocuidado uso del WC, retención urinaria.
- Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio.

Descanso:

- Alterado: insomnio, ansiedad, alteración del ritmo de sueño habitual del paciente debido a hospitalización.
- Sistema Apoyo educativo.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio.

Higiene personal:

- Dependiente: déficit de autocuidado en la higiene y vestido.
- Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio.

Movilidad:

Dependiente: limitación del movimiento parcial.

Sistema Parcialmente compensatorio.

Seguridad:

Alterada: hipotensión ortostática.

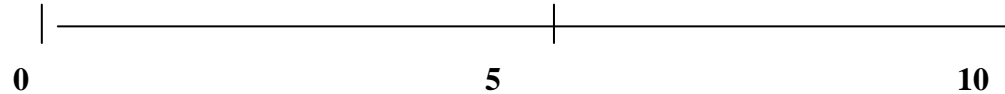
Sistema Apoyo educativo.

Sistema Parcialmente compensatorio.

Estado de consciencia: consciente y orientado.

Riesgo de caídas bajo.

Dolor moderado. Valoración del dolor a través de la Escala Analógica Visual.



(ausencia de

(dolor moderado)

(máximo dolor)

dolor)

Estatus funcional:

La puntuación será de 1-2.

1 = Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio.

2= Capaz de cuidarse pero no de llevar a cabo cualquier actividad. Permanece encamado durante menos del 50% de las horas de vigilia.

Estado piel y mucosas:

- Alterada: eritemas cutáneos, hematoma genitales, herida quirúrgica.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio

Riesgo UPP:

Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden:

- Riesgo bajo (mayor de 14 puntos).

Capacidad sensorial:

- No alterada.

Aspectos psicológicos y sociales:

Ansiedad, déficit de actividades recreativas...

Diagnósticos de Enfermería identificados en el paciente intervenido de hernia inguinal.

Requisitos de autocuidado universal:

PREOPERATORIO:

- ◆ Aislamiento e interacción social.
Ansiedad r/c la intervención quirúrgica.

POSTOPERATORIO:

- ◆ Eliminación.
Déficit de autocuidado: uso del WC r/c el temor o miedo al dolor o dehiscencia de la herida.
- ◆ Movilidad.
Deterioro de la movilidad física r/c intervención quirúrgica.
- ◆ Aislamiento e interacción social.
Ansiedad r/c la intervención quirúrgica.
- ◆ Prevención accidentes
Deterioro de la integridad tisular r/c la herida quirúrgica.
Riesgo de aspiración r/c la intervención quirúrgica
- ◆ Promoción de la normalidad.
Déficit de autocuidados: baño/higiene r/c el temor o miedo al dolor o dehiscencia de la herida.

Déficit de autocuidados: vestido/ acicalamiento r/c el temor o miedo al dolor o dehiscencia de la herida.
Dolor agudo r/c la intervención quirúrgica.
Náuseas r/c la medicación anestésica.

Desarrollo del plan de cuidados estandarizado para el paciente intervenido de hernia inguinal durante toda su estancia.

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados. 2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad. 3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso. 4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones. 5. Establecer el procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA. 		Al ingreso		
Protección de los derechos del paciente.(7460)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente. 2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal. 3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente. 		En la estancia		
Intermediación cultural (7330)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento. 2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que puedan afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada. 3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...) 4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada. 		En la estancia		

Informe de turnos (8140)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede. 2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede. 3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados. 4. Describir el régimen de tratamiento. 5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas. 6. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno. 7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo. 8. Resumir los progresos en las metas fijadas. 		En la estancia		
Planificación del alta (7370)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las capacidades del paciente para el alta 2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. 3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. 4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta. 5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados. 				

			<p>5610.7. Discutir las medidas de control del dolor.</p> <p>5610.8. Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama.</p> <p>5610.9. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo.</p>			
Intervención quirúrgica	<i>Obj: Se cumple el protocolo de preparación quirúrgica.</i>	<i>Preparación prequirúrgica (2930)</i>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio:</p> <p>2930.2. Confirmar la explicación preoperatorio.</p> <p>2930.3. Asegurarse de que el paciente esta en ayunas.</p> <p>2930.4. Verificar que se ha firmado el consentimiento informado.</p> <p>2930.5. Verificar que se han realizado las pruebas de laboratorio necesarias.</p> <p>2930.6. Verificar que se ha realizado ECG.</p> <p>2930.7. Comunicar al personal de quirófano las necesidades de cuidados especiales.</p> <p>2930.8. Comprobar que el paciente lleva la banda de identificación, y de alergias si procede.</p> <p>2930.9. Retirar anillos, pulseras...</p> <p>2930.10. Extraer dentaduras postizas, gafas, lentillas u otras prótesis.</p> <p>2930.11. Quitar el esmalte de uñas, maquillaje, si procede.</p> <p>2930.13. Administrar la medicación preoperatorio, si procede.</p> <p>2930.14. Realizar rasurado de la zona inguinal-umbilical y ducha, si procede.</p> <p>2930.15. Comprobar que el paciente se ha colocado las prendas de vestir según el protocolo.</p> <p>2930.16. Proporcionar información a la familia sobre las zonas de espera..</p> <p>2930.17. Preparar la habitación para el retorno del paciente de la cirugía.</p>	Previo cirugía	ENF	

POSTOPERATORIO

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/ AE	R/N R
<input type="checkbox"/> Dolor agudo r/c intervención quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Control del dolor (1605)</i> 11. Refiere dolor controlado. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> EVA: <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj: El paciente referirá una disminución de la frecuencia de aparición del dolor tras la administración de las mediadas analgésicas.		<input type="checkbox"/> Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:				
			Valoración del dolor.	☰	c/precise	ENF	
			Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.	☰	c/precise	ENF	

<p><input type="checkbox"/> Náuseas r/c medicación anestésica.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Severidad de las náuseas y vómitos (2107)</i></p> <p>01-Frecuencia de las náuseas 02.Intensidad de las náuseas.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: El paciente manifieste una disminución o alivio de la sensación nauseosa y que disminuya también la frecuencia de las náuseas.</p>	<p><i>Manejo de las náuseas (1450)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio/Apoyo educativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes. 2. Identificar factores (medicamentos y procedimientos) que puedan causar o contribuir a las náuseas/vómitos. 3. Controlar los factores ambientales que pueden evocar náuseas/vómitos (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable). 4. Identificar estrategias exitosas en el alivio de las náuseas/vómitos. 5. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas para controlar las náuseas/vómitos. 6. Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas/vómitos. 7. Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas. 8. Proporcionar información acerca de las náuseas/vómitos, sus causas y su duración. 			c/precise	ENF/ AE	
--	--	--	--	--	--	-----------	------------	--

<p><input type="checkbox"/>Deterioro de la movilidad física r/c intervención quirúrgica.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Movilidad (0208)</i> 06.Ambulación 14.Se mueve con facilidad.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: Aumentar de forma progresiva el nivel de movilidad</p>	<p><i>Terapia de ejercicios: deambulaci3n (0221)</i></p>	<p><input type="checkbox"/>Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. Colocar el interruptor de posici3n de la cama al alcance del paciente. Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una asilla, seg3n tolerancia. Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes corporales. Enseñar al paciente a colocarse en la posici3n correcta durante el proceso de traslado. Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. Aplicar / proporcionar un dispositivo de ayuda para la deambulaci3n si el paciente no camina bien. Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial, si es necesario. Instruir al paciente / cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras. Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de la seguridad. 		c/precise	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/>Déficit de autocuidado de baño e higiene y vestir r/c el temor o miedo al dolor , dehiscencia de la herida.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Nivel de autocuidado (0313)</i> 02.Se viste 05.Mantiene higiene personal.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: el paciente mantendr3 cubierto la necesidad de higiene durante la estancia hospitalaria</p>	<p><i>Ayuda en el autocuidado: vestir/acicalamiento (1802)</i></p>	<p><input type="checkbox"/>Sistema Parcialmente Compensatorio:</p> <p>Higiene del paciente que requiere ayuda parcial, no encamado. <input type="checkbox"/></p> <p>Cambio de ropa de cama de paciente aut3nomo. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Sistema Totalmente Compensatorio:</p> <p>Higiene del paciente en cama. <input type="checkbox"/></p> <p>Higiene de los genitales. <input type="checkbox"/></p> <p>Cambio de ropa de cama de paciente encamado. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Sistema Apoyo educativo:</p> <p>Higiene del paciente aut3nomo. <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes. Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos 		c/precise	AE	

			<p>de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.</p> <p>3. Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes...).</p> <p>4. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados.</p>				
<p><input type="checkbox"/> Déficit del autocuidado en el uso del WC r/c intervención.</p> <p><u>Inicio:</u></p> <p><u>Fin:</u></p>	<p><i>Autocuidados: uso del inodoro. (0300)</i></p> <p>03. Uso inodoro</p> <p><u>Inicio:</u></p> <p><u>Fin:</u></p> <p>Obj.: el paciente mantendrá cubierta la necesidad de eliminación durante la estancia hospitalaria.</p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema Apoyo educativo/ Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:</p> <p>Manejo del orinal tipo botella.</p>		c/precise	ENF/AE	
			<p>Manejo del orinal tipo cuña.</p>		c/precise	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/> Deterioro de la integridad tisular r/c herida quirúrgica.</p> <p><u>Inicio:</u></p> <p><u>Fin:</u></p>	<p><i>Curación de la herida por primera intención. (1102)</i></p> <p>13. Aproximación de los bordes de la herida.</p> <p><u>Inicio:</u></p> <p><u>Fin:</u></p> <p>Obj.: La herida quirúrgica del paciente no presentará ni signos ni síntomas de infección.</p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema Totalmente Compensatorio:</p> <p>Normas generales en el cuidado de las heridas.</p>	☰	c/turno	ENF	
			<p>Cuidados de las heridas mediante técnica seca.</p>	☰	c/turno	ENF	
<p><input type="checkbox"/> Ansiedad r/c intervención quirúrgica.</p>	<p><i>Autocontrol de la ansiedad.</i></p>	<p><i>Disminución de la</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio:</p>		c/precis	ENF	

<p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>(1402) 17.Refiere control de la ansiedad <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: El paciente manifieste estar más tranquilo y una disminución de su ansiedad.</p>	<p><i>ansiedad. (5820)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. 13. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si está prescrito. 14. Escuchar con atención. 15. Reforzar el comportamiento, si procede. 16. Crear un ambiente que facilite la confianza. 17. Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos. 18. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. 19. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. 20. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. 21. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. 22. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 		<p>e</p>		
<p><input type="checkbox"/>Riesgo de aspiración r/c medicación anestésica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Prevención de la aspiración (1918)</i> 02.Evita factores de riesgo. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <i>Obj: el paciente no presentará aspiración durante su estancia hospitalaria</i></p>		<p><input type="checkbox"/>Sistema Apoyo Educativo. Prevención de la aspiración.</p>	<p>☰</p>	<p>c/precise</p>	<p>ENF</p>	
COMPLICACIONES POTENCIALES							
<p><input type="checkbox"/>Retención urinaria r/c intervención.</p>	<p><i>Eliminación urinaria (0503)</i> 01.Patrón de eliminación. 32.Retención</p>	<p><i>Manejo de la eliminación urinaria.(0590)</i></p>	<p><input type="checkbox"/>Sistema parcialmente/totalmente compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y la percusión. 2. Proporcionar intimidad para la eliminación. 3. Utilizar el poder de la sugestión haciendo correr agua. 4. Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frío en el abdomen, frotando la 		<p>c/8h c/precise e</p>	<p>ENF ENF</p>	

<u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	urinaria. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: El paciente recuperará un patrón de eliminación urinaria habitual.	Cuidados de la retención urinaria. (0620)	parte interior del muslo, haciendo correr agua.					
	Sondaje vesical.		☐	c/procede	ENF			
<input type="checkbox"/> Infección de herida quirúrgica r/c intervención quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Curación de la herida por segunda intención. (1103) 21. Disminución del tamaño de la herida <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: La herida quirúrgica del paciente disminuyan los signos y síntomas de infección.		<input type="checkbox"/> Sistema totalmente compensatorio: Valoración de la temperatura corporal	☐	c/8 h.	ENF/AE		
			Cuidados de enfermería ante un paciente con fiebre	☐	c/precise	ENF		
			Administración de medicación prescrita (antibioterapia)	☐	c/prescrito	ENF		
			Obtención de exudado de heridas para cultivo.	☐	c/precise	ENF		
			Cura de las heridas mediante técnica cura húmeda por 2ª intención	☐	c/12 h	ENF		
			Control y cuidados de los drenajes quirúrgicos	☐	c/turno	ENF		
			Vigilancia de la piel. Valoración de la herida quirúrgica	☐	c/turno	ENF		
<input type="checkbox"/> Hemorragia r/c intervención quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Coagulación Sanguínea (0409) 02. Sangrado <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: El paciente no presentará hemorragia durante su estancia hospitalaria	Precauciones con las hemorragias (4010)	<input type="checkbox"/> Sistema Apoyo Educativo: 1. Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia. 2. Anotar los niveles de hemoglobina y hematocrito antes y después, si está indicado. 3. Realizar estudios de coagulación, si procede. 4. Controlar los signos vitales. 5. Mantener reposo en cama durante la hemorragia. 6. Evitar esfuerzos. 7. Valorar signos y síntomas de hipovolemia.		c/2-3 h.	ENF/AE		

<p><input type="checkbox"/> Íleo paralítico r/c intervención quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>Obj: Detectar precozmente los signos y síntomas de íleo paralítico.</p>	<p><i>Manejo del vómito (1570)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema Totalmente compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> Control de ausencia de movimientos peristálticos. Observar la presencia de distensión abdominal y timpanismo. Mantener al paciente a dieta absoluta. Valorar la necesidad de sondaje nasogástrico. 		<p>c/2-3h c/2-3h c/precise c/precise</p>	<p>ENF ENF ENF ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/> Dehiscencia de sutura r/c intervención quirúrgica. . <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>Obj.: Detectar precozmente los signos y síntomas de dehiscencia de la herida quirúrgica.</p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema Totalmente compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> Valorar signos y síntomas de dehiscencia de sutura. Reducir riesgo de infección. Aplicar gasas humedecidas en suero fisiológico. Informar al médico. 		<p>c/precise c/precise c/precise c/precise</p>	<p>ENF ENF ENF ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/> Presencia de edema genital externo r/c intervención. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Obj: Detectar precozmente los signos y síntomas de edema genital.</i></p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema Totalmente/Parcialmente compensatorio: Valorar signos y síntomas de edema genital externo: Dolor intenso con movimiento. Hinchazón. Hematoma en región abdominal inferior y muslo.</p>		<p>c/8h</p>	<p>ENF</p>	
			<p>Aplicar frío.</p>		<p>c/8h</p>	<p>ENF</p>	
			<p>Colocar un suspensorio en caso de que el paciente sea varón.</p>		<p>c/precise</p>	<p>ENF</p>	
			<p>Elevar el escroto con un almohadillado cuando el paciente esté en decúbito supino</p>		<p>c/precise</p>	<p>ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/> Hematoma en herida quirúrgica r/c intervención. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Obj: Detectar precozmente los signos y síntomas de hematoma.</i></p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema Apoyo /Parcialmente/Totalmente compensatorio: Valorar signos y síntomas de hematoma: Dolor. Tumefacción. Fóvea. Piel tirante y turgente.</p>		<p>c/8h</p>	<p>ENF</p>	
			<p>Aplicación de frío/calor.</p>		<p>c/8h</p>	<p>ENF</p>	
			<p>Asesoramiento sexual.</p>		<p>c/precise</p>	<p>ENF</p>	

Anexo I: Tabla resumen Cuidados Generales en el paciente intervenido de Hernia inguinal.

PREOPERATORIO

Diagnósticos de enfermería	Cuidados de enfermería
Ansiedad prequirúrgica	<ul style="list-style-type: none">■ Disminución de la ansiedad■ Enseñanza: prequirúrgica
Intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none">■ Preparación quirúrgica

POSTOPERATORIO

Diagnósticos de enfermería	Cuidados de enfermería
Déficit de autocuidado: uso WC, baño/higiene, vestido/acicalamiento	Ayuda en los autocuidados: <ul style="list-style-type: none"> - Higiene del paciente. - Ayuda en la alimentación. - Ayuda en el vestir. - Ayuda en la eliminación.
Deterioro de la movilidad física.	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda en la movilización. - Fomento de la deambulaci3n y ejercicios pasivos. - Posiciones funcionales durante el reposo en cama.
Ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuci3n de la ansiedad.
Deterioro de la integridad tisular.	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia de la herida quirúrgica. - Cura de la herida quirúrgica con técnica seca.
Riesgo de aspiraci3n.	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiraci3n de secreciones, si precisa. - Prevenci3n de la aspiraci3n.
Dolor agudo	<ul style="list-style-type: none"> - Valoraci3n del dolor. - Administraci3n de analgesia pautada. - Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor
Náuseas	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de las náuseas. - Vigilar ingesta y emesis - Realizar higiene bucal frecuente. - Fomentar el descanso y tranquilidad. - Técnicas de relajaci3n.

Riesgo de edemas y hematomas en los genitales externos.	<ul style="list-style-type: none">- Aplicar frío/calor.- Valorar signos y síntomas de dolor, hinchazón, hematoma, piel tirante, fóvea.- Asesoramiento sexual.- Colocar suspensorio en el varón.- Elevar el escroto.
---	---

Bibliografía.

1. Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. "Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC". Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2002.
2. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª Ed. Mosby- Elsevier. Madrid. 2004.
3. Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Ed. Mosby- Elsevier. 2004
4. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Madrid. 1994.
5. Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 3 Ed. Mosby. Madrid.1996.
6. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona. 1999.
7. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ed Masson Salvat. Barcelona 1993
8. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Ed. Servicio Gallego de Salud. 2002.
9. "Un enfoque del proceso de Enfermería. Mosby. Bárbara Long, Phipps, Cassmeyer, 3ª edición, 1.997.
10. Manual Merck. International. Merck Sharp y Dohmg. International, 6ª edición. 1.978.
11. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Harcourt Brace. Pamela L. Swearingen, Tercera edición.
12. Enfermería Práctica. Marin. Lilian Smoltisis Brunne Doris Smith Suadarth, 1987.
13. Enfermería Médico Quirúrgica. Interamericana McGraw-Hill. Bárbara C. Long/Wilma J. Phipps, 1994.
14. Proceso de enfermería y Diagnósticos de enfermería. Interamericana-Mcgraw-Hill. Patricia W. Iyer. Barbara J. Taptich. Donna Bernocchi-Losey, 1993.
15. Diagnósticos de Enfermería". Interamericana. Mcgraw-Hill. Mi Ja Kim, G.K. Mcfarland, A. M. Mclane, 1993.
16. Enfermería Mosby 2000 Médico Quirúrgica. Mosby. Long/Phipps/Cassmeyer.
17. Principios y prácticos de enfermería médico quirúrgica. Mosby/Doyma Libros. Patricia Gauntlett Beare, RN, PhD.
18. Mercedes Albaladejo Tello, Francisco Javier Ballesta López,, Francisco Vicente Blanes Compañ,, Catalina Cases Alarcón, Miguel Castells Molina, Manuela Domingo Pozo, Francisco Javier Gómez Robles, Nieves Izquierdo García, José Luis López Montes, Belén Payá Pérez, Mercedes Segura Cuenca, María Torres Figueiras .Guía de Actuación de enfermería: Manual de procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Secretaría Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003.
19. López Medina IM, Sánchez Criado V. Paciente Postquirúrgico. Plan de cuidados. Rev Rol Enf 2001;24(3):219-224.