

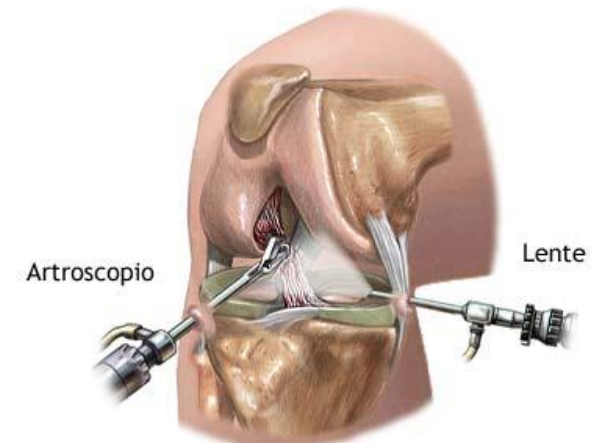
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO AL PACIENTE QUE INGRESA PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA (GRD 222)**Definición:**

La artroscopia de rodilla se define como un examen quirúrgico realizado mediante un endoscopio de la articulación de la rodilla, pudiéndose realizar intervenciones de meniscos, tendones y de la sinovia. Sólo se realizan unas pequeñas incisiones para insertar el instrumental de alrededor de un centímetro cada una. La articulación se rellena de suero estéril a presión para dilatarla y facilitar la manipulación. La anestesia que se emplea es de tipo raquianestesia y se reserva la general para los casos resistentes al resto de anestésicos. Los cuidados que se requieren tras una artroscopia de rodilla son muy simples, debido a que es una técnica mínimamente invasiva. El problema más habitual es el derrame residual que dura días o semanas, habitualmente relacionado con el drenaje del líquido de lavado utilizado durante la intervención. Se coloca un vendaje compresivo que se retira al día siguiente. El frío aplicado localmente en la zona de las incisiones alivia el dolor y disminuye el derrame. Los puntos de sutura se suelen retirar a la semana. En la mayoría de los casos los pacientes deben seguir durante unos días el tratamiento con antiinflamatorios e inyectarse heparina bajo peso molecular subcutánea.

Objetivos:

- Preparar al paciente para la realización de la artroscopia.
- Disminuir la ansiedad del paciente.
- Prevenir y vigilar la aparición de complicaciones tras la artroscopia.
- Educar al paciente y familia en los cuidados a seguir en el domicilio.

Estancia: entre 6 y 8 horas.



CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL PLAN.

Este plan de cuidados estandarizados se aplicará a todos aquellos pacientes que ingresen en el servicio de Hospital Polivalente del HGUA con el diagnóstico de Artrosis de Rodilla.

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.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

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 alta2. 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. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.

PRE ARTROSCOPIA DE RODILLA

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Ansiedad relacionada con el procedimiento.	Autocontrol de la ansiedad. (1402) <ul style="list-style-type: none"> • El paciente refiere control de la ansiedad. 	Enseñanza: prequirúrgica / preprocedimiento (5610)	5610.1 Informar al paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programado del procedimiento. 5610.2 Informar al paciente y familia de la duración esperada del procedimiento. 5610.3 Conocer el nivel de conocimientos previo del paciente relacionado con el procedimiento. 5610.4 Evaluar la ansiedad del paciente y familia relacionada con el procedimiento. 5610.5 Permitir al paciente que exprese sus dudas sobre el procedimiento. 5610.6 Describir las actividades pre y post procedimiento. 5610.7 Proporcionar información acerca de lo que sentirá durante el procedimiento. 5610.8 Discutir las medidas de control del dolor. 5610.9 Describir las rutinas postoperatorias: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas. 5610.10 Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama. 5610.13 Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo.

<p>Procedimiento: artroscopia de rodilla.</p>	<p>Cumplir el protocolo de preparación del paciente.</p>	<p>Preparación quirúrgica / preprocedimiento (2930)</p>	<p>2930.1. Determinar el nivel de ansiedad o miedo del paciente respecto del procedimiento quirúrgico. 2930.2. Confirmar la explicación recibida. 2930.3. Asegurarse de que el paciente esta en ayunas. 2930.4. Verificar que se ha firmado el consentimiento informado. 2930.5. Verificar que se han realizado las pruebas de laboratorio necesarias. 2930.6. Verificar que se ha realizado ECG. 2930.7. Comunicar al personal de quirófano las necesidades de cuidados especiales. 2930.8. Comprobar que el paciente lleva la pulsera de identificación, y de alergias si procede. 2930.9.10 Retirar anillos, pulsera, y extraer dentaduras postizas, gafas, lentillas u otras prótesis, si precisa. 2930.11. Quitar el esmalte de uñas, maquillaje, si precisa. 2930.13. Administrar medicación preprocedimiento si procede. 2930.14 Realizar rasurado y ducha, si procede. 2930.15 Comprobar que el paciente se ha colocado las prendas de vestir según el protocolo. 2930.16. Proporcionar información a la familia sobre las zonas de espera. 2930.17. Preparar la habitación para el retorno del paciente.</p>
		<p>Protocolo específico de la unidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presión arterial, la frecuencia cardiaca y respiratoria. • Canalizar una vía periférica en brazo izquierdo. • Desinfectar la zona de intervención con solución antiséptica y dejar secar 2 minutos. • Cubrir la rodilla con un paño estéril. • Registrar en la documentación de enfermería: las actividades realizadas, fecha y hora en la que el paciente sale de la unidad, incidencias.

POSTARTROSCOPIA DE RODILLA

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Dolor relacionado con incisión quirúrgica	Control del dolor(1605) <ul style="list-style-type: none"> el paciente refiere control del dolor 		<ul style="list-style-type: none"> Valoración del dolor. Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.
Déficit de autocuidados: uso WC	Autocuidados: actividades de la vida diaria.(0300) <ul style="list-style-type: none"> Uso inodoro. 		<ul style="list-style-type: none"> Manejo de la cuña/botella. Higiene del paciente que requiere ayuda parcial.
Náuseas/vómitos relacionadas con medicación anestésica	Severidad de las náuseas y vómitos (2107) <ul style="list-style-type: none"> Expresa satisfacción con el control del síntoma 		<ul style="list-style-type: none"> Dar al paciente agua a la hora de haber llegado a la unidad. Si la tolerancia es positiva continuar la progresión de la dieta (anestesia raquídea).
Riesgo de hemorragia relacionado con incisión quirúrgica	Coagulación sanguínea (0409) <ul style="list-style-type: none"> Sangrado Hematoma 	Precauciones con hemorragias (4010)	<ol style="list-style-type: none"> Vigilar al paciente por si se produce hemorragia. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. Controlar signos vitales. Avisar a traumatólogo de guardia en caso de hemorragia. Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa.
Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor de la herida quirúrgica y miedo a la dehiscencia.	Movilidad (0208) <ul style="list-style-type: none"> Realización del traslado. Deambulación: camina. 	Terapia de ejercicios: deambulación.(0221)	<ol style="list-style-type: none"> Sentar en sillón a las dos horas de volver del despertar. Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario. Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.

<p>Complicación Potencial: retención urinaria</p>	<p>Eliminación urinaria (0503)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación urinaria E.R.E. 	<p>Cuidados de la retención urinaria (0620)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comentar al paciente de que informe a la enfermera tras la primera micción post artroscopia. <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. Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frío en el abdomen, frotando la parte interior del muslo, haciendo correr agua. 4. Sondaje vesical intermitente, si retención urinaria.
<p>Conocimientos deficientes en cuidados al alta.</p>	<p>Conocimiento: régimen terapéutico.(1813)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión del régimen terapéutico 	<p>Planificación del alta (7370)</p>	<p>7370.1. Ayudar al paciente y familia a preparar el alta. 7370.2. Colaborar con el médico, paciente y familia y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de cuidados. 7370.3. Comprobar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. 7370.5. Comprobar si todo está listo para el alta del paciente. 7370.6. Comunicar al paciente los planes de alta. 7370.7. Registrar los planes de alta en la documentación de enfermería.</p>

Resumen de los cuidados pre y post artroscopia

Cuidados de Enfermería	Previos artroscopia	Post artroscopia
Enseñanza prequirúrgica (5610).	X	
Preparación quirúrgica (2930).	X	
Canalizar vía venosa brazo contrario a la rodilla intervenir	X	
Ayunas	X	
Rasurado y desinfección de la zona de la rodilla a intervenir	X	
Premedicación según anestesia.	X	
Tomar constantes: TA, FC y FR	X	X
Vigilar complicaciones		X
Micción espontánea		X
Tolerancia + y progresión dieta		X
Iniciar deambulacion sin apoyar miembro afectado		X
Planificación del alta (7370)		X

Registro de enfermería	X	X
------------------------	---	---

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. Secretaria Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003
2. 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.
3. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 3ª Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
4. Johnson, M. Maas, M. Nursing Outcomes Classification (NOC). Mosby-Year Book. St. Louis. 1997.
5. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Madrid. 1994.
6. Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 3 Ed. Mosby. Madrid. 1996.
7. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona. 1999.
8. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Ed. Servicio Gallego de Salud. 2002.