

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 SaO<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> 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 nasofaríngeas, 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).
  - Hipotermia (/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.