

97

	PERÚ Ministerio de Salud	Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS	Cód.: GPC -01 Ver.: 01 Pág.: 49 – 145
--	------------------------------------	---	----------------------------------	---	---

VIII. BIBLIOGRAFÍA:

- CIE 10 Vía internet. [http://es.wikipedia.org/kiwi/Lista de c%C3%B3digos CIE10](http://es.wikipedia.org/kiwi/Lista_de_c%C3%B3digos_CIE10).
- Vasquez Benites, Efrain. Ginecología. Tomo 1. Libro virtual.
- <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/ginecología/fibrolei.html>.
- Evans P, Brunzell S. Uterine Fibroid Fibrosis. Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician 2007;75:1503.
- Wise LA, Palmer JR, Harlow BL, Spiegelman D, Stewart EA, Adams – Campbell LL, et al. Reproductive factors, hormonal contraception, and risk of uterine leiomyomata in African – american women: a prospective study. Am J Epidemiol 2004; 159: 113 – 123.
- Marino JL, Esquenazi B, Warner M, Samuels S, Vercellini P, Gavoni N, et al uterine leiomyomata and menstrual cycle characteristics in a population – based cohort study. Hum Reprod 2004; 19: 2350 – 2355.
- Grigorieva V, Chen – Mok M, Tarasova M, Mickhailov A. Use of a levonorgestrel releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. Fertil Steril 2003;79: 1194 – 1198.



N° 004 GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA LA ATENCIÓN DE LAS PACIENTES POST OPERADAS DE LEGRADO UTERINO

I. FINALIDAD:

El documento ha sido diseñado para orientar al personal de enfermería sobre los aspectos más actuales y eficaces para la elaboración del proceso de atención de enfermería y un plan de cuidados aplicado a las pacientes post operadas de legrado uterino, brindándole un marco flexible de referencia.

II. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General:

Guiar a los profesionales de salud en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Legrado Uterino.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Mejorar el tratamiento de los usuarios utilizando las guías para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Legrado Uterino.

2.2.2 Asegurar la recuperación de los usuarios utilizando las guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Legrado Uterino.

2.2.3 Optimizar para obtener los mejores resultados posibles de las guías clínicas.

2.2.4 Disminuir la tasa de complicaciones en el tratamiento del usuario.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

Unidad de Recuperación Post Anestésica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR, NOMBRE Y CÓDIGO:

Se pretende estandarizar el proceso de atención de enfermería aplicado a los pacientes post operados en la Unidad de Recuperación Post Anestésica.

Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme (Gestación no evolutiva) 0020.
 aborto retenido (Aborto frustrado) 0021

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 Definición:

Evacuación del contenido uterino y raspado mesurado del endometrio con fines terapéuticos (aborto incompleto) o diagnósticos (biopsia endometrial).

Existen 2 tipos de legrado:

- Ginecológico: el legrado se realiza como parte del estudio de una Mujer que tiene reglas abundantes o irregulares, o que ha sangrado tras la menopausia.
- Obstétrico: el legrado se realiza para evacuar los tejidos residuales De la matriz en caso de aborto o tras un parto, cuando quedan restos de placenta.



5.2 Factores de riesgo asociado:

- ✓ Edad materna menor de 15 años o mayores de 35 años.
- ✓ Embarazo no deseado.
- ✓ Multiparidad.
- ✓ Antecedentes de abortos previos.
- ✓ Enfermedades crónicas (cáncer de cuello uterino)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1 Cuadro Clínico:

Signos y Síntomas:

- Sangrado abundante después del parto.
- Sangrado después del aborto.
- Dolor.

6.2 Diagnóstico:

6.2.1 Criterio de Diagnóstico:

- a) Aborto incompleto.
- b) Hemorragia abundante tras dar a luz.

6.2.2 Diagnóstico Diferencial:

- a) Embarazo no deseado.
- b) Infección urinaria.
- c) Sospecha de cáncer al útero.
- d) Las investigaciones / exámenes sobre la infertilidad femenina.
- e) Incrustación del DIU (dispositivos intrauterinos).

6.2.3 Diagnóstico de Enfermería:

DOMINIO 4: Actividad / reposo

CLASE 2: Actividad / ejercicio.

CODIGO: 00088.

Deterioro de la ambulación relacionado con dolor, alteración del estado anímico, miedo a caerse evidenciado por dificultad para caminar una requerida distancia.

DOMINIO 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés.

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento.

CODIGO: 00148.

Temor relacionado con situación desconocida, respuesta aprendida a la amenaza evidenciado por palidez, nerviosismo, expresa temor.

DOMINIO 11: Seguridad / protección.

CLASE 2: Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica.

CODIGO: 00246

Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con anemia, trastorno psicológico en el periodo postoperatorio evidenciado por malnutrición, vómito, dolor persistente, respuesta emocional negativa al resultado quirúrgico.



DOMINIO 12: Confort.**CLASE 1: Confort físico.**

CODIGO: 00132

Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por informe verbal del dolor.

6.3 Exámenes Auxiliares:**6.3.1 Exámenes de Laboratorio:**

- Hemoglobina.
- Hematocrito.
- Grupo Sanguíneo y Factor RH.
- VDRL.
- Test de Eliza para VIH.

6.3.2 imágenes RX:

- Ecografía pélvica si es necesario y posible.
- Ecografía transvaginal, como método auxiliar de estudio de posibles tumores malignos o benignos del endometrio.

6.4 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:**6.4.1 Medidas específicas:**

- Lavado de manos.
- Usar guantes estériles.
- Vía segura con CINA 9%.
- Evacuación vesical, preferentemente por micción.
- Administración de anestesia.
- Aplicar solución antiséptica yodada a la región perineal, vagina y cuello uterino.
- Colocación de valvas.
- Verificar presencia de desgarros o productos de la concepción que estén protruyendo.
- Si hay productos de la concepción en vagina o el cuello uterino, extraerlos utilizando una pinza foerster.
- Pinzamiento del labio anterior del cuello uterino.
- Histerometría.
- Dilatación cervical si fuera necesario, comenzando con el dilatador más pequeño y terminando con el más grande.
- Evacuar el contenido uterino con una pinza foerster o una cureta grande.
- Legrar con delicadeza las paredes del útero hasta percibir una sensación de aspereza recorriendo la cavidad uterina en forma horaria del fondo hacia la cerviz.
- Revisar hemostasia.
- Examinar el material evacuado y enviar muestra a Anatomía – Patológica.

6.4.2 Criterios de alta:

Después de la evacuación uterina, si la paciente se encuentra estable Hemodinamicamente y en ausencia de complicaciones, se indicará el alta y reposo domiciliario, después de dos horas de observación.



VII. ANEXOS:

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 4: Actividad /Reposo</p> <p>CLASE 2: Actividad/ Ejercicio</p> <p>CODIGO: 00088</p> <p>Deterioro de la ambulación relacionado con dolor, alteración del estado anímico, miedo a caerse evidenciado por dificultad para caminar una requerida distancia.</p>	<p>Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.</p>	<p>(0208) Movilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento del equilibrio. • Coordinación. • Marcha. • Mantenimiento de la posición corporal. • Realización del traslado. • Correr. • Caminar a gatas. • Ambulación. • Se mueve con facilidad 	<p>(0221) Terapia de ejercicios: ambulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas cómodas. • Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. • Colocar una cama de baja altura si resulta oportuno. • Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o la silla según tolerancia. • Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales. • Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. • Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario. • Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal. • Fomentar la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. <p>(0222) Terapia de ejercicios: equilibrio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido (1) • sustancialmente comprometido (2) • moderadamente comprometido (3) • levemente comprometido (4) • no comprometido (5)



			<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar la oportunidad de comentar los factores que influyen en el miedo a caerse. • Adaptar el ambiente para facilitar la concentración. • Ayudarlo a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos de equilibrio. • Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio. 	
--	--	--	--	--

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés.</p> <p>CLASE 2: Respuestas de Afrontamiento.</p> <p>CODIGO: 00148.</p> <p>Temor relacionado con situación desconocida, respuesta aprendida a la amenaza evidenciado por palidez, nerviosismo, expresa temor.</p>	<p>Respuesta emocional básica e intensa que se suscita ante la detección de una amenaza inminente, que implica una reacción de alarma inmediata.</p>	<p>(1302) Afrontamiento de problemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza sensación de control. • Refiere disminución de estrés. • Verbaliza aceptación de la situación. • Modifica el estilo de vida para reducir el estrés. • Utiliza estrategias de superación efectiva. • Evita situaciones excesivamente estresantes. • Refiere disminución de los sentimientos negativos. 	<p>(5230) Mejora de Afrontamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables. • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador. • Proporcionar un ambiente de aceptación. • Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. • Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte stress. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca demostrado (1) • Raramente demostrado (2) • A veces demostrado (3) • Frecuentemente demostrado (4) • Siempre demostrado (5)



			<ul style="list-style-type: none"> • Indagar las razones del paciente para su autocrítica. • Comentar las consecuencias de no enfrentarse a los sentimientos de culpa y vergüenza. • Ayudar al paciente a identificar a identificar sistemas de apoyo disponibles. • Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. • Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados. • Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónica si es el caso. • Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario. • Proporcionar un entrenamiento de habilidades sociales adecuadas. 	
--	--	--	--	--

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
DOMINIO 11: Seguridad/Protección. CLASE 2: Riesgo de Retraso en la Recuperación Quirúrgica. CODIGO: 00246	Susceptible a un aumento del número de días del postoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar que puede	(1411) Autocontrol del trastorno de la alimentación. <ul style="list-style-type: none"> • Selecciona un peso diana saludable. • Mantiene el progreso hacia un peso diana. • Identifica la ingesta diaria de alimentos y líquidos que satisfaga las necesidades nutricionales. • Participa en un programa de ejercicio recomendado. 	(1160) Monitorización nutricional. <ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente. • Vigilar la tendencia de pérdida y ganancia de peso. • Evaluar turgencia y movilidad cutánea. • Identificar las anomalías de la piel. • Observar la presencia de náuseas y vómitos. • Monitorear la ingesta calórica y dietética. • Identificar los cambios recientes de apetito y actividad. • Determinar los patrones de comida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca demostrado (1) • Raramente demostrado (2) • A veces demostrado (3) • Frecuentemente demostrado (4)



<p>Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con anemia, trastorno psicológico en el periodo postoperatorio evidenciado por malnutrición, vómito, dolor persistente, respuesta emocional negativa al resultado quirúrgico.</p>	<p>comprometer la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Consume una ingesta diaria de nutrientes adecuada para las necesidades metabólicas• Expresa determinación para recuperarse del trastorno de la alimentación. <p>(1618) Control de náuseas y vómitos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconoce el inicio de náuseas.• Utiliza medidas preventivas.• Realiza siestas para recuperar energía.• Bebe pequeñas cantidades de líquidos.• Selecciona dieta blanda.• Evita olores desagradables.• Informa las náuseas controladas.• Informa de vómitos controlados.	<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el estado mental.• Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados.• Determinar los factores que afectan la ingesta nutricional. Identificar el tratamiento o derivar al paciente según proceda. <p>(1450) Manejo de las náuseas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Animar al paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas.• Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.• Realizar valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas.• Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas.• Ayudar a solicitar y proporcionar apoyo emocional.• Monitorizar los efectos del tratamiento de las náuseas. <p>(1570) Manejo de vómito.</p> <ul style="list-style-type: none">• Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre y la duración de la emesis, así como el grado en el que es forzado.• Identificar los factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito.• Controlar los factores ambientales que puedan evocar el vómito (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable).	<ul style="list-style-type: none">• Siempre demostrado (5)
--	------------------------------	--	--	--



			<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza). • Proporcionar alivio durante el episodio del vómito. • Pesar al paciente con regularidad. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, musicoterapia) para controlar el vómito. • Utilizar suplementos nutricionales si es necesario para mantener el peso corporal. • Ayudar al paciente y a la familia a solicitar y proporcionar ayuda. • Controlar los efectos del control del vómito. 	
--	--	--	---	--

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 12 : Confort.</p> <p>CLASE 1: Confort Físico.</p> <p>CODIGO: 00132</p> <p>Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por informe verbal del dolor</p>	<p>Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una</p>	<p>(1306) Dolor: respuesta psicológica adversa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angustia por el dolor. • Depresión. • Tristeza. • Ansiedad. • Inquietud. • Temor al dolor insoportable. • Temor a los procedimientos. • Indecisión. • Inutilidad. • Trastorno de memoria. 	<p>(1410) Manejo del dolor: Agudo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. • Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (tos, deambulación, respiración profunda, transferencia a una silla). • Asegurarse que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. • Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Grave (1) • Sustancial (2) • Moderado (3) • Ligero (4) • Ninguno (5)



	duración menor de 3 meses.		<p>después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario.</p> <ul style="list-style-type: none">• Usar analgésicos combinados si el nivel del dolor es intenso.• Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía I.M.• Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento. <p>(5880) Técnica de relajación.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mantener la calma de una manera deliberada.• Mantener el contacto visual con el paciente.• Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.• Permanecer con el paciente.• Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.• Sentarse y hablar con el paciente.• Ofrecer un baño o ducha caliente.• Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante) según corresponda.	
--	----------------------------	--	---	--



FLUXOGRAMA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POI DE LEGRADO UTERINO

VALORACIÓN

Despierta, ventilando espontáneamente, facies pálidas, mucosas orales semihidratadas, piel tibia, c/ CVP permeable.

Se observa ab. b/d, sangrado uterino cantidad, olor, características.

Con EVA de dolor agudo 8/10

DIAGNOSTICO

Deterioro de la ambulación relacionado con dolor, alteración del estado anímico, miedo a caerse evidenciado por dificultad para caminar una requerida distancia

Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por informe verbal del dolor

Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con anemia, trastorno psicológico en el periodo postoperatorio evidenciado por malnutrición, vómito, dolor persistente, respuesta emocional negativa al resultado quirúrgico.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o la silla según tolerancia.
- Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.
- Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.
- Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- Asegurarse que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.
- Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario

- Pesar al paciente.
- Vigilar la tendencia de pérdida y ganancia de peso.
- Evaluar turgencia y movilidad cutánea.
- Identificar las anomalías de la piel.
- Observar la presencia de náuseas y vómitos.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, musicoterapia) para controlar el vómito.
- Utilizar suplementos nutricionales si es necesario para mantener el peso corporal.

EVALUACIÓN

Paciente POI de Legrado Uterino: tranquila, hemodinámicamente estable, afebril, no presenta dolor. sangrado controlado.

	PERÚ Ministerio de Salud	Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS	Cód.: GPC -01 Ver.: 01 Pág.: 60 – 145
---	------------------------------------	---	----------------------------------	--	---

VIII. BIBLIOGRAFÍA:

- Fundamentos Obstétricos (SEGO), Editores: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, Madrid 2007.
- Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva – 2007.





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS

Cód.: GPC -01
Ver.: 01
Pág.: 61 - 145

85

N°005 GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE APENDICITIS AGUDA – CONVENCIONAL

I. FINALIDAD:

El documento ha sido diseñado para orientar al personal de enfermería sobre los aspectos más actuales y eficaces para la elaboración del proceso de atención de enfermería y un plan de cuidados aplicado a las pacientes post operadas de Apendicitis Aguda Convencional, brindándole un marco flexible de referencia.

II. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General:

Guiar a los profesionales de salud en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Apendicitis Aguda Convencional.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Mejorar el tratamiento de los usuarios utilizando las guías para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Apendicitis Aguda Convencional.

2.2.2 Asegurar la recuperación de los usuarios utilizando las guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Apendicitis Aguda Convencional.

2.2.3 Optimizar para obtener los mejores resultados posibles de las guías clínicas.

2.2.4 Disminuir la tasa de complicaciones en el tratamiento del usuario

III. AMBITO DE LA APLICACIÓN:

Unidad de Recuperación Post Anestésica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR, NOMBRE Y CÓDIGO:

Se pretende estandarizar el proceso de atención de enfermería aplicado a los pacientes post operados en la Unidad de Recuperación Post Anestésica.
Apendicitis Aguda - cie 10: K35.9.

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 Definición:

Apendicitis es la inflamación del apéndice, ubicado en el ciego, que es la porción donde comienza el intestino grueso, causada por la obstrucción de su luz con la consecuente isquemia distal, necrosis y perforación.

5.2 Etiología:

La causa de la apendicitis puede ser debido a una obstrucción de la luz apendicular y este producido por un crecimiento exagerado de los folículos linfoides, presencia de coprolitos, algunos cuerpos extraños y parásitos.

La apendicitis aguda es un proceso gradual, es decir que se van presentando las manifestaciones clínicas de forma secuencial, las cuales serán evaluadas por el médico cirujano el camino a seguir para la mejora del paciente, dependerá de la que se encuentre



la enfermedad del paciente, por ello es necesario considerar los tipos de apendicitis aguda:

a.- Apendicitis Congestiva:

El primer tipo de apendicitis se da debido a la obstrucción del lumen apendicular en el cual se aglomera secreciones mucosas las cuales distienden el lumen. Esto ocasiona un edema y congestión de la serosa.

b.-Apendicitis Flegmonosa

En este tipo de apendicitis la mucosa empieza a presentar diminutas ulceraciones o en otros casos es destruida completamente, la cual será atacada por enterobacterias.

c.- Apendicitis Gangrenosa

En este tipo de apendicitis la superficie del apéndice está conformado por espacios de diferentes colores como morado, verde o rojo oscuro. Se incrementa el líquido peritoneal el cual puede ser purulento.

d.-Apendicitis Perforada

Esto ocurre cuando las perforaciones se hacen mucho más grandes, ocasionado por el líquido peritoneal y hay presencia de pus.

5.3 Fisiopatología:

Se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada frecuentemente en adultos por fecalitos, esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano generándose la distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción de edema. En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido, el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y es momento de contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistemática.

5.4 Factores de Riesgos Asociado:

1. Medio ambiente:
 - Infecciosos: mayor incidencia virales gastroenteritis, etc
 - Después de un traumatismo abdominal
2. Estilos de vida:
 - Alimentación: dieta pobre en fibra.
3. Factores hereditarios:
 - El riesgo de AA es mayor si los familiares de primer grado la han tenido. Esto sobre todo se ve en los niños que la padecen con menos de 6 años.



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1 Cuadro Clínico:

6.1.1 Signos y Síntomas:

La secuencia clínica clásica es primero dolor, luego vómito y por último fiebre. El dolor se inicia en el epigastrio o la región periumbilical y después se localiza en la fosa iliaca derecha.

- a) Dolor abdominal. Suele ser el primer síntoma que aparece, aunque en ocasiones puede estar precedido de los vómitos y la fiebre. Es un dolor típicamente de carácter continuo, aunque en ocasiones puede ser de tipo cólico. En la mayoría de los casos refieren dolor abdominal periumbilical y que después se localiza en fosa iliaca derecha (FID).
- b) Vómitos y Anorexia. Típicamente aparecen después de comenzar el dolor abdominal, aunque hasta en un 20% pueden aparecer antes o al mismo tiempo. No suelen ser en gran número y en ocasiones pueden estar ausentes.
- c) Fiebre. Al comienzo del cuadro (sobre todo las primeras 24 horas) consiste en febrícula. La fiebre elevada nos tiene que hacer pensar en la posibilidad de perforación o complicación.
- d) Exploración Física. Habrá que registrar la temperatura (valorar la diferencia térmica entre la temperatura axilar y rectal), y realizar una exploración física completa (p.ej. auscultación pulmonar para descartar neumonía).

6.1.2 Interacción cronológica y características asociadas:

La palpación del abdomen siempre se practica comenzando sobre los cuadrantes menos dolorosos y avanzando a lo más dolorosos y de la superficie a la profundidad. En los cuadros iniciales se encuentra dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Más tarde puede aparecer contractura de la pared abdominal, es decir, defensa involuntaria, la cual es más intensa, en cuanto más cerca se encuentre al proceso inflamatorio de la pared abdominal anterior.

6.2 Diagnóstico:

6.2.1 Criterios de Diagnóstico: Los criterios utilizados para el diagnóstico de apendicitis aguda son:

Visualización de una estructura tubular con clásica apariencia en capas, de sección circular, con un extremo distal ciego y no compresible.

Apéndice en posición fija en la zona de máxima sensibilidad para el paciente.

- a) El diámetro anteroposterior debe ser mayor a 7 mm.
- b) Hipervascularización de la pared en el estudio con eco – Doppler.

Entre los criterios de segundo orden que apoyan el diagnóstico de apendicitis destacan:

- a) Apendicolito: imagen hiperecogénica con sombra acústica, que posee alto valor predictivo positivo.
- b) Líquido relleno la luz en un apéndice de pared desestructurada.



- c) Aspecto brillante de la serosa apendicular.
- d) Aumento en el eco de la grasa mesentérica.
- e) Engrosamiento de la pared del ciego y del ileon.
- f) Líquido periapendicular libre intraabdominal.
- g) Adenopatías regionales.

En los casos de apendicitis más evolucionadas se añaden además otros hallazgos como:

- a) Visualización de áreas hipocogénicas en la submucosa del apéndice: la pérdida de definición de las capas de la pared indica la presencia de fenómenos isquémicos y gangrenosos, con posibilidad de una perforación inminente.
- b) Perforación: el apéndice pierde turgencia, su sección es oval y puede dejar de ser visualizado por quedar digerido en el seno del plastrón.
- c) Presencia del plastrón apendicular: es una zona más o menos amplia de hipocogenicidad mal definida en el seno de la serosa tumefacta y brillante en cuyo interior se puede ver en ocasiones el apéndice o sus restos.
- d) Formación de abscesos que suelen ser difíciles de diferenciar del plastrón e incluso de identificar en el US por la presencia de aire en su interior.

6.2.2 Diagnóstico Diferencial: El diagnóstico diferencial en la apendicitis aguda reviste gran importancia, por tratarse de una entidad frecuente y porque el error diagnóstico implica complicaciones con morbilidad y mortalidad alta.

La precisión diagnóstica de la apendicitis suele ser entre el 75 – 80% basado en los criterios clínico. Cuando se erra, las alteraciones más frecuentes encontradas en la operación son, en orden de frecuencia, la linfadenitis mesentérica, ausencia de enfermedad orgánica, enfermedad inflamatoria pélvica aguda, rotura de folículo ovárico o cuerpo amarillo y gastroenteritis aguda.

Cuando el síndrome es muy doloroso y rápidamente evoluciona a peritonitis, pensar en perforación de úlcera gastroduodenal.

6.2.3 Diagnóstico de Enfermería:

DOMINIO 2: Nutrición.

CLASE 5: Hidratación.

CODIGO: 00195.

Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con alteración de la función reguladora endocrina, evidenciado por vómitos, diarrea.

DOMINIO 4: Actividad / reposo

CLASE 2: Actividad / ejercicio.

CODIGO: 00088.

Deterioro de la ambulación relacionado con dolor, miedo a caerse evidenciado por dificultad para caminar una requerida distancia.

DOMINIO 11: Seguridad / protección.

CLASE 2: Riesgo de Retraso en la Recuperación Quirúrgica.

CODIGO: 00246.



 PERÚ Ministerio de Salud Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS	Cód.: GPC -01 Ver.: 01 Pág.: 65 - 145
---	--	---

Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con procedimientos quirúrgicos extensos, infección de la herida operatoria evidenciado por dificultad para reanudar el empleo, tiempo excesivo requerido para la recuperación.

DOMINIO 11. Seguridad / protección.

CLASE 6: Termorregulación.

CODIGO: 00007.

Hipertermia relacionada con sepsis, deterioro del estado de salud evidenciado por coma, piel caliente al tacto, taquicardia, taquipnea, vasodilatación, estupor.

DOMINIO 12. Confort.

CLASE 1: Confort físico.

CODIGO: 00132

Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por informe verbal del dolor

6.3 EXÁMENES AUXILIARES:

6.3.1 De la Patología:

- a. **Hemograma.** Suele verse leucocitosis con desviación izquierda. Pero el hemograma es una prueba poco sensible y específica que sólo tiene valor interpretando los resultados junto a la historia clínica y la exploración. Podemos encontrar leucocitosis en otros procesos que simulan AA (gastroenteritis, adenitis mesentérica, infección urinaria, etc).

Además, hasta en un 30% de las AA no hay leucocitosis ni desviación izquierda (un 20% con menos de 65% de segmentados). Por lo tanto, con un hemograma normal disminuyen las posibilidades de tener una AA, pero no la descarta en presencia de leucocitosis sin una clínica e historia típica de AA debemos valorar la posibilidad de otra patología

- b. **Proteína C reactiva.** También es una prueba poco específica. En conjunto el valor de la PCR es más elevado en los casos de AA con respecto a otras causas no quirúrgicas de dolor abdominal.

Sin embargo, su valor, por sí mismo, no se debe utilizar para descartar o post poner una intervención quirúrgica, ya que en las primeras etapas (AA flemonosa) la cifra se superpone en gran medida con las encontradas en otros procesos. Sin embargo, recomendamos realizar su determinación ya que el hallazgo de una PCR mayor de 40 mg/l debe hacernos sospechar de una AA gangrenada, por lo que se agilizarán los preparativos quirúrgicos y la realización de profilaxis antibiótica de amplio espectro que cubra los gérmenes más frecuentes (E. coli, Bacteroides fragilis, Peptostreptococcus, Pseudomonas, etc).

- c. **Análisis de orina.** Sirve para descartar una infección urinaria y la nefrolitiasis, que pueden confundirse con una AA. Sin embargo, habrá que tener en cuenta que la presencia de leucocituria puede ser un hallazgo en las AA de localización cerca a la vejiga

6.3.2 Imágenes: Rx, Ecografías, Tomografías.

La utilidad de la Radiografía de Abdomen en la sospecha de AA es escasa. Lo habitual es encontrarnos con una Rx. Normal (80% de los casos). El único hallazgo objetivo de AA en una radiografía de abdomen es la presencia de un apendicolito con clínica sugestiva, que solo se ve en aproximadamente un 10% de las radiografías.

En un segundo escalón de pruebas de imagen se encuentran:

- a) La Ecografía Abdominal: si con la historia clínica y la exploración física no podemos descartar ni confirmar la AA, la eco abdominal es la prueba de imagen de elección en nuestro servicio con una sensibilidad del 92,9%, especificidad del 95,9%, VPP 92,9%, cifras similares a las referidas en la bibliografía.
- b) La Tomografía Axial Computarizada Abdominal: la TAC abdominal focalizada (limitada a la zona apendicular) es una prueba radiológica de rendimiento superior al eco abdominal para el diagnóstico de AA, sobre todo si se hace con contraste oral o rectal.
La TAC por su parte, demuestra muy bien la presencia de abscesos, flegmones ("plastrón") y masas inflamatorias peri apendicular.
 - c) Imágenes con Resonancia Magnética: no existe evidencia científica para establecer la sensibilidad para el diagnóstico de la apendicitis aguda en niños por lo tanto no será utilizada como método diagnóstico.

6.3.3 Exámenes Especializados.

- a) Laparoscopia diagnóstica.

6.4 Manejo Según Nivel de Complejidad y capacidad resolutive:

6.4.1 Médico:

Pre – operatorio: nada por vía oral (NPO):

- a) Reposición hidroelectrolítica EV.
- b) Antibiótico terapia profiláctica o terapéutica.

Según cuadro clínico:

- a) Usar analgésicos sólo si ya se decidió tratamiento quirúrgico y el dolor sea intenso.
- b) Preparar zona operatoria, baño normal o de esponja, rasurado o tricotomía solo por indicación precisa.
- c) Si es necesario: sonda naso gástrica y/vesical, PVC, etc.

Profilaxis antibiótica en apendicitis no complicada:





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN
DE LOS PACIENTES POST OPERADOS

Cód.: GPC -01
Ver.: 01
Pág.: 67 - 145

79

Debe ser de uso racional por 24 horas (03 dosis), se recomienda dosis única.
Cefalosporinas de primera, segunda o tercera generación.

Aminoglucósido.

Asociados: aminoglucósidos con metronidazol o clindamicina ciprofloxacina.

Antibiótico Terapéutico: debe ser de uso racional, mayor de 7 días

Cloranfenicol más aminoglucósido.

Metronidazol o clindamicina con aminoglucósido.

Ceftriaxona con metronidazol o clindamicina.

Ciprofloxacina con metronidazol o clindamicina.

6.4.2 Quirúrgico:

Debe ser realizado en las primeras 24 horas

a) Apendicectomía Convencional o Laparoscópico

Nivel de Complejidad en Cirugía:

EXÁMENES PRE – OPERATORIOS

1. Hemograma.
2. Grupo Sanguíneo y Factor Rh.
3. Perfil de Coagulación.
4. Orina Completa.
5. Radiografía de pulmones. (mayores 40 años)
6. Riesgo Quirúrgico. (mayores de 40 años)
7. Otros Exámenes a criterio del Médico

6.4.3 Criterios de Alta:

- a) Apendicitis no complicada: 24 a 72 horas, en buenas condiciones: afebril, tolerancia oral, dolor mínimo, herida operatoria en buenas condiciones.
- b) Apendicitis complicada: de acuerdo a evolución, en buenas condiciones: sin fiebre, tolerancia oral, sin drenes, herida operatoria con infección controlada.
- c) Descanso médico: individualizar cada caso según evolución clínica, los parámetros son:
 - o Apendicitis no complicada: 7 días.
 - o Apendicitis complicada: 2 a 3 semanas.





VII. ANEXOS:

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 2: Nutrición</p> <p>CLASE 5: Hidratación</p> <p>CODIGO: 00195.</p> <p>Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con alteración de la función reguladora endocrina, evidenciado por vómitos, diarrea.</p>	<p>Susceptible a cambios en los niveles de electrolitos séricos que pueden comprometer a la salud.</p>	<p>(0602) Hidratación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turgencia cutánea. • Membranas mucosas húmedas. • Ingesta de líquidos. • Diuresis. • Sed. • Orina oscura. • Globos oculares hundidos. • Disminución de la presión arterial. • Pulso rápido filiforme. • Calambres musculares. • Espasmos musculares. • Diarrea. • Aumento de la temperatura corporal. 	<p>(2080) Manejo de líquidos /electrólitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales, si existe disponibilidad. • Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardiaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación. • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (poliuria/oliguria, cambios conductuales saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial). • Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio). • Pesar a diario y valorar la evolución. • Administrar líquidos si está indicado. • Favorecer la ingesta oral. • Administrar fibra según prescripción al paciente alimentado por sonda para reducir la pérdida de líquidos y electrolitos causados por la diarrea. • Minimizar la ingesta de alimentos y bebidas con efectos diuréticos o laxantes. • Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido (1) • Sustancialmente comprometido (2) • Moderadamente comprometido (3) • Levemente comprometido (4) • No comprometido (5)



- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Llevar un registro preciso de entradas y salidas.• Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP, PECP.• Observar si hay signos o síntomas de retención de líquidos.• Vigilar los signos vitales, según corresponda.• Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específicos.• Observar si se producen efectos secundarios.• Consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio de hidroelectrolítico persisten o empeoran.• Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).• Ayudar a los pacientes que tengan secuelas indeseables del régimen terapéutico prescrito.• Informar al paciente y la familia sobre el fundamento de las restricciones de líquidos, las medidas de hidratación o la administración suplementaria de electrolitos. | |
|--|--|--|---|--|



PERU

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospitales Lanfranco La Hoz

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS

Cód.: GPC -01
Ver.: 01
Pág.: 70 - 145

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 4: Actividad/ Reposo CLASE 2: Actividad/ Ejercicio CODIGO: 00088</p> <p>Deterioro de la ambulación relacionado con dolor, alteración del estado anímico, miedo a caerse evidenciado por dificultad para caminar una requerida distancia.</p>	<p>Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.</p>	<p>(0208) Movilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento del equilibrio. • Coordinación. • Marcha. • Mantenimiento de la posición corporal. • Realización del traslado. • Correr. • Caminar a gatas. • Ambulación. • Se mueve con facilidad 	<p>(0221) Terapia de ejercicios: ambulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas cómodas. • Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. • Colocar una cama de baja altura si resulta oportuno. • Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o la silla según tolerancia. • Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales. • Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. • Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario. • Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal. • Fomentar la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. <p>(0222) Terapia de ejercicios: equilibrio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio. • Proporcionar la oportunidad de comentar los factores que influyen en el miedo a caerse. • Adaptar el ambiente para facilitar la 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido (1) • Sustancialmente comprometido (2) • Moderadamente comprometido (3) • Levemente comprometido (4) • No comprometido (5)

AL



			concentración. <ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos de equilibrio. 	
--	--	--	--	--

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 11: Seguridad/ Protección.</p> <p>CLASE 2: Riesgo de Retraso en la Recuperación Quirúrgica.</p> <p>CODIGO: 00246</p> <p>Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con procedimiento quirúrgicos extensos, infección de la herida operatoria evidenciado por dificultad para moverse, dificultad para reanudar el empleo, tiempo excesivo requerido para la recuperación.</p>	<p>Susceptible a un aumento del número de días del postoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar que puede comprometer la salud.</p>	<p>(2305) Recuperación Quirúrgica postoperatorio inmediato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vías aéreas permeables. • Temperatura corporal. • Nivel de conciencia. • Orientación cognitiva. • Diuresis. • Ruidos intestinales. • Integridad tisular. • Drenado de los drenajes/ tubos de la herida. <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado. • Dolor. • Drenado en el apósito. • Tumefacción en la herida. • Presión intracraneal. • Náuseas. • Vómitos. • Cefalea. • Dolor de garganta. • Hiperglucemia. • Hipoglucemia. 	<p>(6540) Control de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. • Cambiar el equipo de cuidado del paciente según protocolo. • Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. • Mantener técnicas de aislamiento apropiadas. • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente • Usar guantes estériles según corresponda. • Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías. • Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. • Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado. • Fomentar el reposo. • Fomentar una ingesta nutricional adecuada. • Fomentar la ingesta de líquidos según corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desviación grave del rango normal (1) • Desviación sustancial del rango normal (2) • Desviación moderada del rango normal (3) • Desviación leve del rango normal (4) • Sin desviación del rango normal (5) <ul style="list-style-type: none"> • Grave (1). • Sustancial (2). • Moderado (3). • Leve (4). • Ninguno (5).

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 11: Seguridad/ Protección.</p> <p>CLASE 6: Termorregulación.</p> <p>CODIGO: 00007</p> <p>Hipertermia relacionada con sepsis, deterioro del estado de salud evidenciado por coma, piel caliente al tacto, taquicardia, taquipnea, vasodilatación, estupor.</p>	<p>Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.</p>	<p>(0800) Termorregulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de piel de gallina cuando hace frío. • Sudoración con el calor. • Tiritera con el frío. • Frecuencia cardíaca. • Frecuencia respiratoria. • Comodidad /térmica referida. <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura cutánea aumentada. • Disminución de la temperatura cutánea. • Hipertermia. • Hipotermia. • Cefalea. • Dolor muscular. • Irritabilidad. • Somnolencia. • Cambios de coloración cutánea. • Contractura muscular. • Deshidratación. • Calambres por calor. • Golpe de calor. • Congelación. 	<p>(3740) Tratamiento de la fiebre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar la temperatura y otros signos vitales. • Observar el color y temperatura de la piel. • Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos. • Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre. • Fomentar el consumo de líquidos. • Administrar oxígeno según corresponda. • Aplicar baño tibio con esponja con cuidado (es decir, administrarlo a los pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia y evitar a los pacientes que tengan frío). • Aumentar la circulación del aire. • Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre. • Garantizar que se controlan otros signos de infección en los ancianos, pues pueden presentar solo febrícula o ausencia de fiebre durante las infecciones. • Garantizar que se aplican las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación o delirio. • Humedecer los labios y la mucosa nasal secos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido (1) • Sustancialmente comprometido (2) • Moderadamente comprometido (3) • Ligeramente comprometido (4) • No comprometido (5) <ul style="list-style-type: none"> • Grave (1). • Sustancial (2). • Moderado (3). • Leve (4). • Ninguno (5).



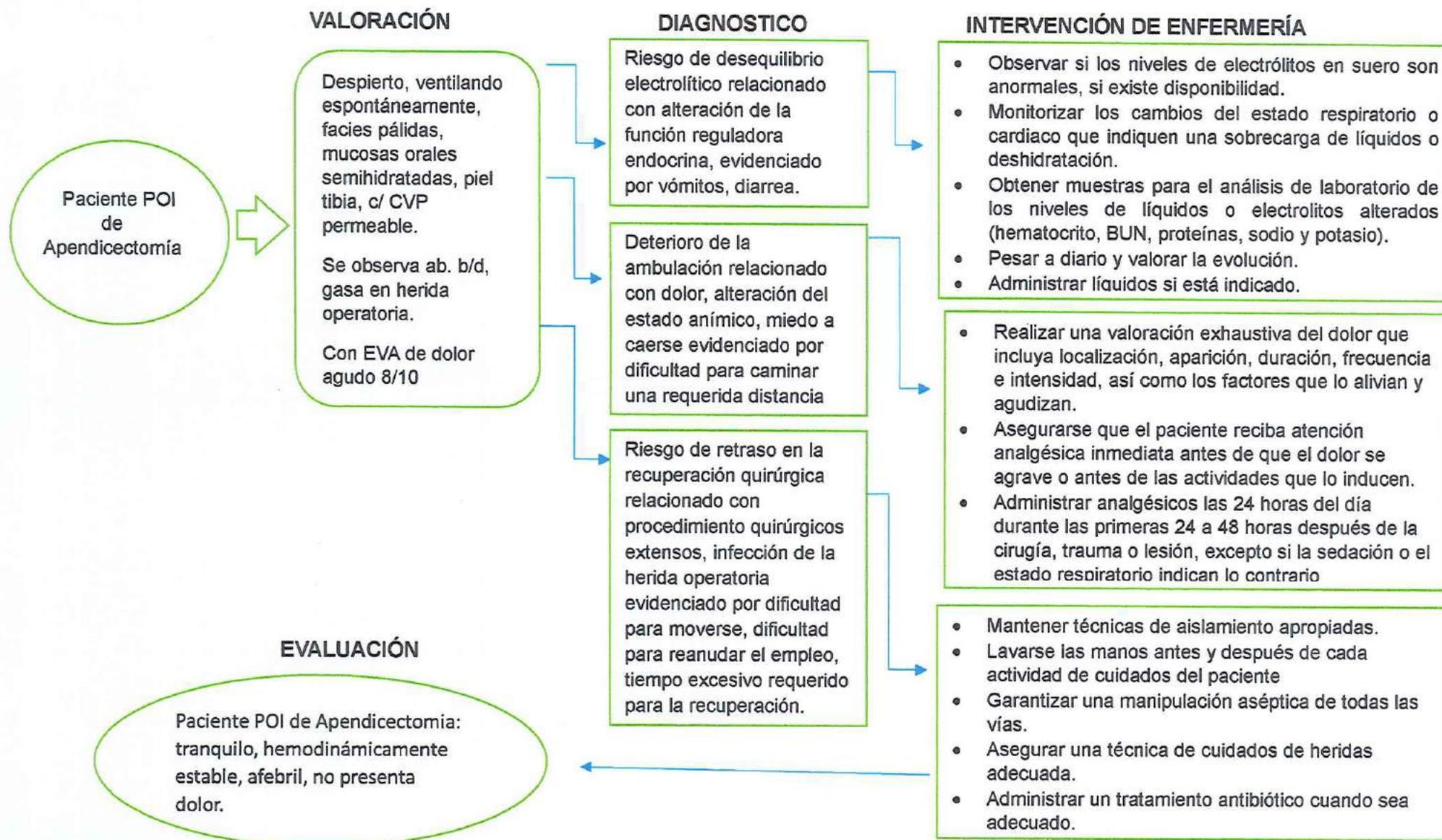
ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 12: Confort.</p> <p>CLASE 1: Confort Físico.</p> <p>CODIGO: 00132</p> <p>Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por informe verbal del dolor</p>	<p>Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.</p>	<p>(1306) Dolor: respuesta psicológica adversa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angustia por el dolor. • Depresión. • Tristeza. • Ansiedad. • Inquietud. • Temor al dolor insoportable. • Temor a los procedimientos. • Indecisión. • Inutilidad. • Trastorno de memoria. 	<p>(1410) Manejo del dolor: Agudo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. • Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (tos, deambulación, respiración profunda, transferencia a una silla). • Asegurarse que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. • Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario. • Usar analgésicos combinados si el nivel del dolor es intenso. • Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía I.M. • Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento. <p>(5880) Técnica de relajación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la calma de una manera deliberada. • Mantener el contacto visual con el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grave (1) • Sustancial (2) • Moderado (3) • Ligero (4) • Ninguno (5)



			<ul style="list-style-type: none">• Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.• Permanecer con el paciente.• Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.• Sentarse y hablar con el paciente.• Ofrecer un baño o ducha caliente.• Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante) según corresponda.	
--	--	--	--	--



FLUXOGRAMA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POI DE APENDICECTOMÍA



VIII. BIBLIOGRAFÍA:

- Fallas, J. (2015). Apendicitis Aguda. Medicina Legal de Costa Rica. Recuperado el 12 de 2020, de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf>
- Luna, J. (2016). Atención de Enfermería al paciente con apendicitis aguda. Revista electrónica de portales médicos. Recuperado el 12 de 2020, de <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/atencion-enfermeria-apendicitis-aguda/>
- Lee, J., Jeong, Y. K., Hwang, J. C., et al. (2002). Graded compression sonography with adjuvant use of a posterior manual compression technique in the sonographic diagnosis of acute appendicitis. AJR Am J Roentgenol, 178, 863–8.
- Schumpelick, V., Dreuw, B., Ophoff, K. y A. Preschr. (2000). Appendix and Cecum, Embryology, Anatomy, and Surgical Applications. Surgical Clinics of North America, 80, 295-318



 PERÚ Ministerio de Salud Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS	Cód.: GPC -01 Ver.: 01 Pág.: 77 - 145
--	--	---

N°006 GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE COLECISTITIS CRÓNICA

I. FINALIDAD:

El documento ha sido diseñado para orientar al personal de enfermería sobre los aspectos más actuales y eficaces para la elaboración del proceso de atención de enfermería y un plan de cuidados aplicado a las pacientes post operadas de Colecistitis Crónica, brindándole un marco flexible de referencia.

II. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General:

Guiar a los profesionales de salud en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Colecistitis Crónica.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Mejorar el tratamiento de los usuarios utilizando las guías para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Colecistitis Crónica.

2.2.2 Asegurar la recuperación de los usuarios utilizando las guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Colecistitis Crónica

2.2.3 Optimizar para obtener los mejores resultados posibles de las guías clínicas.

2.2.4 Disminuir la tasa de complicaciones en el tratamiento del usuario

III. AMBITO DE LA APLICACIÓN:

Unidad de Recuperación Post Anestésica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR, NOMBRE Y CÓDIGO:

Se pretende estandarizar el proceso de atención de enfermería aplicado a los pacientes post operados en la Unidad de Recuperación Post Anestésica.
 colecistitis crónica – cie – 10: K811.

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 Definición:

Es la inflamación de la pared de la vesícula biliar. Se debe a la presencia de cálculos en el conducto cístico, que desemboca en el colédoco que persiste por un periodo de tiempo prolongado.

5.2 Etiología:

Secundaria o no de una colecistitis aguda, es frecuentemente en los litiásicos.

La colecistitis crónica es causada por ataques repetitivos de colecistitis aguda, lo cual lleva engrosamiento de las paredes de la vesícula biliar. La vesícula biliar comienza a encogerse y finalmente pierde su capacidad para desempeñar su función de concentrar y almacenar la bilis.



5.3 Fisiopatología:

Vesícula esclerosa, a menudo fija a los órganos vecinos por adherencias. Su pared está infiltrada con linfocitos y algunas veces con plasmocitos y eosinófilos.

5.4 Factores de Riesgo Asociados:

La enfermedad más frecuente en mujeres que en hombres y la incidencia aumenta después de los 40 años. Especialmente en mujeres obesas y multíparas tener antecedentes de colecistitis aguda y la presencia de cálculos biliares con factores de riesgo para esta enfermedad.

- ✓ **Vesícula escleroatrófica:** pequeña, de lumen estrecho y pared fibrosa, amoldada sobre los cálculos del lumen que aparecen fuertemente adheridos a ella.
- ✓ **Hidrops vesicular:** vesícula aumentada de volumen, pálida. Al corte, muy distendida por un líquido incoloro de aspecto cero – mucoso; un cálculo enclavado en el bacinete; pared fibrosa convertida en una delgada lámina.
- ✓ **Vesícula en porcelana:** vesícula de pared fibrosa y calcificada su superficie interna es blanca y lisa.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1 Cuadro Clínico:

El cuadro clínico es de litiasis biliar; trastornos dispépticos interrumpidos por accidentes paroxísticos desencadenados con frecuencia por desórdenes dietéticos.

- Indigestión crónica.
- Dolor abdominal vago que puede durar más de una hora.
- Náuseas.
- Eructos.

6.2 Diagnóstico:

La historia clínica es la base del diagnóstico en la patología vesicular. Una vez descrita los síntomas en la exploración del abdomen aparecerá una zona muy sensible al tacto en la zona superior derecha del abdomen.

Luego se realizará un análisis de sangre con petición de:

- Bilirrubina.
- Amilasa y lipasa.
- Hematimetría completa.
- Pruebas de la función hepática GOT, GTP, Gamma GT, Fosfatasa Alcalina.
- La hiperbilirrubinemia en los casos en que se presenta ictericia y presencia de elementos biliares en la orina; alteraciones de la numeración y del hemograma.

Y además se realizarán estudios de imagen:

- Ecografía abdominal.
- Colecistografía oral (Prueba de Grahan).
- Colangiografías.
- Gammagrafía de la vesícula biliar con contraste con marcadores.
- Ultrasonografía, que ha desplazado en la actualidad al estudio de los rayos X.
- Tomografía Axial Computarizada (TAC) es otro método diagnóstico de gran ayuda en las enfermedades de la vesícula biliar.



6.2.1 Criterios de Diagnóstico:
Basado en la historia clínica, laboratorio y ecografía de las vías biliares.

6.2.2 Diagnóstico Diferencial:
El proceso que con mayor frecuencia se presta a confusión con la colecistitis aguda es la apendicitis aguda, pues los datos exploratorios en el hemiabdomen derecho pueden superponerse en ambas enfermedades. La progresión de los síntomas y signos suele ser más rápida en la apendicitis.

- Úlcera péptica.
- Hernias de la pared abdominal.
- Intestino irritable.
- Afección diverticular.
- Enfermedades hepáticas.
- Cálculos renales.
- Dolor pleurítico.
- Dolor del miocardio.

6.2.3 Diagnóstico de Enfermería:

DOMINIO 2: Nutrición.

CLASE 1: Ingestión.

CODIGO: 00002.

Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades relacionado con conocimientos inadecuados sobre los requerimientos nutricionales evidenciado por cólico y dolor abdominal, estreñimiento, palidez de membranas mucosas.

DOMINIO 4. Actividad / reposo

CLASE 2: Actividad / ejercicio.

CODIGO: 00088.

Deterioro de la ambulación relacionado con dolor, miedo a caerse evidenciado por dificultad para caminar una requerida distancia.

DOMINIO 4. Actividad / reposo

CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares.

CODIGO: 00318

Respuesta ventilatoria disfuncional al destete en el adulto relacionado con desequilibrio ácido-base, infecciones, evidenciado por jadeo, aleteo nasal, funciones vitales alteradas, necesidad percibida de incremento de oxígeno.

DOMINIO 11. Seguridad / protección.

CLASE 2: Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica.

CODIGO: 00246

Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con procedimiento quirúrgicos extensos, infección de la herida operatoria evidenciado por dificultad para moverse, dificultad para reanudar el empleo, tiempo excesivo requerido para la recuperación.



DOMINIO 11. Seguridad / protección.

CLASE 6: Termorregulación.

CODIGO: 00007.

Hipertermia relacionada con sepsis, deterioro del estado de salud evidenciado por coma, piel caliente al tacto, taquicardia, taquipnea, vasodilatación, estupor.

DOMINIO 12. Confort.

CLASE 1: Confort físico.

CODIGO: 00132

Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por informe verbal del dolor.

6.3 Exámenes auxiliares:

Los exámenes que revelan la presencia de cálculos o una inflamación en la vesícula biliar son:

- Tomografía computarizada del abdomen.
- Ecografía abdominal.
- Gammagrafía de la vesícula biliar (gammagrafía hepatobiliar con ácido iminodiacético: HIDA, por sus siglas en inglés.
- Colecistografía oral.

6.4 Manejo Según Complejidad y Capacidad Resolutiva:

6.4.1 Medidas generales y preventivas:

La colecistitis crónica calculosa es una enfermedad que no siempre puede prevenirse, tal es el caso, que es muy poco lo que se sabe a ciencia cierta de su control y prevención. En las personas que han tenido antecedentes de colecistitis aguda, pero que aún tienen la vesícula biliar, pueden beneficiarse mediante la reducción en la dieta de los alimentos grasos, en especial los ricos en lipoproteína de baja densidad.

La extirpación de la vesícula biliar y de los cálculos biliares en los pacientes con colecistitis a repetición es la mejor opción para estos pacientes.

Además de los alimentos grasos y ricos en lipoproteína de baja densidad se ha correlacionado el consumo de leguminosas como los factores dietéticos más importantes en la génesis de la colecistitis. Razón por la que se plantea que disminuir al mínimo posible el consumo de leguminosas y de ácidos grasos podría tener un rol en nuestra población que todavía conserva un consumo considerable de las mismas. Al mismo tiempo que se reduce el consumo de los anteriores se debería incluir en la dieta el consumo de ácidos grasos insaturados y el consumo de la fibra, que por su efecto en la captación de grasas saturadas evita su absorción y disminuyendo los niveles séricos de los mismos. Ambos podrían tener un efecto protector para el desarrollo de colelitiasis.

Finalmente, recientemente se ha demostrado que el tratamiento profiláctico con AUDC evita la frecuente formación de cálculos biliares en pacientes sometidos a pérdida de peso rápida tras cirugía bariátrica o dieta hipocalórica estricta.



6.4.2 Terapéutica:

Por lo general, a una persona con inflamación aguda de la vesícula biliar se le hospitaliza, se le administran líquidos y electrolitos por vía intravenosa y no se le permite comer ni beber. En ocasiones puede pasarse una sonda nasogástrica para mantener vació el estómago y así disminuir la estimulación de la vesícula biliar.

Si se sospecha una inflamación aguda de la vesícula biliar se administran antibióticos. Si el diagnóstico es claro y el riesgo de cirugía es pequeño, la vesícula biliar se extirpa dentro de los 2 primeros días de la enfermedad. Sin embargo, si el paciente presenta alguna otra enfermedad que incremente el riesgo de la cirugía, la operación puede ser postergada mientras se trata esta última. Si el ataque agudo se resuelve, la vesícula biliar puede ser extirpada con posterioridad, preferentemente después de 6 semanas o más.

El tratamiento de las colecistitis crónicas es esencialmente quirúrgico, la colecistectomía es la técnica por excelencia, siendo la cirugía laparoscópica la que ha ido desplazando en la actualidad a la laparotomía o cirugía convencional, que ha quedado reducida para algunos casos muy especiales o cuando se presentan complicaciones con la cirugía laparoscópica. El tratamiento médico es solamente sintomático y temporal, salvo algunos casos cuya cirugía es de gran riesgo.

6.4.3 Signo de alarma:

- Molestia abdominal que dura una semana o más.
- Distensión abdominal que persiste por más de dos días.
- Sensación de ardor al orinar o micción frecuente.
- Inapetencia prolongada.
- Fiebre.
- Pérdida de peso inexplicable.

6.4.4 Criterios de alta:

- Haber completado un periodo de observación mínimo 6 h.
- Capacidad de deambulación autónoma.
- Ausencia de náusea y vómitos en las últimas 3 horas.
- Presencia de diuresis espontánea.
- Signos vitales estables durante todo el periodo de observación.
- Dolor tratable con analgésicos orales.
- Acompañante disponible para movilizarlo a su vehículo de transporte.





VII. ANEXOS:

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 2: Nutrición</p> <p>CLASE 1: Ingestión</p> <p>CODIGO: 00002.</p> <p>Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades relacionado con conocimientos inadecuados sobre los requerimientos nutricionales evidenciado por cólico y dolor abdominal, estreñimiento, palidez de membranas mucosas.</p>	<p>Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas</p>	<p>(1854) Conocimiento: dieta saludable.</p> <ul style="list-style-type: none"> Objetivos dietéticos alcanzables. Peso personal óptimo. Relación entre dieta, ejercicio y peso. Ingesta de líquidos adecuada a las necesidades metabólicas Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas Pautas nutricionales recomendadas. Alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas. Raciones diarias recomendadas de proteínas, frutas, verduras y productos lácteos. Importancia de tomar el desayuno. Importancia de distribuir la ingesta de alimentos a lo largo del día. Estrategias para aumentar el cumplimiento de la dieta. 	<p>(1050) Alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar la dieta prescrita. Crear un ambiente placentero durante la comida. Proporcionar una analgesia adecuada antes de las comidas según corresponda. Facilitar la higiene bucal después de las comidas. Identificar el reflejo de deglución, si fuera necesario. Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito. Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente. Mantener en posición erguida, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia delante durante la alimentación. Acompañar la comida con agua si fuera necesario. Registrar la ingesta, si registra oportuno. Evitar disimular los fármacos con la comida. Evitar poner comida o bebida en la boca mientras se está masticando. Proporcionar los alimentos a la temperatura más apetecible. Evitar distraer al paciente durante la deglución. Comer sin prisas lentamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Ningún conocimiento (1) Conocimiento escaso (2) Conocimiento moderado (3) Conocimiento sustancial (4) Conocimiento extenso (5)



		<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias para evitar grasas saturadas. • Pautas para los suplementos nutricionales. • Recomendaciones de seguridad para el almacenamiento y preparación de los alimentos. • Posibles interacciones entre alimentos y medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar atención al paciente durante la alimentación • Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado. • Lavar la cara y manos después de comer. 	
--	--	--	--	--

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
DOMINIO 4: Actividad /Reposo CLASE 2: Actividad/ Ejercicio. CODIGO: 00088 Deterioro de la ambulación relacionado con dolor, miedo a caerse evidenciado por dificultad para caminar una requerida distancia.	Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.	(0208) Movilidad <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento del equilibrio. • Coordinación. • Marcha. • Mantenimiento de la posición corporal. • Realización del traslado. • Correr. • Caminar a gatas. • Ambulación. • Se mueve con facilidad 	(0221) Terapia de ejercicios: ambulación. <ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas cómodas. • Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. • Colocar una cama de baja altura si resulta oportuno. • Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o la silla según tolerancia. • Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales. • Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. • Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido (1) • Sustancialmente comprometido (2) • Moderadamente comprometido (3) • Levemente comprometido (4) • No comprometido (5)



			<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal. • Fomentar la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. <p>(0222) Terapia de ejercicios: equilibrio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio. • Proporcionar la oportunidad de comentar los factores que influyen en el miedo a caerse. • Adaptar el ambiente para facilitar la concentración. • Ayudarlo a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos de equilibrio. • Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio. 	
--	--	--	---	--

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
DOMINIO 4: Actividad /Reposo CLASE 4: Respuesta Cardiovasculares/ Pulmonares CODIGO: 00318	Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles de la ventilación mecánica que interrumpe y prolonga el periodo de destete.	(0414) Estado Cardiopulmonar. <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial sistólica y diastólica. • Pulsos periféricos. • Ritmo cardíaco. • Frecuencia respiratoria. • Ritmo respiratorio. • Profundidad de inspiración. • Expulsión de aire. 	(2870) Cuidados postanestesia. <ul style="list-style-type: none"> • Revisar las alergias del paciente incluido las alergias al látex. • Determinar la vía aérea y la adecuación circulatoria. • Administrar oxígeno según corresponda. • Comprobar la oxigenación. • Proceder a la ventilación si es necesario. • Controlar la calidad y número de respiraciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grave (1) • Sustancial (2) • Moderado (3) • Leve (4) • Ninguno (5)



<p>Respuesta ventilatoria disfuncional al destete en el adulto relacionado con desequilibrio ácido-base, infecciones, evidenciado por jadeo, aleteo nasal, funciones vitales alteradas, necesidad percibida de incremento de oxígeno.</p>		<ul style="list-style-type: none">• Eliminación de urinaria.• Índice cardiaco.• Saturación de oxígeno.• Palidez.• Cianosis.• Rubor.• Fatiga, inquietud.• Somnolencia, diaforesis.• Retracción torácica• Edema pulmonar.• Edema periférico.• Disnea. <p>(0403) Estado respiratorio: ventilación.</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilización de los músculos accesorios.• Ruidos respiratorios patológicos.• Retracción torácica.• Expansión torácica asimétrica.• Vocalización alterada.• Atelectasia.	<ul style="list-style-type: none">• Animar al paciente a que tosa y respire profundamente.• Aclarar cualquier orden postoperatoria que deba iniciarse en la unidad de cuidados postoperatorios.• Animar al paciente a que tosa y respire profundamente.• Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 minutos o más a menudo según corresponda.• Controlar la temperatura.• Vigilar la diuresis.• Vigilar el estado neurológico.• Observar el nivel de conciencia.• Proporcionar mantas calientes según corresponda.• Comprobar la zona de intervención según corresponda.• Determinar si el paciente cumple con los criterios de alta.• Pasar la información sobre el paciente a la unidad de cuidados postoperatorios.• Transferir al paciente al siguiente nivel de cuidados.	<ul style="list-style-type: none">• Grave (1)• Sustancial (2)• Moderado (3)• Leve (4)• Ninguno (5)
---	--	---	--	--



PERÚ
Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos
Laniranco La Hoz

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ASISTENCIA
DE LOS PACIENTES POST OPERADOS

Cód.: GPC -01
Ver.: 01
Pág.: 86 - 145

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 11: Seguridad/ Protección.</p> <p>CLASE 2: Riesgo de Retraso en la Recuperación Quirúrgica.</p> <p>CODIGO: 00246 Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con procedimiento quirúrgicos extensos, infección de la herida operatoria evidenciado por dificultad para moverse, dificultad para reanudar el empleo, tiempo excesivo requerido para la recuperación.</p>	<p>Susceptible a un aumento del número de días del postoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar que puede comprometer la salud.</p>	<p>(2305) Recuperación Quirúrgica postoperatorio inmediato.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vías aéreas permeables.• Temperatura corporal.• Nivel de conciencia.• Orientación cognitiva.• Diuresis.• Ruidos intestinales.• Integridad tisular.• Drenado de los drenajes/ tubos de la herida.• Sangrado.• Dolor.• Drenado en el apósito.• Tumefacción en la herida.• Presión intracraneal.• Náuseas.• Vómitos.• Cefalea.• Dolor de garganta.• Hiperglucemia.• Hipoglucemia.	<p>(6540) Control de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none">• Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.• Cambiar el equipo de cuidado del paciente según protocolo.• Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.• Mantener técnicas de aislamiento apropiadas.• Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente• Usar guantes estériles según corresponda.• Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías.• Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.• Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.• Fomentar el reposo.• Fomentar una ingesta nutricional adecuada.• Fomentar la ingesta de líquidos según corresponda.	<ul style="list-style-type: none">• Nunca demostrado (1)• Raramente demostrado (2)• A veces demostrado (3)• Frecuentemente demostrado (4)• (5)



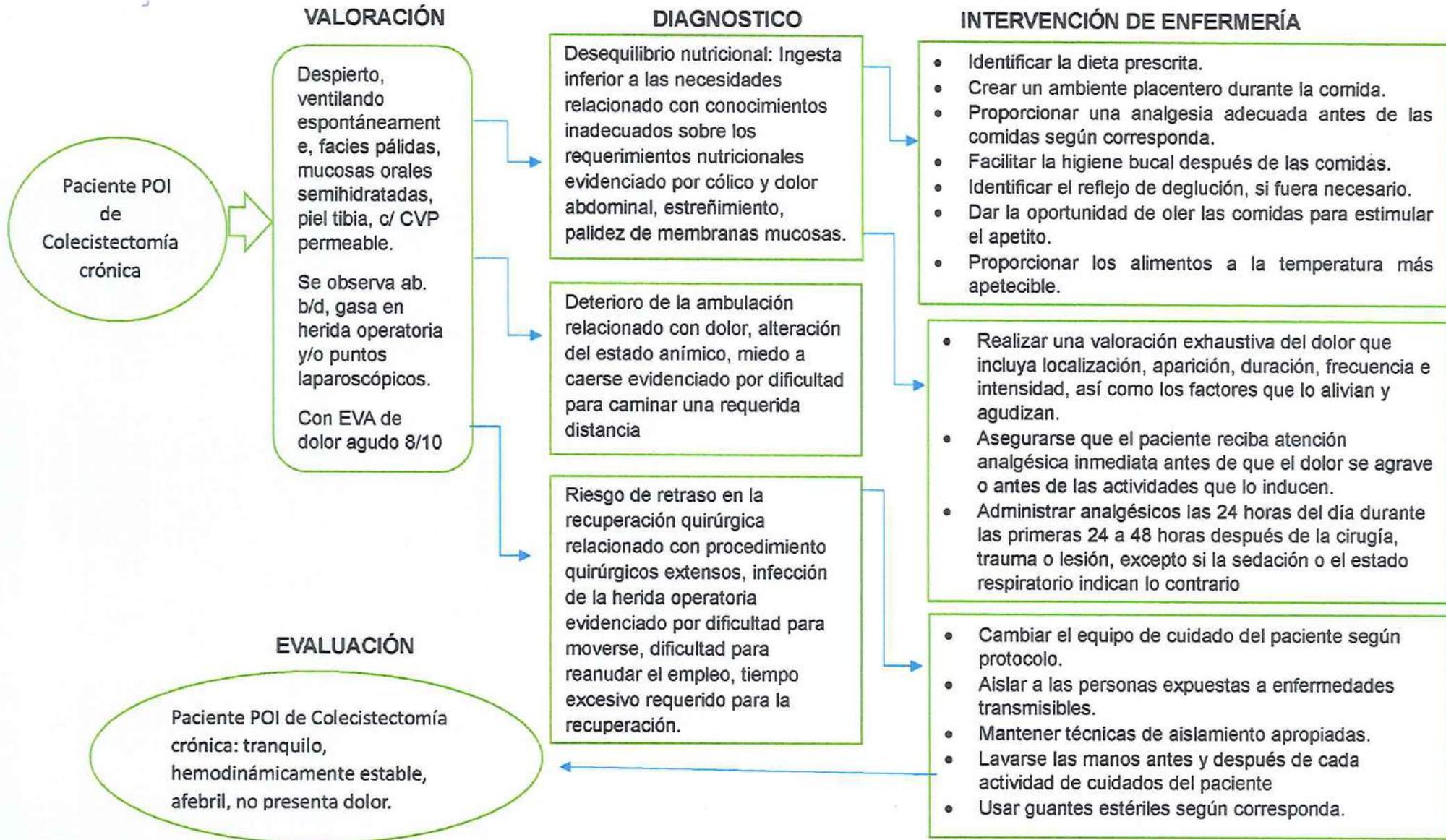
ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 11: Seguridad/ Protección.</p> <p>CLASE 6: Termorregulación</p> <p>CODIGO: 00007</p> <p>Hipertermia relacionada con sepsis, deterioro del estado de salud evidenciado por piel caliente al tacto, taquicardia, taquipnea, vasodilatación, estupor.</p>	<p>Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.</p>	<p>(0800) Termorregulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de piel de gallina cuando hace frío. • Sudoración con el calor. • Tiritona con el frío. • Frecuencia cardiaca. • Frecuencia respiratoria. • Comodidad /térmica referida. • Temperatura cutánea aumentada. • Disminución de la temperatura cutánea. • Hipertermia. • Hipotermia. • Cefalea. • Dolor muscular. • Irritabilidad. • Somnolencia. • Cambios de coloración cutánea. • Contractura muscular. • Deshidratación. • Calambres por calor. • Golpe de calor. • Congelación. 	<p>(3740) Tratamiento de la fiebre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar la temperatura y otros signos vitales. • Observar el color y temperatura de la piel. • Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos. • Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre. • Fomentar el consumo de líquidos. • Administrar oxígeno según corresponda. • Aplicar baño tibio con esponja con cuidado (es decir, administrarlo a los pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia y evitar a los pacientes que tengan frío). • Aumentar la circulación del aire. • Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre. • Garantizar que se controlan otros signos de infección en los ancianos, pues pueden presentar solo febrícula o ausencia de fiebre durante las infecciones. • Garantizar que se aplican las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación o delirio. <p>Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grave (1) • Sustancial (2) • Moderado (3) • Ligero (4) • Ninguno (5)

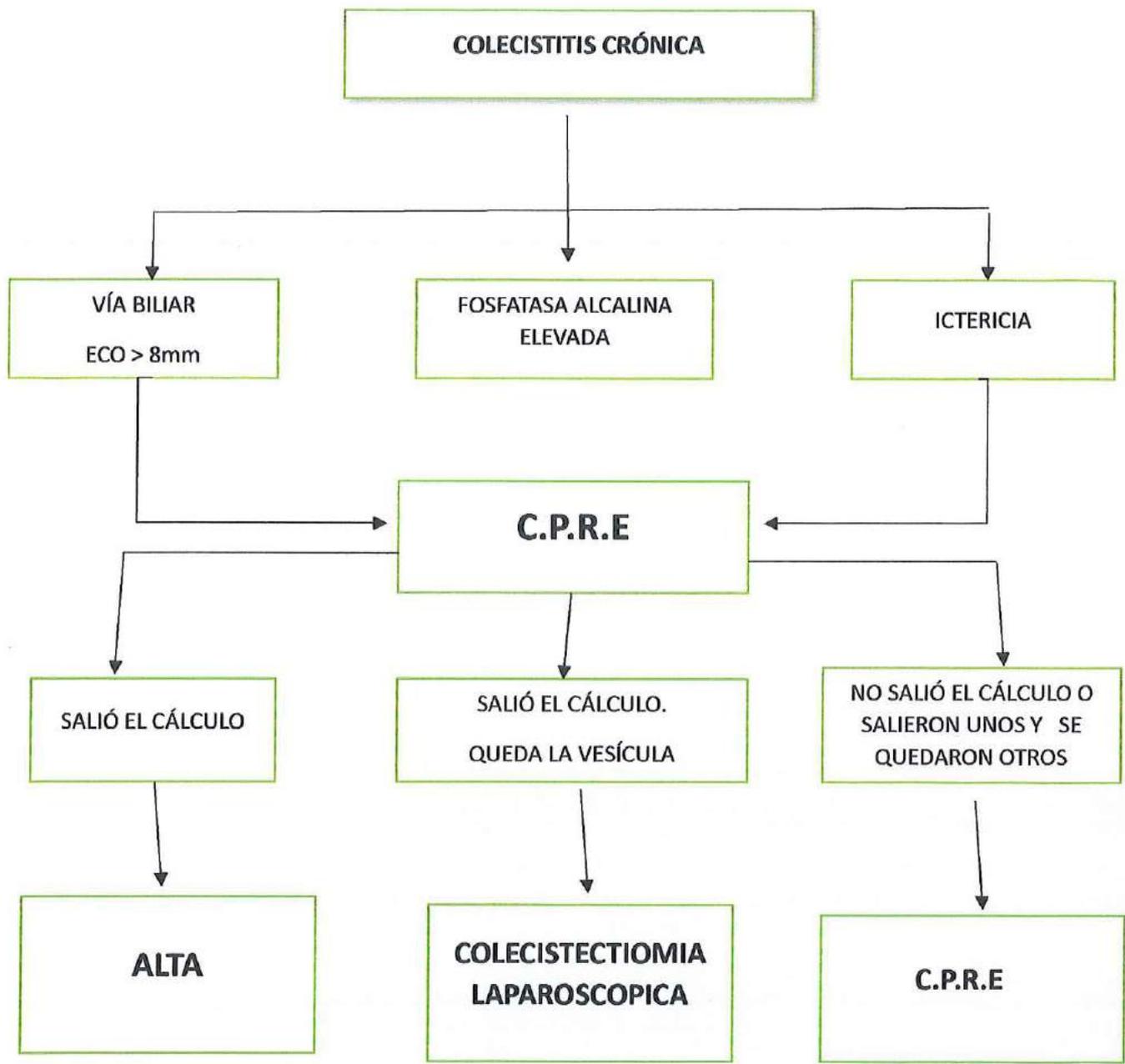


ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO
<p>DOMINIO 12: Confort.</p> <p>CLASE 1: Confort Físico.</p> <p>CODIGO: 00132</p> <p>Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por informe verbal del dolor</p>	<p>Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.</p>	<p>(1306) Dolor: respuesta psicológica adversa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angustia por el dolor. • Depresión. • Tristeza. • Ansiedad. • Inquietud. • Temor al dolor insoportable. • Temor a los procedimientos. • Indecisión. • Inutilidad. • Trastorno de memoria. 	<p>(1410) Manejo del dolor: Agudo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. • Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (tos, deambulación, respiración profunda, transferencia a una silla). • Asegurarse que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. • Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario. • Usar analgésicos combinados si el nivel del dolor es intenso. • Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía I.M. • Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento. <p>(5880) Técnica de relajación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la calma de una manera deliberada. • Mantener el contacto visual con el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grave (1) • Sustancial (2) • Moderado (3) • Ligero (4) • Ninguno (5)



FLUXOGRAMA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POI DE COLECISTECTOMIA CRÓNICA





VIII. BIBLIOGRAFÍA:

- Diagnósticos de Enfermeros. Definiciones y clasificaciones; NANDA 2009 – 2011, Elseiver; 2010, España.
- Clark AD, Landercasper J, Gundersen LH, et al. Effective use of percutaneous. Cholecystostomy in high-risk surgical patients. Arch Surg 1999; 134; 727- 732.
- Lee DW, Chung SC. Biliary infection. Baillieres Clin Gastroenterol 1997; 11: 707 – 724.
- Lee KT, Wong SR, Cheng JS, et al. Ultrasound-guided percutaneous. Cholecystostomy as an initial treatment for acute cholecystitis in elderly patients. Dig Surg 1998; 15: 328 – 332.
- Litaker D. Preoperative screening Med Clin North Amer 1999; 83:1565-1581.
- Madrazo EG. Antibiotic dosing in renal failure. Medical Clin North Am. 1995;79; 919-931.
- Matthews BD, Williams GB. Laparoscopic Cholecystectomy in an academic hospital: evaluation of changes in perioperative outcomes. JSLS 1999; 3: 9 – 17.
- Vecchio R, MacFadyen BV, Lattery S. Laparoscopic Cholecystectomy; an analysis on 114005 cases of United States series. Int Surg 1998; 83: 215 – 219.
- Westphal JF, Brogard JM. Biliary tract infections. A guide to drug treatment. Drug 1999; 57: 81-91.
- Z'graggen K, Wehrli H, Metzger A, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy in Switzerland. A prospective 3-year study of 10174 patients. Swiss association of laparoscopic and thoracoscopic surgery. Surg Endosc 1998;12:1303 – 1310.





			<ul style="list-style-type: none">• Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.• Permanecer con el paciente.• Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.• Sentarse y hablar con el paciente.• Ofrecer un baño o ducha caliente.• Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante) según corresponda.	
--	--	--	--	--

	PERÚ Ministerio de Salud	Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS	Cód.: GPC -01 Ver.: 01 Pág.: 93 – 145
--	-----------------------------	---	----------------------------------	--	---

N° 007 GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE HERNIA INGUINAL

I. FINALIDAD:

El documento ha sido diseñado para orientar al personal de enfermería sobre los aspectos más actuales y eficaces para la elaboración del proceso de atención de enfermería y un plan de cuidados aplicado a las pacientes post operadas de Hernia Inguinal, brindándole un marco flexible de referencia.

II. OBJETIVOS:

2.1 Objeto General:

Guiar a los profesionales de salud en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Hernia Inguinal.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Mejorar el tratamiento de los usuarios utilizando las guías para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Hernia Inguinal.

2.2.2 Asegurar la recuperación de los usuarios utilizando las guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes post operados de Hernia Inguinal.

2.2.3 Optimizar para obtener los mejores resultados posibles de las guías clínicas.

2.2.4 Disminuir la tasa de complicaciones en el tratamiento del usuario

III. AMBITO DE LA APLICACIÓN:

Unidad de Recuperación Post Anestésica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR, NOMBRE Y CÓDIGO:

Se pretende estandarizar el proceso de atención de enfermería aplicado a los pacientes post operados en la Unidad de Recuperación Post Anestésica.

Hernia Inguinal Bilateral con obstrucción, sin gangrena K400 ; Hernia Inguinal Bilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena (hernia inguinal) k402

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 Definición:

La hernia es la protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de uno de sus orificios naturales o postquirúrgico con integridad del peritoneo parietal.

Una hernia es un tejido que protruye por un punto débil en la pared abdominal. Los intestinos pueden protruir a través de esta área debilitada.

Durante la reparación de la hernia, este tejido que protruye se empuja de nuevo hacia adentro. La pared abdominal se fortalece y se sostiene con suturas (puntos de sutura) y, algunas veces una malla.

5.2 Factores de Riesgo Asociados:

5.2.1 Factores Predisponentes:

a) **Herencia:** El 25 % de pacientes; padres o abuelos tuvieron hernia inguinal, hay tendencia heredofamiliar por proceso o conducto peritoneo vaginal permeable.

b) Edad:

- **Hernia Inguinal Indirecta:** más frecuente en jóvenes en el primer año de vida, porcentaje de incidencia más alta entre los 15 a 20 años, gran repunte de incidencia por los ejercicios físicos.
- **Hernia Inguinal Directa:** más frecuente en la edad adulta, rara en niño.

c) Sexo:

- **Hernia Inguinal Indirecta:** más frecuente en hombre que en mujeres en relación de 9 a 1 por desarrollo embriológico testicular.
- **Hernia Inguinal Directa:** rara en mujeres por tener éstas la pared posterior más resistente.

d) Obesidad:

Por aumento de la presión intraabdominal por infiltración grasa a la pared, epiplón y peritoneo, favoreciendo así deslizamiento de serosa, y de esta manera formando así el lipoma preherniario, dando como consecuencia:

- Infiltración grasa del músculo transverso.
- Deterioro músculo aponeurótico especialmente en las directas.
- Otros factores posturales que a la larga van a relajar los músculos y anillos inguinales.

Se describe que en algunas zonas andinas de Perú y Bolivia se atribuyen al consumo de cierto tipo de habas, que afectan en la formación del tejido conjuntivo dando cierta elasticidad en ligamentos y aponeurosis.

5.2.2 Factores Desencadenantes:

- Aumento de la presión intraabdominal como principal causa.

Otros:

- Estreñimiento.
- Estrechez uretral de la mujer.
- Síndrome prostático en el hombre.
- Bronquitis crónica.
- Enfisema pulmonar.
- Asma.
- Levantadores de pesas.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1 Cuadro Clínico:

El cuadro clínico se caracteriza por el abultamiento en la región inguinal, que aumenta con el esfuerzo y disminuye con el reposo y la posición en decúbito dorsal. Puede asociarse a dolor en región inguinal.



 PERÚ Ministerio de Salud Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS	Cód.: GPC -01 Ver.: 01 Pág.: 95 – 145
--	--	---

6.1.1 Signos y Síntomas:

Casi nunca se presentan síntomas. Sin embargo, algunas veces, puede haber molestia o dolor. La molestia puede ser peor al pararse, hacer esfuerzo o levantar objetos pesados.

Un médico puede confirmar la presencia de una hernia durante un examen físico. La masa puede aumentar su tamaño al toser, agacharse, levantar algo o al hacer un esfuerzo. Es posible que la hernia no sea visible en bebés y niños, excepto cuando están llorando o tosiendo.

6.2 Diagnóstico de Enfermería:

DOMINIO: Actividad / reposo

CLASE 2: Actividad / ejercicio.

CODIGO: 00088

Deterioro de la ambulación relacionado con dolor evidenciado por dificultad para girarse.

DOMINIO 4: Actividad / reposo

CLASE 5: Autocuidado.

CODIGO: 00108

Déficit de autocuidado: baño relacionado con el deterioro de la movilidad física evidenciado por la dificultad para lavar su cuerpo.

DOMINIO 11: Seguridad / protección.

CLASE 1: Infección.

CODIGO: 00266

Riesgo de infección de la herida quirúrgica relacionado con procedimiento invasivo evidenciado por higiene inadecuada.

DOMINIO 12. Confort.

CLASE 1: Confort físico.

CODIGO: 00132

Dolor agudo relacionado con lesiones por agentes físicos evidenciado por informe verbal del dolor

6.3 Exámenes Auxiliares:

• **Examen Físico:**

- Desnudo, de pie y acostado.
- Inspección observar la coloración de la piel.
- Localización de la hernia.
- Forma.
- Auscultación.
- Palpación.

• **Examen de Laboratorio.**

- BHC.
- Química completa.
- Uroanálisis.

	PERÚ Ministerio de Salud	Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS	Cód.: GPC -01 Ver.: 01 Pág.: 96 – 145
--	-----------------------------	---	----------------------------------	--	---

6.4 Manejo Según Nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva:

6.4.1 Manejo Preoperatorio:

Hecho el diagnóstico es necesario completar algunos procedimientos auxiliares y algunas interconsultas.

Toda hernia sintomática debe ser considerada potencialmente una emergencia y después de practicarse la reducción debe observarse mínimo 6 horas para decidir el alta o la intervención quirúrgica del paciente.

1. Laboratorio:

- a) **Pacientes Electivos:** hemograma, hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo, factor RH, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, glucosa, úrea, creatinina, serológicas, examen de orina completo, electrocardiograma y RQ.
- b) **Pacientes de Emergencia:** Obligatorio: hemograma, hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo, factor RH, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, examen de orina completo.

2. Interconsultas:

A las diferentes especialidades cuando el caso lo requiera.

- a) **Cardiología:** para electrocardiograma y RQ obligatorio en mayores de 40 años, para pacientes electivos y de emergencia. En menores de 40 años opcional y cuando el caso lo requiera.
- b) **Anestesiología:** para determinación del tipo de anestesia a administrar.

3. Autorización:

Para intervención quirúrgica: obligatorio, firmada por el paciente o familiar en adultos: solo por el familiar en niños.

6.4.2 Manejo Operatorio:

- a) **Electiva Ambulatoria:** en pacientes menores de 40 años con evaluación clínica y RQ bueno.
- b) **Electiva con Hospitalización:** en hernias no estranguladas, adultos mayores de 40 años, examen clínico y RQ no bueno. Y en niños mayores.
- c) **Emergencia:** en hernias estranguladas.

6.4.3 Manejo Intraoperatorio:

- a) **Adultos:**
 - **Hernia Inguinal Indirecta:** obligatorio: ligadura alta de saco (en todas) y Técnica de Lichtenstein, Nyhus y otras opcionales.