

**PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTES QUE INGRESAN PARA CIRUGÍA PLÁSTICA (RECAMBIOS DE EXPANSORES MAMARIOS E IMPLANTES DE PRÓTESIS MAMARIAS). (GRD 268)****Definición:**

Procedimientos quirúrgicos plásticos sobre piel, tejido subcutáneo y mama.

**Implantes** – El implante es más apropiado para mujeres que no desean un procedimiento de colgajo, y requiere la menor cantidad de cirugía. Un implante puede llenarse con solución salina (agua salada) o con gel de silicona. Se coloca debajo del músculo del pecho a través de una incisión que hace el cirujano.

**Expansión de tejido** – Esta técnica se usa para estirar la piel y crear espacio para un implante permanente. Una bolsa pequeña, como un globo, se introduce debajo de la pared torácica. Esta bolsa se expande, añadiéndole solución salina con regularidad durante varias semanas hasta que el área del pecho se haya extendido al tamaño deseado. El expansor se quita y en su lugar se pone un implante permanente lleno de solución salina o gel de silicona.

**Objetivos:**

- Preparar a la paciente para la realización de la intervención.
- Disminuir la ansiedad de la paciente.
- Prevenir y vigilar la aparición de complicaciones tras la intervención.

**Estancia:** entre 8 y 12 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 Prótesis Mamarias.

**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
<b>Cuidados de enfermería al ingreso (7310)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentarse a sí mismo y su familia en los cuidados.</li> <li>2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad.</li> <li>3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso.</li> <li>4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones.</li> <li>5. Establecer procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA</li> </ol>
<b>Protección de los derechos del paciente (7460)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente.</li> <li>2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal.</li> <li>3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.</li> </ol>
<b>Intermediación cultural (7330)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...).</li> <li>4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera adecuada</li> </ol>

<b>Informe de turnos (8148)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede.</li> <li>2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede.</li> <li>3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados.</li> <li>4. Describir el régimen de tratamiento.</li> <li>5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas.</li> <li>6. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.</li> <li>7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.</li> <li>8. Resumir los progresos en las metas fijadas.</li> </ol>
<b>Planificación del alta (7370)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar las capacidades del paciente para el alta</li> <li>2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.</li> <li>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.</li> <li>4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.</li> </ol>

## PRE INTERVENCIÓN

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"> <li>• El paciente refiere control de la ansiedad.</li> </ul>	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.
<b>Procedimiento:</b> implante mamario.	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, la mañana de la intervención. 2930.4. Verificar que se ha firmado el consentimiento informado. 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,

			<p>gafas, lentillas u otras prótesis, si precisa.                  2930.11. Quitar el esmalte de uñas, maquillaje, si precisa                  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>
		Protocolo específico de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la presión arterial, la frecuencia cardiaca.</li> <li>• Canalizar una vía periférica. En mujeres mastectomizadas, evitar canalizar vía en brazo lateral a la mama extirpada.</li> <li>• NO rasurar nunca zona a intervenir excepto que así venga indicado.</li> <li>• Registrar en la documentación de enfermería: las actividades realizadas, fecha y hora en la que el paciente sale de la unidad, incidencias.</li> </ul>

## POST IMPLANTE

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Dolor relacionado con herida quirúrgica.	Control del dolor (1605) <ul style="list-style-type: none"> <li>el paciente refiere control del dolor</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración del dolor</li> <li>Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.</li> </ul>
Déficit de autocuidados: uso WC	Autocuidados : actividades de la vida diaria.(0300) <ul style="list-style-type: none"> <li>Uso inodoro.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejo de la cuña.</li> <li>Higiene del paciente que requiere ayuda parcial.</li> </ul>
Riesgo de hemorragia.	Coagulación Sanguínea (0409) <ul style="list-style-type: none"> <li>Sangrado</li> <li>Hematuria</li> </ul>	Precauciones con hemorragias (4010)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia.</li> <li>Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente.</li> <li>Controlar signos vitales.</li> <li>Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa.</li> <li>Iniciar deambulacion según estado del paciente.</li> </ol>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Avisar a cirugía plástica en caso de hemorragia.</li> </ul>
Náuseas/vómitos relacionadas con medicación anestésica	Severidad de las náuseas y vómitos (2107) <ul style="list-style-type: none"> <li>Expresa satisfacción con el control del síntoma</li> </ul>	Manejo del vómito (1570)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar al paciente agua a la hora de haber llegado a la unidad, según estado de conciencia del paciente. Si la tolerancia es positiva continuar la progresión de la dieta</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Medir o estimar el volumen de la emesis.</li> <li>Identificar factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito.</li> <li>Colocar a la paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.</li> <li>Proporcionar apoyo físico durante el vómito.</li> <li>Proporcionar alivio durante el episodio del vómito.</li> <li>Realizar higiene oral.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio del episodio de vómito antes de dar líquidos de nuevo.</li> <li>• Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con otras medidas de control del vómito.</li> </ul>
Conocimientos deficientes en cuidados al alta.	<p>Conocimiento: régimen terapéutico.(1813)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión del régimen terapéutico</li> </ul>	Planificación del alta (7370)	<p>7370.1. Ayudar al paciente y familia a preparar el alta.</p> <p>7370.2. Colaborar con el médico, paciente y familia y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de cuidados.</p> <p>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.</p> <p>7370.5. Comprobar si todo está listo para el alta del paciente.</p> <p>7370.6. Comunicar al paciente los planes de alta.</p> <p>7370.7. Registrar los planes de alta en la documentación de enfermería.</p>

Resumen de los cuidados pre y post IQ plástica

Cuidados de Enfermería	Previos IQ	Post IQ
Enseñanza prequirúrgica (5610).	X	
Preparación quirúrgica (2930).	X	
Canalizar vía venosa brazo contrario a la intervención	X	
Ayunas	X	
Tomar constantes: TA y FC	X	X
Vigilar aposito		
Iniciar tolerancia a líquidos		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 Autònica 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.