

## **PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO**

### **PROCESO: PACIENTE QUIRÚRGICO**

Este plan de cuidados pretende predecir los cuidados que serán necesarios en aquellos pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica y va dirigido tanto a los pacientes como a los familiares, facilitando la educación para la salud y el fomento de la adherencia al tratamiento.

Este plan de cuidados debe entenderse como una propuesta genérica, en él se exponen los problemas que suelen afectar a la mayoría de los pacientes. Al ser tan amplia la gama de pacientes que son sometidos a intervención quirúrgica las enfermeras deben adaptarlo a cada individuo, tipo y régimen de la intervención.

La valoración enfermera estará dirigida a obtener la información clínica relevante respecto del paciente- incluirá aspectos físicos, psíquicos, sociales, espirituales y del entorno- de una manera ordenada, para facilitar el análisis de la situación y que permita decidir la sistemática y la planificación de la intervención quirúrgica.

De la valoración enfermera se seleccionan los problemas de salud, reales o potenciales, que presenta el paciente y/o la familia y la detección precoz de signos y síntomas para el control de complicaciones clínicas y/o psicosociales.

En este proceso se insertan todos los pacientes sometidos a cirugía de:

- Sistema Nervioso.
- Ojo, oído, nariz, boca y garganta.
- Sistema respiratorio.
- Sistema circulatorio.
- Sistema digestivo.
- Sistema hepatobiliar y páncreas.
- Sistema músculo esquelético y conectivo.
- Piel y tejido subcutáneo.
- Sistema renal y tracto urinario.
- Sistema reproductor masculino.
- Sistema reproductor femenino.
- Trastornos mieloproliferativos y neoplasia

**Estancia media prevista:**

**Límites del proceso de cuidados:**

**INICIAL:** Ingreso en una unidad de hospitalización quirúrgica

**FINAL:** Alta hospitalaria.

**CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL PLAN.**

Este plan de cuidados estandarizados se aplicará a todos aquellos pacientes que ingresen en una unidad de hospitalización del HGUA para un procedimiento/intervención quirúrgica.

**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.
- \* Prevenir complicaciones derivadas del proceso quirúrgico.

## **VALORACIÓN ESTANDARIZADA AL INGRESO SEGÚN EL MODELO DE D. OREM**

### Respiración:

No alterada

Alterada: patrón respiratorio ineficaz

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Alimentación:

✘ Dependiente: dificultad de deglución, limitación para alimentarse

- Sistema Parcialmente compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Eliminación

✘ Dependiente: estreñimiento, déficit de autocuidado uso WC, incontinencia

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Descanso

✘ Alterado:, ansiedad, alteración ritmo del sueño habitual del paciente

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Higiene personal

✘ Dependiente: déficit de autocuidado en la higiene y vestido

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Movilidad

✘ Dependiente: limitación de la movilidad, deficiencias sensoriales

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

### Seguridad

✘ Alterado: riesgo de traumatismo, deterioro de la movilidad, disminución de la sensibilidad, obnubilación, confusión, desorientación...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Estado de consciencia: confuso, obnubilado...

Riesgo de caídas elevado, precisa elementos de seguridad.

Valoración del dolor a través de la escala analógica visual

0 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 10  
(Ausencia de dolor) (Dolor moderado) (Máximo dolor)

#### Estatus funcional

La puntuación será de 2-3-4.

3= sólo puede cuidarse en parte. Permanece encamado más del 50% de las horas de vigilia

4= totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo.

#### Estado de piel y mucosas.

- ✘ Alterado: herida quirúrgica
  - Sistema Parcialmente Compensatorio
  - Sistema Totalmente Compensatorio

#### Riesgo UPP

Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden.

Riesgo moderado (13-14 puntos)

Riesgo alto (menor de 12 puntos)

#### Capacidad sensorial

No alterada

Alterada: déficit visual, táctil...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

#### Aspectos psicológicos y sociales

Alterada: ansiedad

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

**DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE QUIRÚRGICO**

<b>Intervenciones propias de la hospitalización</b>	<b>Actividades</b>
<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</li> </ol>

	paciente) de manera adecuada.
<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.</li> <li>5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.</li> </ol>

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL**

**PREQUIRÚRGICOS:**

ANSIEDAD (00146)

R/C intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

**POSTQUIRÚRGICOS:**

DOLOR AGUDO (00132)

R/C intervención quirúrgica (herida, drenajes, etc.)

NÁUSEAS (00134)

R/C medicación anestésica, intervención quirúrgica y cambios en el estado de salud

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)

R/C dolor, temor al manejo de dispositivos terapéuticos y falta de conocimientos con respecto al valor de la actividad

RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00025)

R/C deterioro eliminación urinaria y sangrado quirúrgico

RIESGO DE ESTREÑIMIENTO (00015)

R/C alteración de la ingesta e intervención quirúrgica

RETENCIÓN URINARIA (00023) (RIESGO)

R/C intervención quirúrgica

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046)

R/C incisión quirúrgica y drenajes

RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

R/C procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, drenajes, catéteres, etc.)

RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA (00087)

R/C intervención quirúrgica

RIESGO DE CAÍDAS (00155)  
R/C debilidad por intervención quirúrgica

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO (00108)  
R/C inmovilidad

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO (00110)  
R/C inmovilidad

RIESGO DE SANGRADO (00206)  
R/C intervención quirúrgica

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126) ACERCA DEL PROCESO DE ENFERMEDAD  
R/C falta de familiaridad con los recursos para obtener la información



**INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA HOSPITALIZACIÓN**

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>	<b><u>INTERVENCIONES (NIC)</u></b>
<b>PREQUIRÚRGICOS:</b>		
Ansiedad (00146)	<p style="text-align: center;">Autocontrol de la ansiedad (1402)</p> <p style="text-align: center;">Bienestar (2002)</p>	<p>Disminución de la ansiedad (5820):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>- Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> <li>- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.</li> <li>- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</li> </ul>
Intervención quirúrgica	<p style="text-align: center;">Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)</p>	<p>Preparación quirúrgica (2930):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completar lista de comprobaciones preoperatorias.</li> <li>- Verificar firma del consentimiento informado.</li> <li>- Comprobar: disponibilidad de transfusiones de sangre, realización de ECG y análisis de laboratorio y ayunas del paciente.</li> <li>- Extraer prótesis y alhajas.</li> <li>- Administrar y registrar medicamentos preoperatorios.</li> </ul> <p>Enseñanza prequirúrgica (5610):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer experiencias previas y nivel de conocimiento del paciente relacionado con la cirugía.</li> <li>- Describir rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, etc.).</li> <li>- Informar al ser querido sobre sitio de espera para</li> </ul>

		<p>recibir resultados sobre cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir al paciente acerca de la técnica de sujeción de incisión, tos y respiración profunda.</li> <li>- Destacar importancia de deambulación precoz y cuidados pulmonares.</li> </ul>
<b>POSTQUIRÚRGICOS:</b>		
Dolor agudo (00132)	<p>Sintomatología: Nivel del dolor (2102)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor referido (/01)</li> </ul> <p>Conducta de salud: Control del dolor (1605)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refiere dolor controlado (/11)</li> </ul>	<p>Manejo del dolor (1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.</li> <li>- Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión.</li> <li>- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.</li> </ul> <p>Administración de analgésicos (2210):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgésico</li> <li>- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares (Escala EVA) después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).</li> <li>- Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.</li> </ul>
Náuseas (00134)	<p>Control de náuseas y vómitos (1618)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados (/12)</li> </ul>	<p>Manejo de las náuseas (1450):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurarse de que se ha administrado</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza adecuadamente medicaciones antieméticas (/08)</li> </ul>	<p>antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de ingestas</li> </ul> <p>Manejo del vómito (1570):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar alivio durante el episodio del vómito (lavar cara, ropa limpia, etc.).</li> <li>- Controlar equilibrio de líquidos y electrolitos.</li> <li>- Esperar como mínimo 30 minutos tras vómito antes de dar líquidos al paciente.</li> </ul>
<p>Riesgo de infección (00004)</p>	<p>Control del riesgo (1902): de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce factores de riesgo (/01)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas (/04)</li> </ul> <p>Detección del riesgo (1908): de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (/01)</li> </ul> <p>Termorregulación (0800)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertermia (/19)</li> <li>- Sudoración con el calor (/10)</li> <li>- Frecuencia del pulso radial (/12)</li> </ul>	<p>Protección contra infecciones (6550):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito.</li> <li>- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección</li> <li>- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.</li> <li>- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</li> <li>- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas.</li> </ul> <p>Control de infecciones (6540):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.</li> <li>- Tomar constantes vitales y control de signos de shock séptico.</li> <li>- Vigilar la aparición de fiebre.</li> <li>- Hacer cultivos de sangre, orina o material exudado, si procede.</li> </ul>
<p>Riesgo de estreñimiento (00015)</p>	<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad de heces en relación con la dieta (/04)</li> </ul>	<p>Manejo del estreñimiento (0450):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de la cantidad y aspecto de las</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilidad de eliminación de las heces (/12)</li> </ul>	<p>deposiciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar el aumento de ingesta de líquidos, si no está contraindicado.</li> <li>- Sugerir el uso de laxantes, si procede.</li> <li>- Instruir al paciente/ familia sobre el uso correcto de laxantes.</li> </ul> <p>Manejo intestinal (0430):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente.</li> <li>- Control de deposiciones: número, cantidad y aspecto.</li> <li>- Proporcionar los dispositivos necesarios para la evacuación</li> </ul>
<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)</p>	<p>Equilibrio de líquidos (0601) Hidratación (0602)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membranas mucosas húmedas (/02)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diuresis (/11)</li> </ul> </li> </ul> <p>Estado de los signos vitales (0802)</p>	<p>Manejo de líquidos (4120):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar terapia intravenosa según prescripción.</li> <li>- Realizar registro preciso de ingesta y eliminación.</li> <li>- Vigilar estado de hidratación (membranas mucosas, pulso, presión sanguínea ortostática, etc.)</li> <li>- Incentivar ingesta hídrica progresiva tras tolerancia positiva.</li> </ul>
<p>RETENCIÓN URINARIA (00023) (RIESGO)</p>	<p>Eliminación urinaria (0508)</p>	<p>Sondaje vesical (0580):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar fundamento y procedimiento del sondaje vesical</li> <li>- Hacer el sondaje de forma estéril</li> </ul> <p>Cuidados catéter urinario (1876):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo del catéter con asepsia</li> <li>- Comprobar la correcta colocación del globo</li> </ul>

		<p>y movilizarlo si procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar permeabilidad y lavar manualmente si procede.</li> </ul> <p>Manejo de la eliminación urinaria (0590):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar eliminación urinaria: frecuencia, olor, volumen y color.</li> <li>- Observar signos de retención y/0 infección tracto urinario.</li> <li>- Realizar balances parciales.</li> </ul>
RIESGO DE CAÍDAS (00155)	<p>Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909)</p> <p>Estado de seguridad: caídas (1912)</p>	<p>Prevención de caídas (6490):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente</li> <li>- Identificar características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caídas.</li> <li>- Proporcionar dispositivos de ayuda (andador, etc.) y de seguridad (barandillas).</li> </ul> <p>Manejo ambiental: seguridad (6486):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente</li> <li>- Utilizar dispositivos de adaptación y de protección (barandillas, puertas cerradas, etc.)</li> </ul>
RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA (00087)	<p>Estado circulatorio (0401)</p> <p>Estado neurológico (0909)</p> <p>Estado respiratorio: ventilación (0403)</p> <p>Perfusión tisular: periférica (0407)</p> <p>Estado de los signos vitales (0802)</p> <p>Función sensitiva: propioceptiva (2402)</p>	<p>Control de hemorragias (4160):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar vendaje compresivo o presión manual, si indicación.</li> <li>- Control de hemoglobina/ hematocrito.</li> </ul> <p>Cuidados del embolismo periférico (4104):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar valoración de la circulación periférica (pulso, edema, etc.)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar medicación anticoagulante, si procede.</li> <li>- Cambios posturales cada 2 horas, si no movimiento o ejercicios.</li> <li>- Recomendar no masaje de la zona.</li> </ul> <p>Monitorización neurológica (2620):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar tendencias de Escala de Coma de Glasgow</li> <li>- Vigilar aparición respuesta de Babinski o de Cushing.</li> <li>- Explorar tono muscular y propiocepción.</li> <li>- Vigilar signos vitales</li> <li>- Monitorizar parámetros hemodinámicos invasivos y PIC y PPC (presión perfusión cerebral).</li> </ul> <p>Monitorización respiratoria (3350):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar lecturas del ventilador mecánico (frecuencia, ritmo, etc,) y los valores de SaO<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> de gases en sangre.</li> <li>- Vigilar secreciones respiratorias.</li> </ul> <p>Fisioterapia respiratoria (3230):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Practicar percusión con drenaje postural (clapping)</li> <li>- Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos.</li> </ul> <p>Oxigenoterapia (3320):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar oxígeno a través de un sistema calefactado y humidificado.</li> <li>- Comprobar periódicamente el dispositivo de</li> </ul>
--	--	--

		<p>aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede.</li> </ul> <p>Administración de medicación (2300):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.</li> <li>- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.</li> <li>- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.</li> <li>- Vigilar signos vitales y valores del laboratorio.</li> </ul>
<p>Deterioro de la integridad cutánea (00046)</p>	<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatura (/01)</li> <li>- Hidratación (/04)</li> <li>- Piel intacta (/13)</li> </ul> <p>Curación de heridas (1102)</p>	<p>Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar higiene y aseo, si precisa.</li> <li>- Proporcionar soporte a las zonas edematosas.</li> <li>- Aplicar apósitos y/o geles hidrocoloides, si procede.</li> <li>- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.</li> <li>- Aplicar protectores a los talones.</li> <li>- Registrar grado de afectación de la piel.</li> </ul> <p>Cuidados del sitio de incisión (3440):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar cura de la incisión de modo estéril</li> <li>- Mantener apósito limpio y seco.</li> <li>- Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir la aparición de seromas.</li>   <li>Cuidados de las heridas (3662):</li> <li>- Medir lo drenado en cada turno</li> <li>- Vigilar signos de infección local y/o dehiscencia de bordes</li> <li>- Retirar ágrafes y/o suturas y drenajes cuando proceda</li> <li>- Vigilar puntos de incisión de drenajes y aspecto de volumen de drenado.</li> </ul>
Deterioro de la movilidad física (00085)	<p style="text-align: center;">Movilidad (0208)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movimiento muscular (/03)</li> <li>Ambulación, andar (0200)</li> </ul>	<p>Enseñanza: actividad/ ejercicio (5612):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilizar al paciente indicándole la importancia de moverse</li> <li>- Instruir en la realización de sencillos ejercicios de flexoextensión que se puedan hacer en la cama.</li> </ul> <p>Fomento del ejercicio (0200):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantar al sillón al día siguiente de la cirugía.</li> <li>- Fomentar la deambulacion precoz</li> </ul>
Déficit de autocuidado: baño (00108)	<p style="text-align: center;">Autocuidados higiene (0305)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantiene una apariencia pulcra (/14)</li> </ul>	<p>Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene (1801):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.</li> <li>- Proporcionar ayuda en la higiene hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.</li> </ul>
Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)	<p style="text-align: center;">Autocuidados: uso del inodoro (0310)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entra y sale del cuarto de baño (/03)</li> </ul>	<p>Ayuda en el autocuidado: aseo/ WC (1804):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente</li> </ul>



		<p>(colocar la cuña).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompañar en la deambulacion para disminuir riesgos de caídas y permanecer al menos 10 minutos sentado en la cama antes de levantarse.</li> </ul>
Riesgo de sangrado (00206)	<p>Severidad de la pérdida de sangre(4130)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida sanguínea visible (/01)</li> <li>- Distensión abdominal (/06)</li> <li>- Disminución de la presión arterial sistólica (/09)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la presión diastólica (/10)</li> </ul> </li> <li>- Aumento de la frecuencia cardíaca apical (/11)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de calor corporal (/12)</li> </ul> </li> <li>- Palidez de las membranas cutáneas y mucosas (/13)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad (/14)</li> <li>- Cognición disminuida (/15)</li> </ul> </li> <li>- Disminución de la hemoglobina (/16)</li> <li>- Disminución del hematocrito (/17)</li> </ul>	<p>Administración de productos sanguíneos (4030)</p> <p>Control de hemorragias (4160):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito</li> <li>- Control de constantes vitales, volumen drenado, y aparición de hematuria.</li> <li>- Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal.</li> <li>- Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación.</li> <li>- Evitar esfuerzos.</li> <li>- Mantener al paciente en reposo</li> <li>- Monitorización de constantes vitales: TA, FC, Tª.</li> </ul> <p>Disminución de la hemorragia: heridas (4028)</p>
Conocimientos deficientes (00126) acerca del proceso de enfermedad	<p>Conocimiento: proceso de enfermedad (1803)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción del proceso de enfermedad (/02)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de la causa (/03)</li> <li>- Descripción de los factores de riesgo (/04)</li> </ul> </li> <li>- Descripción de los efectos de la enfermedad (/05)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de las complicaciones (/09)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir</li> <li>- Describir signos y síntomas</li> </ul>

**Bibliografía:**

- Junta de Andalucía: Consejería de Salud. Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/> Consultado en: 04-11-10
- Herdman, TH. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010
- Bulechek, GM, Butcher, HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5ª Ed. Barcelona: Mosby- Elsevier; 2009
- Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Madrid: Ed. Mosby- Elsevier; 2005