

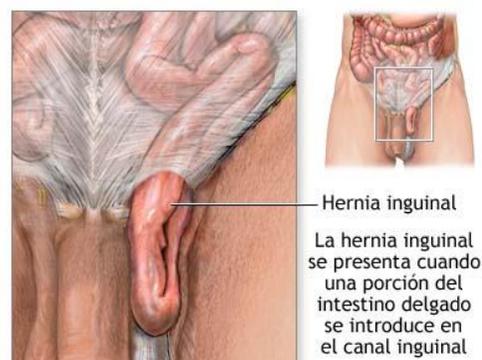
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO AL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO DE HERNIA INGUINAL-UMBILICAL (GRD 163).

Definición: La mayoría de las hernias se pueden reintroducir en la cavidad abdominal. Sin embargo, si no se puede reintroducir a través de la pared abdominal, puede llevar a un asa del intestino estrangulada que, sin tratamiento, muere debido a la pérdida del suministro de sangre. Casi todas las hernias requieren de cirugía, preferiblemente antes que ocurran complicaciones para reposicionar el asa del intestino herniada y asegurar los músculos debilitados en el abdomen. La reparación de la hernia es una cirugía ambulatoria que se realiza bajo anestesia local o general. Primero, a través de una incisión, se reubica el segmento herniado del intestino en la cavidad abdominal. Luego, el músculo y la fascia se cierran con sutura para reparar la hernia. Usualmente se coloca una malla plástica para reforzar el defecto en la pared abdominal y el paciente regresa de la cirugía con un vendaje sobre el área operada, el cual permanece por uno o dos días. Ocasionalmente, se utiliza un suspensorio después de la cirugía para brindar soporte a los músculos débiles durante la recuperación. Algunas complicaciones potenciales de este procedimiento son la infección y la formación de hematomas. Se pueden prescribir medicamentos para tratar el dolor asociado con la reparación quirúrgica.

Objetivos:

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

Estancia: 20 horas.



Se devuelve el tejido protruyente al interior de la pared muscular



Se repara el tejido muscular



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 Hernia inguinal - umbilical.

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 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Ansiedad relacionada con la cirugía.	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, deambulacion, 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.
Procedimiento: intervención quirúrgica de hernia inguinal-umbilical.	Cumplir el protocolo de preparación del paciente.	Preparación quirúrgica / preprocedimiento (2930)	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 está 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

			<p>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 de la zona inguinal-umbilical 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"> • Canalizar una vía periférica en brazo derecho. • Valorar la presión arterial y frecuencia cardiaca. • Colocar bata, calzas y gorro verde desechables. • Administrar Amoxicilina/clavulánico 2 g. IV si el paciente no es alérgico a las penicilinas y medicación prescrita por preanestesia . • Comprobar que todo el preoperatorio está completo: bioquímica, hemograma, estudio de coagulación, ECG, Rx tórax, valoración preanestésica y consentimiento informado firmado. • Registrar en la documentación de enfermería: las actividades realizadas, fecha y hora en la que el paciente sale de la unidad, incidencias.

POST INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Dolor agudo relacionado con herida 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.
Riesgo de hemorragia relacionado con herida quirúrgica.	Coagulación Sanguínea(0409) <ul style="list-style-type: none"> Sangrado Hematoma 	Precauciones con hemorragias(4010)	<ol style="list-style-type: none"> Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. Controlar signos vitales. Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa. <ul style="list-style-type: none"> Avisar a cirugía de guardia en caso de hemorragia.
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 	Manejo del vómito (1570)	<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 epidural/raquídea). En caso de anestesia general, iniciar tolerancia a líquidos según estado de conciencia del paciente. <ol style="list-style-type: none"> Medir o estimar el volumen de la emesis. Identificar factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito. Colocar a la paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. Proporcionar apoyo físico durante el vómito. Proporcionar alivio durante el episodio del vómito. Realizar higiene oral. Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio de vómito antes de dar líquidos de nuevo.

			<ul style="list-style-type: none"> Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con otras medidas de control del vómito.
Deterioro de la integridad tisular relacionado con herida quirúrgica.	<p>Curación de herida por 1ª intención. (1102)</p> <ul style="list-style-type: none"> Aproximación cutánea 		<ul style="list-style-type: none"> Normas generales en el cuidado de las heridas. Cuidados de las heridas mediante técnica seca.
Complicación Potencial: retención urinaria	<p>Eliminación urinaria (0503)</p> <ul style="list-style-type: none"> Patrón de eliminación urinaria E.R.E. 	Cuidados de la retención urinaria (0620)	<ol style="list-style-type: none"> Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y la percusión. Proporcionar intimidad para la eliminación. Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frío en el abdomen, frotando la parte interior del muslo, haciendo correr agua. Sondaje vesical intermitente, si retención urinaria.
			<ul style="list-style-type: none"> Comentar al paciente que informe a la enfermera tras la primera micción post intervención quirúrgica.
Déficit de autocuidados: uso WC /baño e higiene / vestido-acicalamiento.	<p>Autocuidados: actividades de la vida diaria.(0300)</p> <ul style="list-style-type: none"> Uso inodoro. Higiene. Se viste. 	Ayuda en los autocuidados: vestido (1802)	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de la cuña/botella. Higiene del paciente que requiere ayuda parcial. <ol style="list-style-type: none"> Proporcionar las prendas y objetos personales si resulta oportuno. Estar disponible para ayudar en el vestir. Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.
Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor de la herida quirúrgica y miedo a la dehiscencia.	<p>Movilidad (0208)</p> <ul style="list-style-type: none"> Realización del traslado. Deambulación: camina. 	Terapia de ejercicios: deambulación.(0221)	<ol style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario. Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.
			<ul style="list-style-type: none"> Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente.

Conocimientos deficientes en cuidados al alta.	Conocimiento: régimen terapéutico.(1813) <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión del régimen terapéutico 	Planificación del alta (7370)	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.
Complicación potencial: dehiscencia de la herida quirúrgica.			<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar signos y síntomas de dehiscencia de sutura. 2. Reducir riesgo de infección. 3. Aplicar gasas humedecidas en suero fisiológico. 4. Informar al médico.
Complicación potencial: presencia de edema genital externo			<p>Valorar signos y síntomas de edema genital externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor intenso con movimiento. • Hinchazón. • Fóvea • Hematoma en región abdominal inferior y muslo. <p>.Aplicar frío. Colocar un suspensorio en caso de que el paciente sea varón. Eleva el escroto con un almohadillado cuando el paciente esté en decúbito supino Comentar al cirujano.</p>
Complicación potencial: hematoma bajo herida quirúrgica.			<p>Valorar signos y síntomas de hematoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor. • Tumefacción. • Piel tirante y turgente. <p>Aplicación de frío/calor. Asesoramiento sexual. Comentar al cirujano.</p>

Resumen de los cuidados pre y post IQ hernia inguinal

Cuidados de Enfermería	Previos IQ	Post IQ
Enseñanza prequirúrgica (5610).	X	
Preparación quirúrgica (2930).	X	
Canalizar vía venosa brazo izquierdo.	X	
Ayunas.	X	
Rasurado de la zona inguinal-umbilical.	X	
Administración de premedicación prescrita por preanestesia mas Augmentine 2 gr iv (si no fuera alérgico).	X	
Vigila el apósito, redones o penrose si los hubiera.		X
Controlar micción.		X
Tomar constantes: TA y FC.	X	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.
9. López Medina IM, Sánchez Criado V. Paciente Postquirúrgico. Plan de cuidados. Rev Rol Enf 2001;24(3):219-224.