



**GOBIERNO  
FEDERAL**

**SALUD**

**CPE**

Comisión Permanente  
de Enfermería

# Plan de Cuidados de Enfermería

16

PERIOPERATORIO

**SICALIDAD**



**Vivir Mejor**



## INDICE

Temor	215
Conocimientos deficientes de su procedimiento quirúrgico.	217
Protección inefectiva	220
Riesgo de lesión peri operatoria	223
Riesgo de perfusión tisular inefectiva (cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica)	226
Riesgo de lesión	229
Patrón respiratorio ineficaz	231
Riesgo de aspiración	233
Deterioro de la integridad tisular	236
Deterioro de la mucosa oral.	238
Referencias bibliográficas y electrónicas	239
Participantes	240

## PERIOPERATORIO

Correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: que es el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida) y finalmente al período de recuperación o postoperatorio.

En cada uno de los periodos se confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza una intervención equivocada y utilizarse como una oportunidad de verificar el cumplimiento sistemático de las medidas de seguridad fundamentales.<sup>1</sup>

En un enfoque sistémico, la OMS ha emprendido múltiples iniciativas a escala mundial y regional para mejorar la seguridad de la cirugía a través del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente “ La cirugía segura salva vidas”, donde aborda la seguridad de la atención quirúrgica en cada uno de estos periodos por donde pasa el paciente.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN (1ª EDICIÓN) LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS. 2008. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf)

<sup>2</sup> ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. SEGUNDO RETO MUNDIAL POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS. 2008.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO, ÁREA DE PREOPERATORIO**

**Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés**

**Clase: 2 Respuestas al afrontamiento**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Temor

**Factores relacionados (causas) (E)**

Falta de familiaridad con la experiencia ambiental, situaciones estresantes como la hospitalización y procedimientos, presencia de dolor, estímulos fóbicos, barreras idiomáticas, deterioro sensorial, etc.

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Expresión de aprensión, sentirse asustado, falta de seguridad de si mismo, pavor, excitación, aumento de la tensión, inquietud, pánico, terror, ansiedad.

**Cognitivas:** expresa sentirse amenazado, etc.

**Conductuales:** conducta de evitación, irreflexión, aumento del estado de alerta.

**Fisiológicas:** diarrea, taquicardia, diaforesis, aumento de la respiración, de la presión arterial sistólica, náuseas, dilatación pupilar, vómitos, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Nivel del miedo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de autoconfianza.</li> <li>- Inquietud.</li> <li>- Preocupación por sucesos vitales.</li> <li>- Aumento de la presión sanguínea.</li> <li>- Aumento de la frecuencia del pulso y respiratoria.</li> <li>- Tensión muscular.</li> <li>- Temor verbalizado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p>
Autocontrol del miedo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elimina los factores precursores del miedo.</li> <li>- Busca información para reducir el miedo.</li> <li>- Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### **INTERVENCIONES (NIC): POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD**

#### **ACTIVIDADES**

- Disponer un ambiente no amenazador que facilite la confianza y seguridad.
- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad.
- Evitar producir situaciones emocionales intensas.
- Escuchar los miedos del paciente.
- Explicar al paciente y familia todas las pruebas y procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar.
- Responder a las preguntas sobre su salud de manera sincera.

### **INTERVENCIONES (NIC): DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD**

#### **ACTIVIDADES**

- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Observar los signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Escuchar con atención.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del procedimiento que se avecina.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación.
- Ministración de medicamentos para reducir la ansiedad, por prescripción médica.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

### **INTERVENCIONES (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO**

#### **ACTIVIDADES**

- Valorar la comprensión del paciente de su proceso de enfermedad.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista y positiva del cambio.
- Valorar y discutir las alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno de reafirmación.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva de su situación de salud.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Sugerir el uso de fuentes espirituales si es adecuado y necesario.
- Confrontar sentimientos ambivalentes del paciente como enfado, percepciones, miedos y depresión.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE PREOPERATORIO**

**Dominio: 5 Percepción / cognición**

**Clase: 4 Cognición**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Conocimientos deficientes de su procedimiento quirúrgico.

**Factores relacionados (causas) (E)**

Mala o falta de información, limitación cognitiva, falta de interés, falta de exposición de sus dudas, falta de memoria, poca familiaridad con los recursos para obtener información.

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Comportamientos inadecuados: histeria, hostilidad, apatía, agitación, desinterés, expresión verbal del problema, comportamientos exagerados, seguimiento inexacto de las instrucciones, etc.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
Conocimiento: procedimientos terapéuticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción del procedimiento terapéutico.</li> <li>- Explicación del propósito del procedimiento.</li> <li>- Descripción de los pasos del procedimiento.</li> <li>- Descripción de los posibles efectos indeseables.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Escaso</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Sustancial</li> <li>5. Extenso</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
Conocimiento: proceso de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción del proceso de la enfermedad.</li> <li>- Descripción de la causa o factores contribuyentes.</li> <li>- Descripción de los efectos de la enfermedad.</li> <li>- Descripción de las medidas para minimizar la progresión de la enfermedad.</li> <li>- Descripción de las complicaciones y precauciones para prevenirla.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Escaso</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Sustancial</li> <li>5. Extenso</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## **INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA PRE-QUIRÚRGICA**

### **ACTIVIDADES**

- Informar al paciente y ser querido acerca de la duración, fecha, hora y lugar del procedimiento quirúrgico programado.
- Describir las actividades pre - operatorias (anestesia, preparación intestinal, dieta, pruebas de laboratorio, preparación de la piel, terapia i.v., vestimenta, zona de espera para la familia, etc.) explicar el objetivo.
- Realizar visita previa al procedimiento.
- Describir la medicación preoperatoria, efectos en el paciente y el fundamento de su utilización.
- Presentar al paciente el personal implicado en los cuidados de cirugía y del postoperatorio.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado para llevar a cabo la cirugía.
- Proporcionar información acerca de lo que oír, olerá, verá, gustará o sentirá durante el procedimiento quirúrgico.
- Describir rutinas, equipos postoperatorios como: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, etc., y el objetivo de estos.
- Explicar el propósito y las actividades del procedimiento.
- Obtener el consentimiento informado de acuerdo a la política institucional.
- Explicar la necesidad de ciertos equipos y sus funciones (dispositivos de monitorización)
- Discutir la necesidad de medidas especiales.
- Valorar la ansiedad del paciente o familiar relacionada con la cirugía.
- Valorar la ansiedad del paciente o familiar relacionada con la cirugía.
- Describir el propósito de las valoraciones frecuentes y actividades posteriores al procedimiento así como la razón de las mismas.

## **INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA PRE-QUIRÚRGICA**

### **ACTIVIDADES**

- Describir las actividades postoperatorias, como: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas familiares. Explicar el objetivo.
- Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán, incluir a la familia o ser querido si es necesario.
- Determinar y corregir las expectativas del procedimiento de manera realista para el paciente y familia, si procede.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y resuelva sus inquietudes.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.
- Registrar las actividades realizadas en el formato de registros clínicos de enfermería.
- Discutir las posibles medidas de control del dolor.
- Informar al paciente de la forma en que puede ayudar en la recuperación.
- Instruir y orientar al paciente sobre las medidas postoperatorias:
  - La técnica para levantarse de la cama de forma segura.
  - Acerca de sujetar su incisión, toser y respirar profundamente.
  - El uso del espirómetro.
  - Sobre la técnica de ejercicio de piernas.
  - Cuidados pulmonares
  - Deambulación precoz, si esta permitida.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

## **INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA PROCESO DE LA ENFERMEDAD**

### **ACTIVIDADES**

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Dar información acerca de la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Describir el proceso de enfermedad, identificar las etiologías posibles e identificar cambios en su estado físico.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control, terapia y tratamiento.
- Animar al paciente a explorar opciones.
- Describir posibles complicaciones si no sigue las recomendaciones.
- Enseñar medidas para controlar y/o minimizar síntomas.
- Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo de salud.
- Comentar los cambios del estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones.



**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE TRANS-OPERATORIO**

**Dominio: 11 Protección inefectiva Clase: 2 Lesión física.**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Protección inefectiva

**Factores relacionados (causas) (E)**

Tratamiento de cirugía y/o procedimiento quirúrgico, perfiles hematológicos anormales: anemia, factores de la coagulación, cáncer, edad extrema, trastornos inmunitarios, etc.

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Alteración de la coagulación, deficiencias inmunitarias, disnea, alteración neurosensorial, etc.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
Coagulación sanguínea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobina (Hb).</li> <li>- Concentración de plaquetas.</li> <li>- Hematocrito.</li> <li>- Tiempos de coagulación activada.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>augmentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
Estado inmune	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado respiratorio</li> <li>- Títulos de anticuerpos</li> <li>- Integridad cutánea</li> <li>- Integridad mucosa</li> <li>- Recuento absoluto y diferencial leucocitario.</li> <li>- Valores de complemento</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5.No comprometido</li> </ol>	
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatura</li> <li>- Sensibilidad</li> <li>- Hidratación</li> <li>- Perfusión tisular</li> <li>- Lesiones cutáneas</li> <li>- Necrosis</li> </ul>		

## **INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS**

### **ACTIVIDADES**

#### **DEL EQUIPO:**

- Comprobar el aislamiento a tierra del monitor.
- Verificar el correcto funcionamiento de la unidad electro-quirúrgica, con aditamentos en buenas condiciones de uso.
- Verificar el correcto funcionamiento del equipo eléctrico fijo y móvil.
- Verificar la integridad de los cables y contactos eléctricos.
- Comprobar la presión adecuada del equipo de aspiración, así como, tubos y catéteres.
- Comprobar el funcionamiento de la toma de oxígeno.
- Verificar la existencia del instrumental quirúrgico necesario para el procedimiento quirúrgico.
- Disponer de todo los insumos necesarios (suturas, compresas, gasas, esponjas, cortes, soluciones etc.)

## **INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS**

### **ACTIVIDADES**

#### **DEL PACIENTE:**

- Verificar el consentimiento de la cirugía.
- Verificar que la banda de identificación y de sangre (grupo sanguíneo y Rh) sean correctas.
- Solicitar al paciente, si está en condiciones, y al familiar, que repitan el nombre del paciente.
- Verificar las 4 “C” como lo marcan las 10 acciones en Seguridad del paciente: paciente correcto, cirugía y procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto y momento correcto. Acorde a la normatividad institucional.
- Llevar a cabo junto con el equipo quirúrgico la lista de verificación para La seguridad quirúrgica de los pacientes (antes del procedimiento, durante el procedimiento y al término de este) como lo marca el 2º reto mundial de la OMS y la Campaña sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas” de la Secretaría de Salud.
- Asegurar la documentación completa (expediente clínico), comunicación de cualquier alergia, resultados de laboratorio, solicitud de cirugía, valoración pre- anestésica, etc.
- Verificar que cuente con hemoderivados (paquetes eritrocitarios, plaquetas, plasma, etc.) si es necesario.
- Retirar y resguardar la (s) prótesis del paciente si tuviera.
- Verificar que el paciente no esté en contacto con ningún objeto metálico.
- Verificar la ausencia de marcapasos cardiacos u otros implantes eléctricos o prótesis metálicas que contraindiquen la cauterización electro quirúrgica.

### **INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES CON HEMORRAGIAS**

#### **ACTIVIDADES**

- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, acorde al requerimiento del cirujano.
- Observar si se presentan lesiones en la piel después de la electrocirugía.
- Registrar los resultados del recuento (gasas y compresas), el material de corte y el instrumental de acuerdo a las normas institucionales, comentando al equipo quirúrgico el resultado.
- Registrar las observaciones correspondientes en el formato de registros clínicos de enfermería.
- Preparar el egreso del paciente al área posquirúrgica. Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

### **INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS EN LA EMERGENCIA**

#### **ACTIVIDADES**

- Actuar rápida y metódicamente proporcionando cuidados.
- Vigilar signos vitales.
- Vigilar el nivel de conciencia
- Controlar es estado neurológico.
- Inmovilizar las heridas grandes o la parte lesionada.
- Solicitar ayuda al personal correspondiente, si fuera necesario.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Observar cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Comprobar si hay signos y síntomas de neumotórax.
- Realizar resucitación cardiopulmonar, si es necesario.

### **INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS**

#### **ACTIVIDADES**

#### **DURANTE EL PROCEDIMIENTO:**

- Inspeccionar la integridad o las condiciones de la piel del paciente antes de colocar la almohadilla (placa) de toma a tierra.
- Colocar la almohadilla en una zona seca, intacta y con mínima cantidad de vello, sobre una masa muscular grande y lo más cerca posible del sitio de la operación.
- Verificar que las soluciones sean inflamables.
- Contar las esponjas (gasas y compresas), el material de corte y el instrumental antes, durante y después de la cirugía, de acuerdo a las normas institucionales.
- Verificar que exista el equipo, instrumental e insumos necesarios para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE TRANS-OPERATORIO**

**Dominio: 11 Protección inefectiva Clase: 2 Lesión física.**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de lesión peri operatoria

**Factores relacionados (causas) (E)**

Obesidad, alteraciones sensitivo perceptuales debidas a la anestesia, edema, inmovilización, posición inadecuada, debilidad muscular, mala nutrición, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los cinco sentidos.</li> <li>- Habla.</li> <li>- Sensibilidad facial.</li> <li>- Movimiento muscular facial.</li> <li>- Estiramiento bilateral de músculos.</li> <li>- Deglución.</li> <li>- Reflejo nauseoso.</li> <li>- Movimiento lingual, de cabeza y hombro.</li> <li>- Movimiento voluntario de los hombros.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
Estado respiratorio: ventilación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria.</li> <li>- Expansión torácica simétrica.</li> <li>- Facilidad de la inspiración.</li> <li>- Expulsión del aire.</li> </ul>		<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p>
Estado respiratorio: intercambio gaseoso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilidad de la respiración.</li> <li>- PaO2</li> <li>- PaCO2</li> <li>- pH arterial</li> <li>- Saturación de Oxígeno.</li> <li>- Volumen corriente CO2</li> </ul>		
Perfusión tisular: periférica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llenado capilar de dedos de manos y pies.</li> <li>- Sensibilidad</li> <li>- Color de la piel</li> <li>- Función muscular</li> <li>- Temperatura de extremidades.</li> <li>- Frecuencia de pulsos (carótida, radial, femoral, etc.)</li> <li>- Presión sanguínea sistólica y diastólica.</li> </ul>		<p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
Prevención de la aspiración	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica y evita factores de riesgo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	

### **INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL**

#### **ACTIVIDADES**

- Vigilar estado neurológico.
- Determinar parámetros hemodinámicos.
- Inducir el aumento de la presión arterial con la expansión del volumen con agentes inotrópicos o vasoconstrictores.
- Administrar por prescripción médica: vasoactivos, analgésicos, diuréticos, anticoagulantes, trombolíticos, expansores (coloides, productos sanguíneos y cristaloides) Bloqueadores del canal del calcio.
- Observar signos de hemorragia.
- Calcular y monitorizar la presión de perfusión cerebral (CPP) y respuesta neurológica.
- Monitorizar y controlar tiempos de protrombina (TP) y tromboplastina (PTT).
- Controlar presión arterial media.
- Monitorizar presión venosa central (PVC)
- Vigilar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones, niveles de PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub>, pH y bicarbonato).
- Monitorizar la presencia de efectos secundarios de medicamentos: diuréticos, etc.

### **INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES CIRCULATORIAS**

#### **ACTIVIDADES**

- Valorar la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).
- No puncionar ni extraer sangre en la extremidad afectada.
- No sacar sangre de la extremidad afectada.
- No aplicar presión o torniquete en la extremidad afectada.
- Mantener hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad en la sangre.
- Prevenir lesiones en la zona afectada.
- Prevenir infecciones en heridas.
- Monitorizar las condiciones de las extremidades para registrar la presencia de calor, enrojecimiento, dolor o edema.

### **INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES PARA EVITAR LA BRONCOASPIRACIÓN.**

#### **ACTIVIDADES**

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, gases y capacidad deglutiva.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Mantener el dispositivo traqueal inflado.
- Mantener equipo de aspiración disponible.
- Colocar posición de fowler, sí procede.
- Mantener la cabecera de la cama elevada durante 30 a 45 min. después de la alimentación.
- Comprobar los residuos nasogástricos o de gastrostomía antes de la alimentación, sí procede.

**INTERVENCIONES (NIC): CONTROL DE INFECCIONES  
INTRAOPERATORIO.**

**ACTIVIDADES**

- Limitar y controlar las entradas y salidas de personas en el quirófano.
- Verificar la ministración de antibióticos profilácticos, prescritos.
- Verificar la esterilidad del equipo de instrumental, envoltura, indicadores de esterilización, procedimiento y correcto suministro del material.
- Llevar a cabo las técnicas asépticas establecidas en el manejo del equipo e instrumental.
- Verificar que se realicen las medidas de precaución universales de: vestuario quirúrgico, gorro, cubre bocas, guantes, botas, etc.
- Monitorizar el correcto lavado de manos: cepillado, brazos y uñas, entre otras acciones.
- Asegurar la protección ocular y minimizar la presión de las partes corporales del cuerpo expuestas del paciente.
- Mantener la integridad de los catéteres y de las líneas intravasculares.
- Llevar a cabo el recuento de gasas y compresas.
- Realizar cultivos de acuerdo a la norma técnica institucional.
- Valorar las condiciones de la piel alrededor del sitio quirúrgico.
- Aplicar y fijar los vendajes quirúrgicos.
- Mantener la sala limpia y en orden.
- Verificar los procedimientos de limpieza exhaustiva de las salas quirúrgicas.

**INTERVENCIONES (NIC): REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA  
INTRAOPERATORIA.**

**ACTIVIDADES**

- Monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20 y 24° C.
- Preparar y regular los dispositivos de calefacción y/o refrigeración.
- Colocar y activar humidificador para los gases anestésicos.
- Cubrir las partes expuestas del paciente.
- Controlar la temperatura corporal, pulso y respiración.
- Observar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Envolver al recién nacido inmediatamente después del nacimiento para evitar pérdida de calor.
- Calentar o enfriar las soluciones de irrigación, intravenosas y de preparación de la piel.
- Regular el calentador de sangre.
- Calentar las esponjas quirúrgicas.
- Vigilar continuamente la temperatura del paciente y la ambiental.
- Utilizar colchón térmico y/o mantas calientes, si procede.
- Cubrir al paciente con mantas para el transporte a la unidad de cuidados postoperatorios.
- Registrar la información en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a normas institucionales.
- Monitorizar y mantener la humedad relativa entre 40 y 60%

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE TRANS-OPERATORIO

**Dominio:** 4 Actividad / reposo

**Clase:** 4 Respuestas cardiovasculares / respiratorias.

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

**Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de perfusión tisular inefectiva (cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica)

**Factores relacionados (causas) (E)**

Disminución de la concentración de hemoglobina en sangre, problemas de intercambio, envenenamiento enzimático, hipoventilación, hipovolemia, hipervolemia, deterioro del transporte de oxígeno, interrupción del flujo arterial, desequilibrio ventilación / perfusión, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Estado Circulatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presión arterial sistólica y diastólica.</li> <li>- Presión del pulso.</li> <li>- Presión arterial media.</li> <li>- Presión venosa central.</li> <li>- Saturación de oxígeno.</li> <li>- PaO2</li> <li>- PaCo2</li> <li>- Temperatura cutánea</li> <li>- Color de la piel.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
Equilibrio hídrico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Velocidad del pulso radial.</li> <li>- Presión pulmonar enclavada.</li> <li>- Pulsos periféricos.</li> <li>- Balance de líquidos.</li> <li>- Electrolitos séricos.</li> <li>- Densidad específica urinaria.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial.</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b> .
Severidad de la pérdida de sangre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida sanguínea visible.</li> <li>- Disminución de la presión arterial sistólica y diastólica.</li> <li>- Pérdida de calor corporal</li> <li>- Palidez de cutáneas y mucosas.</li> <li>- Disminución de la hemoglobina y hematocrito.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b>
Coagulación sanguínea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación del coagulo.</li> <li>- Tiempo de protrombina (TP)</li> <li>- Concentración de plaquetas</li> <li>- Concentraciones plasmáticas de fibrinógeno</li> <li>- Hematocrito</li> <li>- Tiempo de coagulación activada (TCA)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	

### **INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS CIRCULATORIOS**

#### **ACTIVIDADES**

- Valorar la circulación periférica (pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color) y temperatura de las extremidades sobre todo si la cirugía las compromete.
- Valorar las presiones arteriales pulmonares, sistémicas, gasto cardiaco y resistencia vascular sistémica, si fuera la necesidad.
- Monitorizar tiempos de coagulación cada hora, si procede.
- Administrar anticoagulantes o trombolíticos de acuerdo a prescripción médica, si fuera necesario.
- Administrar productos sanguíneos, si fuera necesario.
- Controlar la diuresis horaria y observar características.
- Vigilar y/o mantener las vías venosas y arteriales permeables.

### **INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES**

#### **ACTIVIDADES**

- Monitorización periódica de los signos vitales: fluctuaciones de la presión sanguínea, presencia y calidad de los pulsos, control de la temperatura, esquema respiratorio anormal, etc.
- Monitorizar color, temperatura y humedad de la piel.
- Observar si hay cianosis central y/o periférica.
- Observar y monitorizar el llenado capilar.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales. Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

### **INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN Y MANEJO DE LÍQUIDOS**

#### **ACTIVIDADES**

- Monitorizar ingresos y egresos de manera estricta.
- Valorar niveles de electrolitos, albumina y proteína total en suero.
- Monitorizar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración y parámetros hemodinámicas invasivos.
- Terapia intra venosa.
- Administrar líquidos a temperatura ambiente y/o hemoderivados acorde a la norma oficial mexicana.
- Monitorizar el estado de hidratación (mucosas, turgencia de la piel, color y cantidad de la orina, si las venas del cuello están dilatadas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico, hipotermia, edema, etc.
- Vigilar respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.
- Observar signos y síntomas de retención de líquidos o de manifestaciones de desequilibrio de líquidos.

### **INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE ÁCIDO-BASE**

#### **ACTIVIDADES**

- Mantener accesos extravascular (i. v.) permeable.
- Mantener vías aéreas despejadas.
- Monitorizar la presencia se síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO<sub>2</sub> bajos y PaCO<sub>2</sub> altos y fatiga muscular respiratoria).
- Controlar el patrón respiratorio.
- Controlar los factores determinantes de porte de oxígeno tisular (niveles de PaO<sub>2</sub> SaO<sub>2</sub> hemoglobina y gasto cardiaco).
- Suministrar oxigenoterapia.
- Proporcionar apoyo con ventilación mecánica, si fuera necesario.
- Controlar el estado hemodinámica PVC, PAM, PAP y PCWP si fuera necesario.



## **INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA.**

### **ACTIVIDADES**

- Observar niveles de hemoglobina y hematocrito.
- Monitorizar la pérdida de líquidos: transpiración, hemorragia, etc.
- Monitorizar la respuesta del paciente al ingreso de líquidos.
- Administrar soluciones hipotónicas e isotónicas prescritas ( si fuera necesario)
- Monitorizar pérdida de líquidos insensibles.
- Monitorizar la zona de punción i.v. por si se presentaran signos de infiltración, extravasación o infección.
- Monitorizar el flujo de perfusión intravenosa constante y asegurar una adecuada perfusión periférica.
- Disponer y/o administrar productos sanguíneos para la transfusión, así como plaquetas y plasma fresco congelado. (Por prescripción médica si fuera necesario)
- Monitorización de signos vitales cada 15 minutos.
- Monitorizar la respuesta a los hemoderivados.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO, ÁREA DE TRANS OPERATORIO**

**Dominio: 11 Protección inefectiva Clase: 2 Lesión física.**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de lesión

**Factores relacionados (causas) (E)**

Hiperglucemia, disfunción inmune / autoinmune, desnutrición, físicos: solución de la continuidad de la piel, hipoxia tisular, químicos: tóxicos, drogas ó fármacos, biológicos: microorganismos, etc.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
Respuesta alérgica sistémica	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disnea en reposo.</li> <li>– Taquicardia.</li> <li>– Disminución de la presión sanguínea.</li> <li>– Disminución del nivel de conciencia.</li> </ul>	<p>1 Grave</p> <p>2 Sustancial.</p> <p>3 Moderado.</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
Severidad de la lesión física	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Abrasiones cutáneas.</li> <li>– Hematomas</li> <li>– Laceraciones.</li> <li>– Quemaduras.</li> <li>– Lesiones dentarias.</li> <li>– Alteración de la movilidad.</li> </ul>	<p>4 Leve.</p> <p>5 Ninguno</p>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## **INTERVENCIONES (NIC): CAMBIOS DE POSICIÓN INTRAOPERATORIO**

### **ACTIVIDADES**

- Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente.
- Comprobar estado neurológico, la circulación periférica y la integridad de la piel.
- Utilizar dispositivos de ayuda para la inmovilización.
- Bloquear las ruedas de la camilla y de la mesa de cirugía.
- Coordinar la transferencia del paciente con el estadio de la anestesia y el nivel de conciencia.
- Mantener la alineación corporal correcta del paciente.
- Proteger las prominencias óseas, evitar la presión sobre los nervios superficiales.
- Monitorizar la posición del paciente durante la operación.
- Proteger las vías, catéteres y circuitos de respiración.
- Colocar al paciente en posición quirúrgica designada sobre colchón o almohadillas terapéuticas.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO, ÁREA DE POST OPERATORIO**

**Dominio: 4 Actividad / reposo**

**Clase: 4 Respuestas cardiovasculares / respiratorias.**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Patrón respiratorio ineficaz

**Factores relacionados (causas) (E)**

Disminución de la energía o fatiga de los músculos respiratorios, hiperventilación, síndrome de hipoventilación, disfunción neuromuscular, obesidad, edema laríngeo, dolor postquirúrgico, efecto medicamentoso de anestésicos, ansiedad, lesión de la médula espinal, posición corporal incorrecta, etc.

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Disnea, aleteo nasal, ortopnea, prolongación de las fases respiratorias, taquipnea, alteración de la profundidad respiratoria, bradipnea, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, disminución de la ventilación por minuto, disminución de la capacidad vital, uso de los músculos accesorios para respirar, etc.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilidad, frecuencia y ritmo respiratorio.</li> <li>- Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias.</li> <li>- Elimina obstáculos de la vía aérea.</li> </ul>	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.  El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b> .  <b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b>
Estado respiratorio: ventilación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profundidad de la respiración</li> <li>- Expansión torácica simétrica.</li> <li>- Facilidad de la inspiración.</li> <li>- Auscultación de ruidos respiratorios.</li> <li>- Utilización de los músculos accesorios.</li> </ul>		
Estado respiratorio: intercambio gaseoso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saturación de CO<sub>2</sub></li> <li>- Equilibrio entre ventilación y perfusión.</li> <li>- Hallazgos en la radiografía de tórax.</li> </ul>		

### **INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS**

#### **ACTIVIDADES**

- Colocar al paciente en posición que permita, que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Fomentar una respiración lenta y profunda.
- Enseñar a toser de manera efectiva para eliminar las secreciones o a través de aspiración.
- Identificar si el paciente requiere la intubación de las vías aéreas.
- Utilizar técnicas para estimular la respiración.
- Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea si es necesario.
- Administrar bronco dilatadores (por prescripción médica)
- Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.

### **INTERVENCIONES (NIC): OXIGENOTERAPIA**

#### **ACTIVIDADES**

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea.
- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado.
- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
- Monitorizar el aporte de oxígeno para asegurarse de que se administra la concentración prescrita.
- Comprobar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro, gasometría arterial, etc.)
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de oxigenación.
- Observar si se presentan signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.
- Observar si se presentan signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.
- Proporcionar oxígeno durante el traslado del paciente.
- Registrar la respuesta humana del paciente en el formato de registros clínicos de enfermería.

### **INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES**

#### **ACTIVIDADES**

- Monitorización periódica de los signos vitales: fluctuaciones de la presión sanguínea, presencia y calidad de los pulsos, control de la temperatura, esquema respiratorio anormal, etc.
- Observar presión o aumento de la presión del pulso.
- Monitorizar color, temperatura y humedad de la piel.
- Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico)
- Monitorizar el ritmo, frecuencia y tonos cardiacos.
- Monitorizar frecuencia, ritmos respiratorios y sonidos pulmonares.
- Observar si hay cianosis central y periférica.
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren o empeoren.
- Observar el llenado capilar.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PLAN DE CUIDADOS DEL PERIOPERATORIO, ÁREA DE POST OPERATORIO**

**Dominio: 11 Seguridad protección**

**Clase: 2 Lesión física**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de aspiración.

**Factores relacionados (causas) (E)**

Depresión del reflujo nauseoso, túsígeno, deterioro de la deglución, acumulo de secreciones bronquiales, retraso en el vaciado gástrico y aumento del volumen residual, administración de medicación, presencia del tubo endotraqueal, presencia de tubo de traqueotomía, reducción del nivel de conciencia, cirugía facial, de cuello, traumatismo oral o de cuello, etc.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
Estado de deglución	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Producción de saliva.</li> <li>- Momento del reflejo de deglución.</li> <li>- Atragantamiento, tos o nauseas.</li> <li>- Esfuerzo deglutorio aumentado.</li> <li>- Reflujo gástrico.</li> <li>- Incomodidad con la deglución.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p>
Estado de recuperación posterior al procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tos vigorosa.</li> <li>- Reflejo nauseoso.</li> <li>- Retención de líquidos orales.</li> <li>- Vías aéreas permeables.</li> <li>- Monitorización de los signos vitales.</li> <li>- Saturación de oxígeno.</li> <li>- Puntuación de recuperación post anestésica</li> <li>- Capacidad para deglutir.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### **INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN**

#### **ACTIVIDADES**

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, de gases y capacidad deglutiva.
- Mantener una vía aérea.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Mantener elevada la cabecera de la camilla a 45°
- Controlar el estado pulmonar.
- Observar la presencia de signos y síntomas de aspiración.
- Vigilar los movimientos de la lengua del paciente.
- Proporcionar o usar dispositivos de ayuda: cánula de Guedel.
- Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada para la deglución (barbilla metida)
- Monitorizar la presencia de signos de fatiga.
- Colocar al paciente en posición de semi-fowler. (si estuviera permitido)

### **INTERVENCIONES (NIC): MEJORAR LA TOS.**

#### **ACTIVIDADES**

- Ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas.
- Animar al paciente a que realice varias respiraciones profundas, que mantenga cada una por 2 segundos y tosa dos o tres veces de forma sucesiva.
- Enseñar al paciente ejercicios respiratorios de inspiración, expiración.
- Enseñarle a comprimir el abdomen por debajo del xifoides con la mano plana para dar seguridad mientras tose o recomendar al paciente que utilice una almohada o una sabana enrollada como tablilla contra la incisión.
- Recomendar el uso de espirómetro y la hidratación.

## **INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS POS ANESTESIA**

### **ACTIVIDADES**

- Administrar oxígeno por puntas nasales o mascarilla y monitorizar la respuesta.
- Monitorizar la calidad y número de respiraciones.
- Animar al paciente a que tosa y respire profundamente.
- Monitorización de los signos vitales y del dolor cada 15 minutos.
- Administrar medidas de calor como: mantas calientes, térmicas
- Monitorizar el egreso por diuresis.
- Ministración de antieméticos, analgésicos, etc. (por prescripción médica)
- Monitorizar la recuperación sensorial y motora.
- Monitorizar el estado neurológico como el estado de conciencia y ubicación en tiempo y espacio.
- Monitorizar la zona de intervención, las condiciones de la herida quirúrgica.
- Estimular de manera verbal o táctil la respuesta del paciente.
- Monitorizar la evolución del paciente para determinar el alta.
- Pasar la información sobre el paciente al área de informes.
- Transferir al paciente al siguiente nivel de cuidados, en este caso trasladar a su pabellón.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas ante los efectos post anestésicos y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.



**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO, ÁREA DE POST OPERATORIO**

**Dominio:** 11 Seguridad protección **Clase:** 2 Lesión física

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Deterioro de la integridad tisular

**Factores relacionados (causas) (E)**

Alteración de la circulación, procedimiento quirúrgico.

**Características definitorias (signos y síntomas):**

Lesión tisular (de cornea, membranas mucosas, tejido integumentario o subcutáneo), dolor en lesión, disminución de la movilidad física, etc.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTAJACIÓN DIANA</b>
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatura de la piel.</li> <li>- Sensibilidad.</li> <li>- Transpiración.</li> <li>- Perfusión tisular.</li> <li>- Tejido cicatricial.</li> <li>- Palidez</li> <li>- Necrosis</li> </ul>	<p>1 Gravemente comprometido.</p> <p>2 Sustancialmente comprometido.</p> <p>3 Moderadamente comprometido.</p> <p>4 Levemente comprometido.</p> <p>5 No comprometido</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### **INTERVENCIONES (NIC): CUIDADO DE LAS HERIDAS**

#### **ACTIVIDADES**

- Despegar los apósitos y la cinta adhesiva, cambiarlo y observar la cantidad de exudado, sangrado, olor cantidad así como del dren, drenes o sondas.
- Monitorizar las características de la herida: color, tamaño, temperatura, etc. Acorde a la normatividad institucional.
- Colocar vendaje de manera adecuada, en sitio de la herida.
- Cambiar y registrar cualquier cambio producido en la herida.
- Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, si es que esta permitido.

### **INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN**

#### **ACTIVIDADES**

- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con solución antiséptica y desde la zona más limpia hacia la menos limpia. Aplicar bandas o tiras de cierre si es necesario.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- Limpiar la zona que rodea cualquier tipo de drenaje con solución antiséptica y mantener la posición del dren.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
- Registrar cualquier cambio en la respuesta humana del paciente en el formato de registros clínicos de enfermería.

### **INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA MEDICACIÓN**

#### **ACTIVIDADES**

- Implementar medidas universales en la unidad del paciente.
- Aplicar los cinco correctos antes de administrar el medicamento y menbretarlo conforme a la normatividad institucional.
- Administrar los fármacos necesarios de acuerdo con la prescripción médica.
- Observar la eficacia de la administración, efectos terapéuticos, si se presentan signos y síntomas de toxicidad de la medicación o algún efecto adverso, acorde a la norma institucional.
- Implementar acciones para controlar los efectos secundarios de los fármacos.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO, ÁREA DE POST OPERATORIO**

**Dominio: 11 Seguridad protección Clase: 2 Lesión física**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Deterioro de la mucosa oral

**Factores relacionados (causas) (E)**

Disminución de la salivación, deshidratación, infección, inmunosupresión, factores mecánicos: tubos endotraqueales, sonda nasogástrica, cirugía de cavidad oral, efectos de medicación, traumatismo, etc.

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Sangrado, dolor oral y/o dificultad para deglutir, edema, fisuras, palidez gingival, halitosis, palidez de la mucosa, malestar y/o lesión oral, úlceras, pápulas, disminución de la sensibilidad, informes de mal sabor de boca, ardor, drenajes, etc.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTAJACIÓN DIANA</b>
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesión de la membrana mucosa</li> <li>- Temperatura de la piel</li> <li>- Sensibilidad</li> <li>- Hidratación.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
Estado de deglución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controla las secreciones orales.</li> <li>- Momento del reflejo de deglución.</li> <li>- Cambios en la calidad de la voz</li> <li>- Esfuerzo deglutorio aumentado</li> <li>- Tos o náuseas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	

## **INTERVENCIONES (NIC): RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL**

### **ACTIVIDADES**

- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral.
- Monitorizar labios, lengua, membranas mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color, textura, previendo una buena iluminación y laringoscopia o abatelenguas.
- Observar la percepción del paciente sobre sus cambios del gusto, deglución, calidad de la voz y comodidad.
- Observar si hay sequedad de la mucosa bucal derivada de los cambios de posición del paciente.
- Aplicar anestésicos tópicos o sistémicos (por prescripción médica)
- Registrar cambios en la respuesta humana del paciente en el formato de registros clínicos de enfermería.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:**

1. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby Madrid España 2005
2. McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005
3. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008
4. BEARE, Myers. Enfermería Médico Quirúrgica. Tercera edición. Volumen I editorial Harcourt Mosby. 2001 Madrid España. Paginas 1810.
5. C. Long, Barbará. Tratado de Enfermería medico quirúrgica. Volumen 2 editorial Interamericana Mc Graw – Hill. 1989 México. 1340 paginas.
6. La cirugía segura salva vidas. WHO/IER/PSP/2008.07. Organización Mundial de la Salud ,2008.

***PARTICIPANTES:***

**Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Lic. Enf. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs

**Elaboró:**

Lic. Enf. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs