

MIGUEL ROMEO, C.; SAGARDOY MUNIESA, L.
Hospital Universitario Miguel Servet

Trayectoria clínica del paciente quirúrgico

INTRODUCCIÓN

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

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

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

PLAN DE CUIDADOS

PREQUIRÚRGICOS

1. DIAGNÓSTICO ANSIEDAD (00146) r/c intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud.

■ Criterios de resultados (NOC):

- Autocontrol de la ansiedad (1402):
 - Buscar información para reducir la ansiedad (/04).
 - Planear estrategias para superar situaciones estresantes (/05).
 - Controlar la respuesta a la ansiedad (/17).

- Bienestar (2002).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Disminución de la ansiedad (5820):
 - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
 - Crear un ambiente que facilite la confianza.
 - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritos.
 - Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
 - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
 - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

2. DIAGNÓSTICO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

■ Criterios de resultados (NOC):

- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Preparación quirúrgica (2930):
 - Completar lista de comprobaciones preoperatorias.
 - Verificar firma del consentimiento informado.
 - Comprobar: disponibilidad de concentrados de sangre, realización de ECG, y análisis de laboratorio y ayunas del paciente.
 - Extraer prótesis y alhajas.
 - Administrar y registrar medicamentos preoperatorios.
- Enseñanza prequirúrgica (5610):
 - Conocer experiencias previas y nivel de conocimientos del paciente relacionados con la cirugía.
 - Describir rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, etc.).
 - Informar a los familiares sobre sitio de espera para recibir resultados sobre la cirugía.

3. DIAGNÓSTICO DE TEMOR (00148) r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (intervención quirúrgica).

■ Criterios de resultados (NOC):

- Autocontrol del miedo (1404):
 - Buscar información para reducir el miedo (/03).
 - Planear estrategias para superar situaciones temibles (/05).
- Autocontrol de la ansiedad (1402):
 - Buscar información para reducir la ansiedad (/04).
 - Planear estrategias para superar situaciones estresantes (/05).
 - Controlar la respuesta a la ansiedad (/17).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Disminución de la ansiedad (5820):
 - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
 - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
 - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
 - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
 - Escuchar con atención.
 - Reforzar el comportamiento si procede.
 - Crear un ambiente que facilite la confianza.
 - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
 - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

- Controlar los estímulos si procede de las necesidades del paciente.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritos.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Manejo ambiental (6480):
 - Crear un ambiente seguro para el paciente.
 - Disminuir los estímulos ambientales.
 - Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
 - Ajustar una temperatura ambiental adaptada a la necesidad del paciente.
 - Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos.

4. RIESGO DE RESPUESTA ALÉRGICA AL LÁTEX (00042) r/c hipersensibilidad a las proteínas de goma látex natural.

■ Criterios de resultados (NOC):

- Respuesta de hipersensibilidad inmunológica (0707):
 - Alteraciones en la piel (/01).
 - Alteraciones en las mucosas (/02).
 - Reacciones alérgicas (/03).
 - Respuestas inflamatorias localizadas (/04).
 - Función respiratoria (/18).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Precauciones en las alergias al látex (6570):
 - Preguntar al paciente sobre su historial de reacciones sistémicas al látex de caucho natural.
 - Registrar la alergia o riesgo de alergia en el registro de enfermería prequirúrgica.
 - Colocar bandas de aviso de alergias en la cama del paciente.
 - Estudiar el ambiente y extraer los productos de látex.
 - Controlar que el ambiente esté libre de látex.
 - Observar si hay signos y síntomas de una reacción sistémica en el paciente.
 - Administrar medicamentos si procede.

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101):
 - Temperatura de la piel (/01).
 - Hidratación (/04).
 - Perfusión tisular (/11).
 - Piel intacta (/13).
 - Pigmentación anormal (/05).
 - Eritema (/21).
 - Palidez (/22).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Control de infecciones (6540):
 - Cambiar el equipo de cuidado del paciente según el protocolo del centro.
 - Mantener técnicas de aislamiento, si procede.
 - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.
 - Poner en práctica precauciones universales.
 - Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
 - Usar guantes estériles si procede.
 - Limpiar la zona del paciente con un agente antimicrobiano, antes de cualquier técnica invasiva.
 - Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de vías centrales.
 - Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
 - Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías venosas.
 - Administrar terapia de antibiótico si procede.
- Control de infecciones intraoperatorias (6545):
 - Monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20-24 grados.
 - Monitorizar y mantener la humedad relativa entre el 40-60%.
 - Monitorizar y mantener el flujo de aire laminar.
 - Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos.
 - Disponer de las precauciones universales.
 - Ayudar a cubrir al paciente asegurando la protección ocular y minimizando la presión de las partes corporales.
 - Mantener la integridad de catéteres y accesos vasculares.

INTRAOPERATORIOS

1. DIAGNÓSTICO RIESGO DE INFECCIÓN (00004) r/c la pérdida de la integridad cutánea y presencia de vías invasivas (circulatoria, respiratoria, urinaria).

■ Criterios de resultados (NOC):

- Estado inmune (0702):
 - Estado gastrointestinal (/03).
 - Estado respiratorio (/04).
 - Estado genitourinario (/05).
 - Temperatura corporal (/07).
 - Integridad cutánea (/08).
 - Integridad mucosa (/09).

2. DIAGNÓSTICO RIESGO DESEQUILIBRIO TEMPERATURA CORPORAL (00005) r/c deterioro de la termorregulación por el proceso anestésico y la exposición a factores ambientales.

■ Criterios de resultados (NOC):

- Termorregulación (0800):
 - Sudoración con el calor (/10).
 - Tiritona con el frío (/11).
 - Comodidad térmica referida (/15).
 - Temperatura cutánea aumentada (/01).
 - Hipertermia (/19).
 - Hipotermia (/20).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Regulación de la temperatura intraoperatoria (3902):
 - Ajustar la temperatura del quirófano para el efecto terapéutico.
 - Preparar y regular los dispositivos de calefacción/refrigeración correspondientes.
 - Cubrir la cabeza del paciente.
 - Cubrir al paciente con mantas reflectoras.
 - Proporcionar o activar humidificador para los gases anestésicos.
 - Cubrir las partes expuestas.
 - Calentar o enfriar todas las soluciones de irrigación intravenosa y de preparación de la piel.
 - Proporcionar y regular el calentador de sangre si procede.
 - Vigilar continuamente la temperatura del paciente.
 - Comprobar la temperatura ambiental.
 - Cubrir al paciente durante el traslado a URPA/UCI.

3. DIAGNÓSTICO RIESGO DE LESIÓN PERIOPE-RATORIA (00087) r/c posición quirúrgica y pérdida de conciencia.

■ Criterios de resultados (NOC):

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101):
 - Temperatura de la piel (/01).
 - Hidratación (/04).
 - Percusión tisular (/11).
 - Piel intacta (/13).
 - Pigmentación anormal (/05).
 - Eritema (/21).
 - Palidez (/22).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Cambio de posición intraoperatoria (0842):
 - Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente.
 - Comprobar el estado neurológico y de la circulación periférica.
 - Comprobar la integridad de la piel.
 - Utilizar dispositivos de ayuda para la movilización.
 - Bloquear las ruedas de la camilla y de la mesa de cirugía.
 - Utilizar un número adecuado de miembros del personal para la transferencia del paciente.
 - Coordinar la transferencia y la colocación con el estadio de la anestesia o el nivel de conciencia.
 - Proteger las vías intravenosas, los catéteres y circuitos de respiración.
 - Proteger los ojos si procede.
 - Utilizar dispositivos de ayuda para apoyar la cabeza y las extremidades.
 - Mantener la alineación corporal del paciente.

- Colocar material acolchado en las prominencias óseas.
- Evitar la presión sobre los nervios superficiales.
- Colocar las correas de seguridad y sujeción de brazos.
- Vigilar la posición del paciente durante la intervención.

■ Vigilancia de la piel (3590):

- Observar su color, pulsos, calor, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en extremidades.
- Observar si hay zonas de fricción y presión.
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad cutánea.
- Controlar la temperatura de la piel.

4. DIAGNÓSTICO RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMENES DE LÍQUIDOS (00025) r/c pérdida excesiva de líquidos durante la intervención quirúrgica.

■ Criterios de resultados (NOC):

- Equilibrio hídrico (0601):
 - Presión arterial (/01).
 - Presión venosa central adecuada (/03).
 - Entradas y salidas diarias equilibradas (/07).
 - Hematocrito (/19).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Manejo de líquidos (4120):
 - Realizar un sondaje vesical, si es preciso.
 - Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática).
 - Controlar resultados de laboratorio relevante en la retención de líquidos (disminución de hematocrito).
 - Monitorizar signos vitales.
 - Administrar líquidos.
 - Administrar los diuréticos prescritos, si procede.
- Precauciones con hemorragias (4010):
 - Vigilar los niveles de hemoglobina y hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado.
 - Administrar productos sanguíneos (plaquetas y plasma congelado).
 - Control de pérdidas hemáticas (aspirador y compresas empapadas en sangre).

5. DIAGNÓSTICO RIESGO DE ASPIRACIÓN (00039) r/c la reducción del nivel de conciencia, la administración de medicación, por el aumento del volumen gástrico residual y por colocación o retirada de tubo endotraqueal.

■ Criterios de resultados (NOC):

- Respuesta al destete de la ventilación mecánica: adulto (0412):
 - Reflejo nauseoso intacto (/06).

- Reflejo tusígeno intacto (/07).
- Saturación de oxígeno (/11).
- Auscultación de sonidos respiratorios (/18).
- Dificultades para respirar por sí mismo (/23).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Precauciones para evitar la aspiración (3200):
 - Vigilar el nivel de conciencia.
 - Mantener una vía aérea.
 - Mantener el equipo de aspiración operativo.
 - Mantener el dispositivo traqueal hinchado.
- Desintubación endotraqueal (3270):
 - Hiperoxigenar al paciente y aspirar la vía aérea endotraqueal.
 - Aspirar la vía aérea bucal.
 - Desinflar el dispositivo de sujeción endotraqueal y retirar el tubo endotraqueal.
 - Estimular la tos y respiración profunda.
 - Vigilar los signos vitales.
 - Observar si hay signos de distrés respiratorio.

- Control de náuseas y vómitos (1618):
 - Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados (/12).
 - Utiliza adecuadamente medicaciones antieméticas (/08).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Manejo de las náuseas (1450):
 - Asegurarse que se ha administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.
 - Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de ingestas.
- Manejo del vómito (1570):
 - Proporcionar alivio durante el episodio del vómito (lavar la cara, ropa limpia, etc.).
 - Controlar equilibrio de líquidos y electrolitos.
 - Esperar como mínimo 30 minutos tras vómitos antes de dar líquidos al paciente.

3. DIAGNÓSTICO RIESGO DE INFECCIÓN (00004).

■ Criterios de resultados (NOC):

- Control del riesgo (1902) de infección:
 - Reconoce factores de riesgo (/01).
 - Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas (/04).
- Detección del riesgo (1908) de infección:
 - Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo (/01).
- Termorregulación (0800):
 - Hipertermia (/19).
 - Sudoración con el calor (/10).
 - Frecuencia del pulso radial (/12).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Protección contra infecciones (6550):
 - Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha descrito.
 - Instruir al paciente y familia de los signos y síntomas de infección.
 - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
 - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
 - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas.
- Control de infecciones (6540):
 - Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada.
 - Tomar constantes vitales y control de signos de shock séptico.
 - Vigilar la aparición de fiebre.
 - Hacer cultivos de sangre, orina o material exudado, si procede.

4. DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00025).

■ Criterios de resultados (NOC):

- Equilibrio de líquidos (0601).

POSQUIRÚRGICOS

1. DIAGNÓSTICO DOLOR AGUDO (00132).

■ Criterios de resultados (NOC):

- Sintomatología: nivel del dolor (2102):
 - Dolor referido (/01).
- Conducta de salud: control del dolor (1605):
 - Refiere dolor controlado (/11).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Manejo del dolor (1400):
 - Evaluar la eficacia con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
 - Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión.
 - Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- Administración de analgésicos (2210):
 - Valoración de la intensidad del dolor mediante la escala EVA, preanalgesia.
 - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares (escala EVA) después de cada administración, pero especialmente de dosis iniciales; se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).
 - Vigilancia sobre posibles efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).

2. DIAGNÓSTICO NÁUSEAS (00134).

■ Criterios de resultados (NOC):

- Hidratación (0602):
 - Membranas mucosas húmedas (/02).
 - Diuresis (/11).
- Estado de los signos vitales (0802).
- **Intervenciones de enfermería (NIC):**
 - Manejo de líquidos (4120):
 - Administrar terapia intravenosa según prescripción.
 - Realizar registro preciso de ingesta y eliminación.
 - Vigilar estado de hidratación (membranas mucosas, pulso, presión sanguínea ortostática, etcétera).
 - Incentivar ingesta hídrica tras tolerancia positiva.

5. DIAGNÓSTICO RETENCIÓN URINARIA (00023).

- **Criterios de resultados (NOC):**
 - Eliminación urinario (0508).
- **Intervenciones de enfermería (NIC):**
 - Sondaje vesical (0580):
 - Explicar fundamento y procedimiento del sondaje vesical.
 - Hacer el sondaje de forma estéril.
 - Cuidados catéter urinario (1876):
 - Manejo del catéter con asepsia.
 - Comprobar la correcta colocación del globo y movilizarlo si procede.
 - Vigilar permeabilidad y lavar manualmente si procede.
 - Manejo de la eliminación urinaria (0590):
 - Controlar eliminación urinaria: frecuencia, olor, volumen y color.
 - Observar signos de retención y/o infección tracto urinario.
 - Realizar balances parciales.

6. DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE CAÍDAS (00155).

- **Criterios de resultados (NOC):**
 - Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909).
 - Estado de seguridad: caídas (1912).
- **Intervenciones de enfermería (NIC):**
 - Prevención de caídas (6490):
 - Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente.
 - Identificar características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caídas.
 - Proporcionar dispositivos de ayuda y de seguridad.
 - Manejo ambiental: seguridad (6486):
 - Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente.
 - Utilizar dispositivos de adaptación y de protección (barandillas).

7. DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA (00087).

- **Criterios de resultados (NOC):**
 - Estado circulatorio (0401).
 - Estado neurológico (0909).
 - Estado respiratorio: ventilación (0403).
 - Perfusión tisular: periférica (0407).
 - Estado de los signos vitales (0802).
 - Función sensitiva: propioceptiva (2402).

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Control de hemorragia (4160):
 - Aplicar vendaje compresivo o presión manual, si indicación.
 - Control de hemoglobina/hematocrito.
- Cuidados del embolismo periférico (4104):
 - Realizar valoración de la circulación periférica (pulso, edema, etc.).
 - Administrar medicación anticoagulante, si procede.
 - Cambios posturales cada 2 horas, si no movimientos o ejercicios.
 - Recomendar no masaje de la zona.
- Monitorización neurológica (2620):
 - Vigilar tendencias de la escala de coma de Glasgow.
 - Vigilar aparición respuesta de Babinski o de Cushing.
 - Explorar tono muscular o propiocepción.
 - Vigilar signos vitales.
 - Monitorizar parámetros hemodinámicos invasivos y PIC y PPC (Presión perfusión cerebral).
- Monitorización respiratoria (3350):
 - Controlar lecturas del ventilador mecánico (frecuencia, ritmo, etc.) y los valores de SaO₂ y CO₂ de gases en sangre.
 - Vigilar secreciones respiratorias.
- Fisioterapia respiratoria (3230):
 - Practicar percusión con drenaje postural, clapping.
 - Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputo.
- Oxigenoterapia (3320):
 - Administrar oxígeno a través de un sistema calefactado y humidificado.
 - Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
 - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede.
- Administración de medicación (2300):
 - Desarrollar la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
 - Seguir los cinco principios de la administración de la medicación.

- Observar si existen posibles alergias, interacción y contraindicaciones respecto de los medicamentos.
- Vigilar signos vitales y valores de laboratorio.

8. DIAGNÓSTICO DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046).

■ Criterios de resultados (NOC):

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101):
 - Temperatura (/01).
 - Hidratación (/04).
 - Piel intacta (/13).
 - Curación de heridas (1102).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584):
 - Proporcionar higiene y aseo, si precisa.
 - Proporcionar soporte a las zonas edematosas.
 - Aplicar apósitos y/o geles hidrocoloides, si procede.
 - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
 - Aplicar protectores a los talones.
 - Registrar grado de afectación de la piel.
- Cuidados del sitio de incisión (3440):
 - Realizar cura de la incisión de modo estéril.
 - Mantener apósito limpio y seco.
 - Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas.
 - Prevenir la aparición de seromas.
- Cuidados de las heridas (3662):
 - Medir lo drenado en cada turno.
 - Vigilar signos de infección local y/o dehiscencia de bordes.
 - Retirar ágrafes y/o suturas y drenajes cuando proceda.
 - Vigilar puntos de incisión de drenajes y aspecto de volumen de drenado.

9. DIAGNÓSTICO DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085).

■ Criterios de resultados (NOC):

- Movilidad (0208):
 - Movimiento muscular (/03).
- Ambulación, andar (0200).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Enseñanza: actividad/ejercicio (5612):
 - Movilizar al paciente indicándole la importancia de moverse.
 - Instruir en la realización de sencillos ejercicios de flexo extensión que se puedan hacer en la cama.
- Fomento del ejercicio (0200):
 - Levantar al sillón al día siguiente de la cirugía.
 - Fomentar la deambulacion precoz.

10. DIAGNÓSTICO RIESGO DE SANGRADO (00206).

■ Criterios de resultados (NOC):

- Severidad de la pérdida de sangre (4130):
 - Pérdida sanguínea visible (/01).
 - Distensión abdominal (/06).
 - Disminución de la presión arterial sistólica (/09).
 - Disminución de la presión diastólica (/10).
 - Aumento de la frecuencia cardiaca apical (/11).
 - Pérdida de calor corporal (/12).
 - Palidez de las membranas cutáneas y mucosas (/13).
 - Ansiedad (/14).
 - Cognición disminuida (/15).
 - Disminución de la hemoglobina (/16).
 - Disminución del hematocrito (/17).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Administración de productos sanguíneos (4030).
- Control de hemorragias (4160):
 - Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito.
 - Control de constantes vitales, volumen drenado y aparición de hematuria.
 - Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal.
 - Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación.
 - Evitar esfuerzos.
 - Mantener al paciente en reposo.
 - Monitorización de constantes vitales: TA, FC, temperatura.
- Disminución de la hemorragia: heridas (4028).

11. DIAGNÓSTICO CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126) acerca del proceso de enfermería.

■ Criterios de resultados (NOC):

- Conocimiento del proceso de enfermedad (1803):
 - Descripción del proceso de enfermedad (02).
 - Descripción de la causa (/03).
 - Descripción de los factores de riesgo (/04).
 - Descripción de los efectos de la enfermedad (/05).
 - Descripción de las complicaciones (/09).

■ Intervenciones de enfermería (NIC):

- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602):
 - Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir.
 - Describir signos y síntomas.

12. DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA (00033) r/c fatiga de los músculos respiratorios m/p disminución de la saturación de oxígeno, aumento de la frecuencia cardiaca, agitación creciente, disnea...

■ Criterios de resultados (NOC):

- Estado respiratorio: ventilación (0403):

- Frecuencia respiratoria (/01).
- Ritmo respiratorio (/02).
- Profundidad de la respiración (/03).
- Expansión torácica simétrica (/04).
- Ruidos respiratorios a la auscultación (/19).
- Utilización de músculos accesorios (/09).
- Disnea de reposo (/13).
- Dificultad respiratoria (/16).

■ **Intervenciones de enfermería (NIC):**

- Manejo de la vía aérea (3140):
 - Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible (fowler).
 - Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de las vías aéreas,
 - Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea, si procede.
 - Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, si procede.
 - Administrar broncodilatadores, si procede.
 - Administrar aire u oxígeno humidificado, si procede.
 - Vigilar estado respiratorio y oxigenación.
- Monitorización respiratoria (3350):
 - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
 - Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones kussmaul, cheyne-stokes, biot...
 - Observar si hay fatiga muscular diafragmática.
 - Observar si hay disnea.
 - Observar si se producen crepitaciones.
 - Abrir la vía aérea, elevando la barbilla o empujando la mandíbula si se precisa.

13. DIAGNÓSTICO RIESGO DE DESEQUILIBRIO TEMPERATURA CORPORAL (0005) r/c deterioro de la termorregulación por el proceso anestésico y la exposición a factores ambientales.

■ **Criterios de resultados (NOC):**

- Termorregulación (0800):
 - Sudoración con el calor (/10).
 - Tiritona con el frío (/11).
 - Comodidad térmica referida (/15).
 - Temperatura cutánea aumentada (/01).
 - Hipertermia (/19).
 - Hipotermia (/20).

■ **Intervenciones de enfermería (NIC):**

- Regulación de la temperatura (3900):
 - Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
 - Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración.
 - Observar el color y la temperatura de la piel.

- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Utilizar mantas refractoras para ajustar la temperatura corporal alterada si procede.

■ **Manejo ambiental—confort (6482):**

- Ajustar la temperatura ambiental 20-24 grados.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura.

14. DIAGNÓSTICO LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS (00031) r/c espasmos de las vías aéreas, mucosidad excesiva, tabaquismo, m/p cianosis, cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio, disnea...

■ **Criterios de resultados (NOC):**

- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas (0410):
 - Facilidad respiratoria (/09).
 - Frecuencia respiratoria (/04).
 - Ritmo respiratorio (/05).
 - Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas (/06).
- Estado respiratorio: ventilación (0403):
 - Frecuencia respiratoria (/01).
 - Ritmo respiratorio (/02).

■ **Intervenciones de enfermería (NIC):**

- Monitorización respiratoria (3350):
 - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
 - Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.
 - Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
 - Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
 - Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.
 - Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador cuando sea necesario).
 - Colocar al paciente en decúbito lateral para evitar la espiración. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Sue Mooread, Marion Johnson, Merodean Maas. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier Mosby.
- NANDA-I, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones, 2007-2008. Nanda Internacional.
- Joanne Mc Dochterman, Gloria M. Bulechek Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Mosby.