

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO AL PACIENTE QUE INGRESA PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE LA REGIÓN PERIANAL.**Definición:**

El GRD 267 (sinus pilonidal, fístula anal, fisura anal, hemorroides) está formado por los diagnósticos: quiste pilonidal sin absceso (85%) y quiste pilonidal con absceso(11%). Es más frecuente en hombres que en mujeres. La edad de aparición se sitúa entre 15-25 años. No existe evidencia científica de las relaciones causales (ni con obesidad, ni con sedentarismo ni con actividades concretas). Suele cursar sin síntomas hasta que presenta el primer episodio de infección. Es muy recidivante. Los signos y síntomas son: dolor en la zona afectada sobre todo en episodios agudos, puede aparecer fiebre y malestar general, enrojecimiento e inflamación. Se realiza una resección quirúrgica con sutura primaria o cierre secundario / drenaje del absceso. Se realiza con anestesia raquídea.

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.

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 Qx Región Perianal.

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, 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.
Procedimiento: intervención quirúrgica del área perianal.	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, si precisa. 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, si precisa. 2930.7. Comunicar al personal de quirófano las necesidades de cuidados especiales.

			<p>2930.8. Comprobar que el paciente lleva la pulsera de identificación, y de alergias si procede.</p> <p>2930.9.10 Retirar anillos, pulsera, y extraer dentaduras postizas, gafas, lentillas u otras prótesis, si precisa.</p> <p>2930.11. Quitar el esmalte de uñas, maquillaje, si precisa.</p> <p>2930.13. Administrar medicación preprocedimiento si procede.</p> <p>2930.14 Realizar rasurado de la zona perianal 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.</p>
		<p>Protocolo específico de la unidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Canalizar una vía periférica en brazo izquierdo. • Valorar la presión arterial y frecuencia cardiaca. • Colocar bata, calzas y gorro verde desechables. • 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 		<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).
Complicación Potencial: retención urinaria	Eliminación urinaria (0503) <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
Deterioro de la integridad tisular relacionado con herida quirúrgica.	Cura de herida por 1ª intención (1102) <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.

<p>Déficit de autocuidados: uso WC y baño e higiene. / vestido-acicalamiento.</p>	<p>Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso inodoro. • Higiene. • Se viste. 	<p>Ayuda en los autocuidados: vestido (1802)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la cuña/botella. • Higiene del paciente que requiere ayuda parcial. <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar las prendas y objetos personales si resulta oportuno. 2. Estar disponible para ayudar en el vestir. 3. Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.
<p>Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor de la herida quirúrgica y miedo a la dehiscencia.</p>	<p>Movilidad (0208)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización del traslado. • Deambulación: camina. 	<p>Terapia de ejercicios: deambulación.(0221)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. 2. Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario. 3. 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.
<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 IQ región perianal

Cuidados de Enfermería	Previos IQ	Post IQ
Enseñanza prequirúrgica (5610).	X	
Preparación quirúrgica (2930).	X	
Canalizar vía venosa brazo izquierdo.	X	
Ayunas.	X	
Rasurado zona perianal	X	
Administrar medicación pautada por preanestesia mas Augmentine 2 gr iv (si no fuera alérgico). Sólo en los sinus.	X	
Vigilar apósito, redones o penrose si los hubiera.		X
Vigilar micción.		X
Tomar constantes: TA y FC.	X	X
Planificación del alta (7370).		X
Indicar si tiene que volver a CCEE lugar y día la hora se la darán en la 4ª pl o llamando al teléfono que facilitamos.		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.