

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

PROCESO: LESIONES PLEXO BRAQUIAL ADULTOS

GRD 19: Trastornos de nervios craneales y periféricos sin CC:

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad de nervios craneales y periféricos de origen vírico, metabólico, traumático o idiopático como: neuropatía diabética, neuralgia del trigémino, parálisis de Bell, síndrome del túnel carpiano, síndrome cervicobraquial, neuropatía periférica idiopática o lesiones de los nervios cubital, radial, ciático o del plexo braquial.

Plexo braquial: Es la red nerviosa que se origina en la médula espinal distribuyéndose por el brazo. Por el se transmiten todos los movimientos y sensaciones del miembro superior. Parálisis plexo braquial: Es la pérdida de fuerza con afectación de la sensibilidad del miembro superior que se produce por daño de los nervios del plexo braquial. En el adulto el daño nervioso se suele producir después de traumatismos aunque existen otras causas más infrecuentes como los tumores o las radiaciones ionizantes. Parálisis braquial obstétrica: Es la pérdida de fuerza y flacidez de un miembro superior que se produce por daño nervioso del plexo braquial en el nacimiento.

TIPOS DE LESIÓN.

1. Supraclaviculares: Constituyen el 75% de todos los plexos. Pueden ser preganglionares en raíces o postganglionares al nivel de los troncos. Dentro de ellas se distinguen varios tipos:

- Superiores (Erb Duchenne): Son el 22% de las supraclaviculares. Se producen por tracción del brazo hacia abajo y desviación de la cabeza hacia el otro lado con aumento del ángulo cuello-hombro. Implican las raíces C5, C6 solas o junto la C7 o el tronco superior solo o junto con el tronco medio.
- Medias (Remack): Son muy raras. Se producen por tracción con el brazo en abducción de 90º y afectan la raíz C7 o el tronco medio exclusivamente.
- Inferiores (Déjerine Klumpke): El 3% de las supraclaviculares. Se producen por tracción hacia arriba del brazo que origina casi siempre un arrancamiento de las raíces C8 y T1.
- Totales. Sucede en el 75% de las supraclaviculares y se producen después de un traumatismo más violento. O bien se observa ruptura postganglionar de todo el plexo, ruptura de las raíces superiores y avulsión de las inferiores o avulsión de todas las raíces.

2. Retroclaviculares: Postganglionares, muy infrecuentes y afectan a las divisiones. Se observan en fracturas de clavícula.

3. Infraclaviculares: Constituyen el 25% de todos los plexos. Lógicamente son postganglionares y ocurren en los cordones y sus ramificaciones. Son de mejor pronóstico. En estos casos la tracción nerviosa se produce por luxaciones de hombro o de la articulación acromio-clavicular y en fracturas de la extremidad proximal de húmero. Suceden generalmente donde los nervios están más fijos como el paso del nervio circunflejo en el espacio cuadrilátero, la introducción del nervio supraescapular por la escotadura supraescapular o la entrada del nervio musculocutáneo en el coracobiceps. Tienen una alta incidencia de lesión vascular asociada.

4. Doble nivel: Suceden en un 10% de las supraclaviculares. A una lesión supraclavicular se le asocia una afectación infraclavicular. Lo más frecuente es la asociación de una lesión radicular o de un tronco primario con un arrancamiento al nivel muscular del circunflejo en el deltoides o del musculocutáneo a su entrada en el coracobiceps

Estancia media prevista: CUATRO DIAS

Límites del proceso de cuidados:

INICIAL: Ingreso en una unidad de hospitalización quirúrgica COT.

FINAL: Alta hospitalaria.

CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL PLAN.

Este plan de cuidados estandarizados se aplicará a todos aquellos pacientes que ingresen en una unidad de hospitalización de Traumatología para una cirugía de lesiones del plexo braquial en el adulto.

Objetivos Generales del Plan:

- * Realizar un cuidado integral del paciente
- * Registrar todas las actividades de enfermería
- * Educar e implicar al paciente y familia sobre el proceso de su enfermedad y en los cuidados básicos
- * Contribuir a la elaboración de una Guía de Cuidados al alta para paciente/familia, en vías de conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.
- * Prevenir complicaciones derivadas del proceso quirúrgico.
- * Garantizar la continuidad de cuidados al alta del paciente estableciendo los objetivos de rehabilitación del paciente.

VALORACIÓN ESTANDARIZADA AL INGRESO SEGÚN EL MODELO DE D. OREM

Respiración:

No alterada

Alimentación:

✘ No alterada

Eliminación

- ✘ Dependiente: estreñimiento, déficit de autocuidado uso WC.
 - Sistema Parcialmente Compensatorio
 - Sistema Totalmente Compensatorio

Descanso

- ✘ Alterado:, ansiedad, alteración ritmo del sueño habitual del paciente
 - 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 de la movilidad braquial
 - Sistema Parcialmente Compensatorio
 - Sistema Totalmente Compensatorio

Seguridad

- ✘ Alterado: riesgo de traumatismo, deterioro de la movilidad, disminución de la sensibilidad,.
 - Sistema Parcialmente Compensatorio
 - Sistema Totalmente Compensatorio

Estado de consciencia: consciente y orientado

Riesgo de caídas elevado, precisa elementos de seguridad.

Valoración del dolor a través de la escala analógica visual

0 _____ 5 _____ 10
(Ausencia de dolor) (Dolor moderado) (Máximo dolor)

Estatus funcional

La puntuación será de 2-3

3= sólo puede cuidarse en parte. Permanece encamado más del 50% de las horas de vigilia

Estado de piel y mucosas.

- ✘ Alterado: 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 moderado (13-14 puntos)

Capacidad sensorial

No alterada

Alterada: déficit visual, táctil...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Aspectos psicológicos y sociales

Alterada: ansiedad

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE CON LESIÓN DE PLEXO BRAQUIAL

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse a sí mismo y su familia 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 procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA
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.
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 pueden 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 adecuada.
Informe de turnos (8148)	<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.
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.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

PREQUIRÚRGICOS:

DOLOR *CRONICO* (00133)

R/C lesiones del plexo braquial

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA (00085)

R/C lesiones del plexo braquial

ANSIEDAD (00146)

R/C intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

POSTQUIRÚRGICOS:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA (00085)

R/C prescripción de restricción de movimientos, inmovilidad forzada del miembro operado , del cuello y dolor

DOLOR AGUDO (00132)

R/C intervención quirúrgica (herida, drenajes, etc.), con la lesión del plexo braquial.

NÁUSEAS (00134)

R/C medicación anestésica, intervención quirúrgica y cambios en el estado de salud

RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00025)

R/C deterioro eliminación urinaria y sangrado quirúrgico

RIESGO DE ESTREÑIMIENTO (00015)

R/C alteración de la ingesta e intervención quirúrgica

RETENCIÓN URINARIA (00023) (RIESGO)

R/C intervención quirúrgica

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046)

R/C incisiones quirúrgicas zona donante , receptora y drenajes

RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

R/C procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, drenajes, catéteres, etc.)

RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA (00087)
R/C intervención quirúrgica

RIESGO DE CAÍDAS (00155)
R/C debilidad por intervención quirúrgica

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO (00108)
R/C inmovilidad

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO (00110)
R/C inmovilidad

RIESGO DE SANGRADO (00206)
R/C intervención quirúrgica

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126) ACERCA DEL PROCESO DE ENFERMEDAD
R/C falta de familiaridad con los recursos para obtener la información

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA HOSPITALIZACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	<u>INTERVENCIONES (NIC)</u>
PREQUIRÚRGICOS:		
Ansiedad (00146)	<p style="text-align: center;">Autocontrol de la ansiedad (1402)</p> <p style="text-align: center;">Bienestar (2002)</p>	<p>Disminución de la ansiedad (5820):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
Intervención quirúrgica	<p style="text-align: center;">Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)</p>	<p>Preparación quirúrgica (2930):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Completar lista de comprobaciones preoperatorias. - Verificar firma del consentimiento informado. - Comprobar: disponibilidad de transfusiones de sangre, realización de ECG y análisis de laboratorio y ayunas del paciente. - Extraer prótesis y alhajas. - Administrar y registrar medicamentos preoperatorios. <p>Enseñanza prequirúrgica (5610):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer experiencias previas y nivel de conocimiento del paciente relacionado con la cirugía. - Describir rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, etc.). - Informar al familiar sobre sitio de espera para

		<p>recibir resultados sobre cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente acerca de la técnica de sujeción de incisión, tos y respiración profunda. - Destacar importancia de deambulacion precoz y cuidados pulmonares.
Dolor crónico (00133)	<p>Sintomatología: Nivel del dolor (2102)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor referido (/01) <p>Conducta de salud: Control del dolor (1605)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refiere dolor controlado (/11) 	<p>Manejo del dolor (1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. - Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión. - Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. <p>Administración de analgésicos (2210):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgésia - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares (Escala EVA) después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). - Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.
Deterioro de la movilidad física(00085)	<p>Cuidados personales:- actividades de la vida diaria.(0300)</p> <ul style="list-style-type: none"> -actividades instrumentales de la vida diaria (0306) <p>. Limitación de la habilidad para las habilidades motoras groseras. .</p> <p>. Limitación de la habilidad para las habilidades motoras finas:</p>	<p>Ayuda al autocuidado(1800)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes. - Observar la necesidad por parte del paciente

		<p>de dispositivos para la adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.</p> <ul style="list-style-type: none">- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
--	--	---

POSTQUIRÚRGICOS:		
Dolor agudo (00132)	<p style="text-align: center;">Sintomatología: Nivel del dolor (2102)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor referido (/01) <p style="text-align: center;">Conducta de salud: Control del dolor (1605)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refiere dolor controlado (/11) 	<p>Manejo del dolor (1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. - Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión. - Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. <p>Administración de analgésicos (2210):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgesia - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares (Escala EVA) después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). - Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.
Náuseas (00134)	<p style="text-align: center;">Control de náuseas y vómitos (1618)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados (/12) <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza adecuadamente medicaciones antieméticas (/08) 	<p>Manejo de las náuseas (1450):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurarse de que se ha administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible. - Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de ingestas

		<p>Manejo del vómito (1570):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar alivio durante el episodio del vómito (lavar cara, ropa limpia, etc.). - Controlar equilibrio de líquidos y electrolitos. - Esperar como mínimo 30 minutos tras vómito antes de dar líquidos al paciente.
Riesgo de infección (00004)	<p>Control del riesgo (1902): de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconoce factores de riesgo (/01) - Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas (/04) <p>Detección del riesgo (1908): de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (/01) <p>Termorregulación (0800)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertermia (/19) - Sudoración con el calor (/10) - Frecuencia del pulso radial (/12) 	<p>Protección contra infecciones (6550):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito. - Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. <p>Control de infecciones (6540):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. - Tomar constantes vitales y control de signos de shock séptico. - Vigilar la aparición de fiebre. - Hacer cultivos de sangre, orina o material exudado, si procede.
Riesgo de estreñimiento (00015)	<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de heces en relación con la dieta (/04) - Facilidad de eliminación de las heces (/12) 	<p>Manejo del estreñimiento (0450):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control de la cantidad y aspecto de las deposiciones - Fomentar el aumento de ingesta de líquidos, si no está contraindicado. - Sugerir el uso de laxantes, si procede.

		<ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente/ familia sobre el uso correcto de laxantes. <p>Manejo intestinal (0430):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente. - Control de deposiciones: número, cantidad y aspecto. - Proporcionar los dispositivos necesarios para la evacuación
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)	<p>Equilibrio de líquidos (0601) Hidratación (0602)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membranas mucosas húmedas (/02) <ul style="list-style-type: none"> - Diuresis (/11) <p>Estado de los signos vitales (0802)</p>	<p>Manejo de líquidos (4120):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar terapia intravenosa según prescripción. - Realizar registro preciso de ingesta y eliminación. - Vigilar estado de hidratación (membranas mucosas, pulso, presión sanguínea ortostática, etc.) - Incentivar ingesta hídrica progresiva tras tolerancia positiva.
RETENCIÓN URINARIA (00023) (RIESGO)	<p>Eliminación urinaria (0508)</p>	<p>Sondaje vesical (0580):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar fundamento y procedimiento del sondaje vesical - Hacer el sondaje de forma estéril <p>Cuidados catéter urinario (1876):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo del catéter con asepsia - Comprobar la correcta colocación del globo y movilizarlo si procede. - Vigilar permeabilidad y lavar manualmente si procede.

		<p>Manejo de la eliminación urinaria (0590):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar eliminación urinaria: frecuencia, olor, volumen y color. - Observar signos de retención y/0 infección tracto urinario. - Realizar balances parciales.
RIESGO DE CAÍDAS (00155)	<p>Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909)</p> <p>Estado de seguridad: caídas (1912)</p>	<p>Prevención de caídas (6490):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente - Identificar características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caídas. - Proporcionar dispositivos de ayuda (andador, etc.) y de seguridad (barandillas). <p>Manejo ambiental: seguridad (6486):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente - Utilizar dispositivos de adaptación y de protección (barandillas, puertas cerradas, etc.)
RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA (00087)	<p>Estado circulatorio (0401)</p> <p>Estado neurológico (0909)</p> <p>Estado respiratorio: ventilación (0403)</p> <p>Perfusión tisular: periférica (0407)</p> <p>Estado de los signos vitales (0802)</p> <p>Función sensitiva: propioceptiva (2402)</p>	<p>Control de hemorragias (4160):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar vendaje compresivo o presión manual, si indicación. - Control de hemoglobina/ hematocrito. <p>Cuidados del embolismo periférico (4104):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar valoración de la circulación periférica (pulso, edema, etc.) - Administrar medicación anticoagulante, si procede. - Cambios posturales cada 2 horas, si no movimiento o ejercicios.

		<ul style="list-style-type: none"> - Recomendar no masaje de la zona. <p>Monitorización neurológica (2620):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar tendencias de Escala de Coma de Glasgow - Vigilar aparición respuesta de Babinski o de Cushing. - Explorar tono muscular y propiocepción. - Vigilar signos vitales - Monitorizar parámetros hemodinámicos invasivos y PIC y PPC (presión perfusión cerebral). <p>Monitorización respiratoria (3350):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar lecturas del ventilador mecánico (frecuencia, ritmo, etc,) y los valores de SaO₂ y CO₂ de gases en sangre. - Vigilar secreciones respiratorias. <p>Fisioterapia respiratoria (3230):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Practicar percusión con drenaje postural (clapping) - Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos. <p>Oxigenoterapia (3320):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxígeno a través de un sistema calefactado y humidificado. - Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre
--	--	--

		<p>arterial), si procede.</p> <p>Administración de medicación (2300):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. - Seguir los cinco principios de la administración de medicación. - Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos. - Vigilar signos vitales y valores del laboratorio.
<p>Deterioro de la integridad cutánea (00046)</p>	<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura (/01) - Hidratación (/04) - Piel intacta (/13) <p>Curación de heridas (1102)</p>	<p>Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar higiene y aseo, si precisa. - Proporcionar soporte a las zonas edematosas. - Aplicar apósitos y/o geles hidrocoloides, si procede. - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. - Aplicar protectores a los talones. - Registrar grado de afectación de la piel. <p>Cuidados del sitio de las incisiones zona donante y receptora (3440):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar cura de las incisiones de modo estéril - Mantener apósitos limpios y secos. - Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas. - Prevenir la aparición de seromas.

		<p>Cuidados de las heridas (3662):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medir lo drenado en cada turno - Vigilar signos de infección local y/o dehiscencia de bordes - Retirar ágrafes y/o suturas cuando proceda - Retirar drenajes a las 48h. de la intervención. - Vigilar puntos de incisión de drenajes y aspecto de volumen de drenado.
Deterioro de la movilidad física (00085)	<p>Conocimiento actividad prescrita(1811):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Descripción de las restricciones de la actividad(181104) -Descripción de los factores que disminuyen la tolerancia a la actividad(181106) <p>Movilidad (0208)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimiento muscular (/03) Ambulación, andar (0200) 	<p>Manejo de energía(0180):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las limitaciones físicas del paciente <p>Enseñanza: actividad/ ejercicio (5612):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilizar al paciente indicándole la importancia de moverse - Instruir en la realización de sencillos ejercicios de flexo extensión que se puedan hacer en la cama. - Instruir al paciente/familia en los cuidados a seguir con sling inmovilizador (lo llevará mes y medio) y el collarín inmovilizador (se llevara 7 días). <p>Fomento del ejercicio (0200):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la deambulacion precoz, levantar al sillón a las 48h.tras retirada de redones.
Déficit de autocuidado: baño (00108)	<p>Autocuidados higiene (0305)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantiene una apariencia pulcra (/14) 	<p>Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene (1801):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. - Proporcionar ayuda en la higiene hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir

		los autocuidados.
Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)	Autocuidados: uso del inodoro (0310) - Entra y sale del cuarto de baño (/03)	Ayuda en el autocuidado: aseo/ WC (1804): - Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente (colocar la cuña). - Acompañar en la deambulación para disminuir riesgos de caídas y permanecer al menos 10 minutos sentado en la cama antes de levantarse.
Riesgo de sangrado (00206)	Severidad de la pérdida de sangre(4130) - Pérdida sanguínea visible (/01) - Distensión abdominal (/06) - Disminución de la presión arterial sistólica (/09) - Disminución de la presión diastólica (/10) - Aumento de la frecuencia cardíaca apical (/11) - Pérdida de calor corporal (/12) - Palidez de las membranas cutáneas y mucosas (/13) - Ansiedad (/14) - Cognición disminuida (/15) - Disminución de la hemoglobina (/16) - Disminución del hematocrito (/17)	Administración de productos sanguíneos (4030) Control de hemorragias (4160): - Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito - Control de constantes vitales, volumen drenado, y aparición de hematuria. - Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal. - Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación. - Evitar esfuerzos. - Mantener al paciente en reposo Monitorización de constantes vitales: TA, FC, Tª. Disminución de la hemorragia: heridas (4028)
Conocimientos deficientes (00126) acerca del proceso de enfermedad	Conocimiento: proceso de enfermedad (1803) - Descripción del proceso de enfermedad (/02) - Descripción de la causa (/03) - Descripción de los factores de riesgo (/04) - Descripción de los efectos de la enfermedad (/05) Descripción de las complicaciones (/09)	Enseñanza: proceso de enfermedad (5602): - Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir - Describir signos y síntomas

Bibliografía:

- Junta de Andalucía: Consejería de Salud. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/> Consultado en: 04-11-10
- Herdman, TH. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010
- Bulechek, GM, Butcher, HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5ª Ed. Barcelona: Mosby- Elsevier; 2009
- Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Madrid: Ed. Mosby- Elsevier; 2005
- Bentolilla V, Nizard R, Bizot P, Sedel L. Complete traumatic brachial plexus palsy. J Bone Joint Surg 1999, 81A: 20-28.
- Birch R, Bonney G, y Wynn Parry, CB. Surgical disorders of the peripheral nerves. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998
- Birch, R. Infraclavicular lesions. En: Boome RS, ed. The brachial plexus. New York: Churchill Livingstone, 1997, 79-88.
- Bonnard C, Slooff ACJ. Brachial plexus lesions. Drawings of explorations and reconstructions by Algimantas Otonas Narakas. Berlín: Springer, 1999.
- Boome, RS. Penetrating injuries. En: Boome RS ed. The brachial plexus. New York: Churchill Livingstone, 1997, 107-112.
- Breidenbach WC. Vascularized nerve grafts. A practical approach. Orthop Clin N Am 1988; 19: 81-89
- Brien WW, Gellman H, Becker V, Garland DE, Waters RL, D Wiss. Management of fractures of the humerus in patients who have an injury of the ipsilateral brachial plexus. J Bone Joint Surg 1990; 72A: 1208-1210.
- Brunelli GA, Brunelli GR. Miscellaneous conditions. Radiation injuries. En: Boome RS ed. The brachial plexus. New York: Churchill Livingstone, 1997, 135-138.
- Burge P. Diagnostic investigations. En: Boome RS ed. The brachial plexus. New York: Churchill Livingstone, 1997, 19-29.
- Camus M, Lefebvre G, Veron P. Traumatisme obstétrique du nouveau né. J Gynecol Obstet 1995; 14: 1033-1044.
- Carstedt T, Grane P, Hallin RG, Norén G. Return of function after spinal cord implantation of avulsed spinal nerve roots. Lancet 1995; 346: 1323-1325.
- Clarke HM, Curtis CG. An approach to obstetrical brachial plexus injuries. Hand Clinics 1995, 11: 563-580.
- Chuang DCC, Wei FC, Noodhoff MS. Cross-chest C7 nerve grafting followed by free muscle transplantation for the treatment of total avulsed brachial plexus injuries. Plast Reconstr Surg 1993, 92: 717-725.
- Chuang DCC. Nerve transfer. En: Boome RS ed. The brachial plexus. New York: Churchill Livingstone, 1997, 51-62.

- Doi K, Sakai K, Kuwata N et al. Reconstruction of finger and elbow function after complete avulsion of the brachial plexus. *J Hand Surg* 1991, 16A: 796-803.
- Francel PC, Koby M, Park TS et al. Fast spin-echo magnetic resonance imaging for radiological assessment of neonatal brachial plexus injury. *J Neurosurg* 1995, 83: 461-466.
- García-Fernandez M, Cabrero-Martín B, González-Hidalgo M, Franco-Carcedo C, García-López A. Intraoperative electroneurography of brachial plexus. *Clin Neurophysiol* 2002; 113 (S1): 76.
- García-López A: Diagnóstico de las parálisis traumáticas del plexo braquial. *Jano Traumatol* 2000, 2: 11-14, 2000.
- García-López A, López-Durán Stern. Cronología en la cirugía de las lesiones del plexo braquial. Tema de actualización. *Rev Ortop Traumatol*; 47: 73-82, 2003.
- Gasparotti R, Ferraresi S, Pinelli L et al. Three-dimensional MR myelography of traumatic injuries of brachial plexus. *Am J Neuroradiol* 1997, 18: 1733-1742.
- Gu YD, Chen DS, Zhang GM, Cheng XM, Xu JG, Zhang LY, et al. Long-term functional results of contralateral C7 transfer. *J Reconstr Microsurg* 1998; 14: 57-59.
- Hattori Y, Kazuteru D, Toh S, Baliarsing AS. Surgical approach to the spinal accessory nerve for brachial plexus reconstruction. *J Hand Surg* 2001; 26A: 1073-1076.
- Hems TEJ, Birch R, Carlsted T. The role of magnetic resonance imaging in the management of traction injuries to the adult brachial plexus. *J Hand Surg* 1999, 24B: 550-555.
- Hoffer MM, Phipps GJ. Closed reduction and tendon transfer for treatment of dislocation of the glenohumeral joint secondary to brachial plexus birth palsy. *J Bone Joint Surg* 1998, 80A: 997-1001.
- Kanaya F, Jevans AW. Rapid histochemical identification of motor and sensory fascicles: preparation of solutions. *Plast Reconstr Surg* 1992, 90.3: 514-515.
- Kawai H, Kawabata H, Masada K et al. Nerve repairs for traumatic brachial plexus palsy with root avulsion. *Clin Orthop* 1988, 237: 75-86.
- Kawai H, Kawabata H. *Brachial plexus palsy*. World Scientific. Singapore 2000.
- Kirkos JM, Papadopoulos IA. Late treatment of brachial plexus palsy secondary to birth injuries: Rotation osteotomy of the proximal part of the humerus. *J Bone Joint Surg* 1998, 80A: 1477-1483.
- Leffert RD. Clinical diagnosis, testing, and electromyographic study in brachial plexus traction injuries. *Clin Orthop* 1988, 237: 24-31.
- Marshall RW, Williams DH, Birch R, Bonney G. Operations to restore elbow flexion after brachial plexus injuries. *J Bone Joint Surg* 1988, 70B: 577-582.

- Merrell GA, Barrie KA, Katz DL, Wolfe SW. Results of nerve transfer techniques for restoration of shoulder and elbow function in the context of a meta-analysis of the English Literature. *J Hand Surg* 2001; 26A: 303-314.
- Midha R. Epidemiology of brachial plexus injuries in a multitrauma population. *Neurosurg* 1997; 40: 1182-1189.
- Mosivais JJ, Narakas AO, Turkof E, Sun Y. The endoscopic diagnosis and possible treatment of nerve root avulsion in the management of brachial plexus injuries. *J Hand Surg* 1994, 19B: 547-549.
- Nakamura T, Yabe Y, Horiuchi Y, Takayama S. Magnetic resonance myelography in brachial plexus injuries. *J Bone Joint Surg* 1997, 79B: 764-769.
- Narakas AO, Hentz VR. Neurotización in brachial plexus injuries. Indication and results. *Clin Orthop* 1988, 237: 43-56.
- Narakas AO, Herzberg G. Neuro-neural intraplexal transfers in traumatic radicular avulsions of the brachial plexus. *Ann Chir Main* 1985; 4: 211-218.
- Narakas AO. Lésions anatomo-pathologiques dans les paralysies traumatiques du plexus brachial. En: Alnot J, Narakas A eds. *Les paralysies du plexus brachial*. Expansion Scientifique Française, Paris, 1989 (English revised 2nd ed, 1996).
- Oberlin C, Beal D, Leechavengoungs S, Salon A, Dauge MC, Sarcy JJ. Nerve transfer to biceps muscle using a part of ulnar nerve for C5-C6 avulsions of the brachial plexus: Anatomical study and report of four cases. *J Hand Surg* 1994; 19A: 232-237.
- Palazzi S, Cáceres JP, Palazzi JL. Nuestra experiencia en la neurotización cubito-bicipital (operación de Oberlin). *Rev Iber Cir Mano* 2000; 58: 29-36.
- Pearl ML, Edgerton BW. Glenoid deformity secondary to brachial birth palsy. *J Bone Joint Surg* 1998, 80A: 659-667.
- Randsford AO, Hughes SPF. Complete brachial plexus lesions. *J Bone Joint Surg* 1977; 59B: 417-420.
- Roger B, Travers V, Laval-Jeantet M. Imaging of posttraumatic brachial plexus injury. *Clin Orthop* 1988, 237: 57-61.