

Plan de cuidados a la paciente que va a ser intervenida de legrado obstétrico/ginecológico (GRD 364)

El legrado consiste en la extracción de tejido de la membrana interna del útero con un instrumento en forma de cuchara, la legra, tras haber provocado la dilatación de la abertura del útero. La anestesia local puede producir molestias y calambres. Las hemorragias y calambres que siguen al procedimiento son normales; las pérdidas pueden continuar por una semana. En algunos casos no se producen hemorragias pero en otros sí, especialmente si se ha quitado un pólipo o un fibroma. Hay mujeres que después de la operación sienten dolores abdominales o dolor en la espalda durante algunos días. Este procedimiento se realiza en las siguientes circunstancias:

- Diagnóstico y tratamiento de menstruaciones anormales, especialmente en mujeres mayores.
- Diagnóstico y tratamiento de pólipos.
- Diagnóstico de cáncer uterino, fibromas y otros tumores del útero.
- Tratamiento de endometritis.
- Poner término a un embarazo o extirpar el tejido que queda luego de dar a luz o de un aborto.
- Hemorragia abundante tras dar a luz .

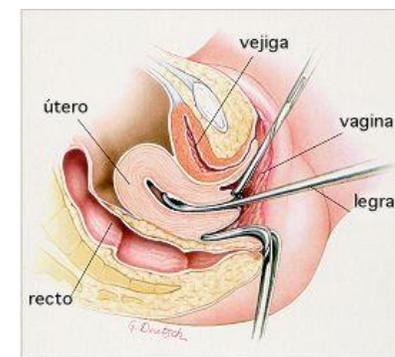
El GRD 364 es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica, excepto neoplasia maligna ,a las que se ha practicado una biopsia o legrado sobre cerviz o útero, conización de cerviz o implante radioactivo. Los códigos CIE9 de esta intervención van desde 69.01 a 69.09 y de 69.51 a 69.59.

Objetivos preoperatorios:

- Disminuir la ansiedad que experimenta la 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 todas aquellas pacientes que ingresan para la realización de un legrado.

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

Respiración:

- No alterada.

Alimentación:

- No dependiente. *Dieta absoluta por intervención quirúrgica. Distensión abdominal.*

Eliminación:

- No dependiente
 Dependiente: *riesgo* retención urinaria.
 Sistema Parcialmente compensatorio.
 Sistema Totalmente compensatorio.

Descanso:

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

Higiene personal:

- No dependiente

Movilidad:

- No dependiente

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 la paciente que va a ser intervenida de un legrado.

PREOPERATORIO:

Requisitos de autocuidado universal:

- ◆ Aislamiento e interacción social.
Ansiedad r/c la intervención quirúrgica y la pérdida.
- ◆ Promoción de la normalidad.
Dolor agudo r/c los fármacos prequirúrgicos.
- ◆ Prevención accidentes
Riesgo de hemorragia vaginal r/c el proceso médico.

POSTOPERATORIO:

Requisitos de autocuidado universal:

- ◆ Prevención accidentes
Riesgo de hemorragia vaginal r/c la intervención quirúrgica.
Riesgo de infección r/c con los catéteres periféricos, herida quirúrgica y sondaje vesical.
- ◆ Promoción de la normalidad.
Dolor agudo r/c la herida quirúrgica.
Náuseas r/c medicación anestésica.

Desarrollo del plan de cuidados estandarizado para la paciente que le van a realizar un legrado.

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. 				
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 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. 				

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. 				
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. 				

PREOPERATORIO

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<input type="checkbox"/> Ansiedad r/c intervención quirúrgica y la pérdida. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Autocontrol de la ansiedad (1402).</i> 1402.16. Ausencia de manifestaciones de una conducta ansiosa. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: La paciente manifiesta estar más tranquila y una disminución de su ansiedad.	<i>Disminución de la ansiedad (5820).</i>	<input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio: <ol style="list-style-type: none"> Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si está prescrito. Crear un ambiente que facilite la confianza. Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. 		c/precise	ENF	
Intervención quirúrgica	<i>Obj: Se cumple el protocolo de preparación quirúrgica.</i>	<i>Preparación prequirúrgica (2930)</i>	<input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio: <ol style="list-style-type: none"> 2930.1. Determinar el nivel de ansiedad o miedo de la paciente respecto del procedimiento quirúrgico. 2930.3. Asegurarse de que la paciente está en ayunas, si procede. 2930.9. Retirar y comprobar que la paciente no lleva anillos, pulseras... 2930.10. Extraer dentaduras postizas, gafas, lentillas u otras prótesis. 2930.11. Quitar el esmalte de uñas, maquillaje, si procede. 2930.13. Administrar la medicación preoperatorio, si procede. 2930.14. Realizar rasurado de periné y ducha a las 7 h el día de la intervención. 2930.15. Comprobar que la paciente se ha colocado las prendas de vestir según el protocolo. 2930.16. Proporcionar información a la familia sobre la zona de espera. 2930.17. Canalizar vía periférica la tarde previa a la intervención quirúrgica y extraer analítica. 2930.18. Recogida de restos embrionarios, si procede 		Previo cirugía	ENF	

<input type="checkbox"/> Riesgo de hemorragia vaginal. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Coagulación sanguínea (0409) 02. Sangrado <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: Detectar precozmente los signos y síntomas de hemorragia.	<i>Precauciones con las hemorragias.(4010)</i>	<input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio: 1. Vigilar a la paciente por si se producen hemorragias. 2. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. 3. Controlar los signos vitales. 4. Instruir a la paciente y familia acerca de los signos de hemorragia y sobre la actuación en caso de hemorragia.		c/precise	ENF	
LEGRADO OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> Dolor agudo r/c fármacos prequirúrgicos <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	EVA: <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <i>Control del dolor(1605).</i> 11.Refiere dolor controlado. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> obj.: La paciente referirá una disminución o alivio de su dolor.		<input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio: Valoración del dolor	☰	c/precise	ENF	
			Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor	☰	c/precise	ENF	

POSTOPERATORIO:

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/N R
<input type="checkbox"/> Dolor agudo r/c herida quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	EVA: <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <i>Control del dolor (1605).</i> 11. Refiere dolor controlado. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <u>obj.:</u> La paciente referirá una disminución o alivio de su dolor.		<input type="checkbox"/> Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:				
			Valoración del dolor.	☰	c/precise	ENF	
			Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.	☰	c/precise	ENF	
<input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos r/c medicación anestésica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Nivel de comodidad(2100)</i> 02. Control del síntoma. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <u>Obj.:</u> La paciente manifestará una	<i>Manejo de las náuseas(1450)</i>	<input type="checkbox"/> Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio: 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. 3. Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas. 4. Realizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas.	c/precise	ENF/AE		

	disminución o alivio de la sensación nauseosa.		Progresión de la dieta oral	☰	C/co mida	ENF		
<input type="checkbox"/> Hipotermia r/c los efectos de la anestesia. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Termorregulación (0800)</i> 20.Hipotermia. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: La paciente mantendrá su temperatura corporal dentro de límites normales.		<input type="checkbox"/> Sistema Apoyo educativo/Parcialmente/ Totalmente Compensatorio: Valoración de la temperatura corporal del paciente.	☰	c/precise	ENF/AE		
			Cuidados de enfermería ante un paciente con hipotermia.	☰	c/precise	ENF		
<input type="checkbox"/> Riesgo de hemorragia vaginal r/c la intervención quirúrgica. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	Coagulación sanguínea (0409). 02.Sangrado <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: Detectar precozmente los signos y síntomas de hemorragia.	<i>Precauciones con hemorragias(4010)</i>	<input type="checkbox"/> Sistema Apoyo educativo/Parcialmente/ Totalmente Compensatorio: 1. Vigilar a la paciente por si se producen hemorragias. 2. Observar signos y síntomas de hemorragia persistente. 3. Controlar los signos vitales. 4. Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa. 5. Instruir a la paciente y familia acerca de los signos de hemorragia y sobre la actuación en caso de hemorragia					
<input type="checkbox"/> Riesgo de infección r/c accesos vasculares y legrado	Obj.: La paciente no presentará signos ni síntomas de infección al alta.		<input type="checkbox"/> Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio: Prevención de infecciones	☰	c/turno	ENF/AE		
			Cuidados de los catéteres periféricos.	☰	c/turno	ENF		

<u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>			Control de pérdidas vaginales (olor, cantidad y color)	☐	c/turno	ENF	
			Precauciones estándar	☐	c/turno	ENF/A E	
			Valoración de la temperatura corporal.	☐	c/turno	ENF/A E	
<input type="checkbox"/> LEGRADO OBSTÉTRICO: Incompatibilidad del RH	Obj: Prevenir las complicaciones secundarias al factor RH en próximas gestaciones.		<input type="checkbox"/> Sistema totalmente compensatorio: Administración de gammaglobulina antiD si procede			ENF	
<input type="checkbox"/> Déficit de conocimientos sobre los cuidados domiciliarios. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Conocimiento: régimen terapéutico (1813)</i> 02.Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual. 03.Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: La paciente manifestará entender los cuidados al alta.		<input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo: Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir en el domicilio.	☐	c/turno	ENF	
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Reposo relativo durante 2-3 días. 2. Desaconsejar el uso de tampones y actividad sexual durante 4-6 semanas, la hemorragia puede durar 2-3 días. 3. Acudir al médico en caso de fiebre, hemorragia excesiva, dolor abdominal, olor intenso, drenaje vaginal excesivo. 		c/proceda	ENF	

COMPLICACIONES POTENCIALES

Complicaciones Potenciales	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/N R
<input type="checkbox"/> CP: Retención urinaria r/c intervención. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Eliminación urinaria(0503)</i> 01.Patrón de eliminación. 32.Retención urinaria <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: La paciente mantendrá un patrón de eliminación urinaria habitual.	<i>Manejo de la eliminación urinaria.(0590)</i> <i>Cuidados de la retención urinaria.(0620)</i>	<input type="checkbox"/> Sistema parcialmente/totalmente compensatorio: 1. Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. 2. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. 3. Enseñar a responder inmediatamente la urgencia de orinar, si procede. 4. Ayudar a la apaciente con la rutina de ir al aseo, si procede. 5. Registrar la hora de la primera micción después de la cirugía.		c/proced e	ENF	
			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. Extracción de la orina residual por sonda vesical. Cateterización intermitente, si procede.		c/proced e	ENF	
			Sondaje vesical.	☰	c/proced e	ENF	

Anexo I: Tabla resumen Cuidados Generales en la paciente intervenida de legrado obstétrico o ginecológico.

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
Riesgo de hemorragia vaginal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Precauciones con hemorragias
Dolor agudo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración del dolor. ■ Administración de analgesia pautada. ■ Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor

Postoperatorio

Diagnósticos de enfermería	Cuidados de enfermería
Dolor agudo	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del dolor. - Administración de analgesia pautada. - Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor
Náuseas / vómitos	<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 relajación.
Riesgo de hemorragias.	<ul style="list-style-type: none"> - Precauciones con hemorragias.
Riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de los catéteres periféricos. - Prevención de infecciones. - Precauciones estándar. - Control de pérdidas vaginales. - Valoración de la temperatura corporal..
Déficit de conocimientos sobre los cuidados a seguir en el domicilio	<p>Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir en el domicilio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reposo relativo durante 2-3 días. - No uso de tampones ni actividad sexual durante 4-6 semanas debido a que la hemorragia puede durar 2-3 días. - Acudir al médico en caso de fiebre, hemorragia excesiva, dolor abdominal, olor intenso, drenaje vaginal excesivo.

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. Manual de Enfermería Medico-Quirúrgica. Harcourt Brace. Pamela L. Swearingen, Tercera edición.
10. Enfermería Práctica. Marin. Lilian Smoltisis Brunne Doris Smith Suadarth, 1987.
11. Enfermería Médico Quirúrgica. Interamericana McGraw-Hill. Bárbara C. Long/Wilma J. Phipps, 1994.
12. Proceso de enfermería y Diagnósticos de enfermería. Interamericana-Mcgraw-Hill. Patricia W.Iyer.Barbara J.Taptich.Donnna Bernocchi-Losey, 1993.
13. Diagnósticos de Enfermería". Interamericana. Mcgraw-Hill. Mi Ja Kim, G.K.Mcfarland, A. M .Mclane, 1993.
14. Enfermería Mosby 2000 Médico Quirúrgica. Mosby. Long/Phipps/Cassmeyer.
15. Principios y prácticos de enfermería médico quirúrgica. Mosby/Doyma Libros. Patricia Gauntlett Beare, RN, PhD.
16. 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 Autónoma para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003.
17. Planes de cuidados en ginecología. Disponible en: http://www.hospitalvirgendelasnieves.org/servicios%2Basistenciales/ginecologia/planes_cuidados.htm.
18. Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Ed. Administración de la Comunidad autónoma Vasca Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. 1996.