

Implementación del plan de cuidados de enfermería al paciente con cirugía bariátrica

Ana Belem López-Morales,¹ Antonio Barrera-Cruz,¹ Bertha Herrera-Villalba,² Margarita Salgado-Gómez,³ Roxana Arontes-Jiménez,³ Mario Antonio Molina-Ayala,⁴ Arturo Abraham Rodríguez-González,⁵ Rosa María Andrade-García⁴

¹División de Excelencia Clínica, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad; ²Dirección de Enfermería, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI; ³División de Calidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, ⁴Clinica de Obesidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI; ⁵Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Palabras clave:

Obesidad mórbida
Atención de enfermería
Cirugía bariátrica

Resumen

Introducción: la obesidad constituye una enfermedad sistémica, crónica y multicausal. En ella se involucran la susceptibilidad genética, estilos de vida y del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social. La atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la obesidad, requiere de intervenciones de alto impacto que puedan aplicarse con un enfoque de atención primaria que refuerce la detección precoz y el tratamiento oportuno.

Entre las estrategias sectoriales que coadyuvan en la atención integral de la obesidad mórbida en México destaca la difusión e implementación de a) programas estratégicos para la atención del paciente con obesidad mórbida, b) guías de práctica clínica sobre el tratamiento de la obesidad mórbida y c) planes de cuidados de enfermería (PLACE) del paciente con obesidad.

Desarrollo: se describen las fases relacionadas con el proceso de diseño e implementación del PLACE al paciente con obesidad mórbida, sometido a cirugía bariátrica en una unidad médica de tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), específicamente: a) diseño y revisión del plan de cuidados, b) difusión y capacitación del personal de enfermería sobre obesidad y el PLACE, c) utilización y d) seguimiento. Para esta implementación se involucraron intervenciones sobre los profesionales e intervenciones organizativas.

Conclusiones: las diferentes acciones que se propongan para la difusión, capacitación, implantación y seguimiento de los PLACE deben ser abordadas desde una perspectiva metodológica para garantizar resultados favorables.

Keywords:

Obesity, morbid
Nursing care
Bariatric surgery

Abstract

Introduction: Obesity is a systemic, chronic and multicausal disease, which is related to genetic susceptibility, lifestyle and environment, and influenced by various underlying determinants, such as globalization, culture, economic status, education, urbanization, and the political and social environment. Comprehensive treatment of chronic non-communicable diseases (NCDs), like obesity, requires high impact interventions that can be applied by a primary care approach to strengthen early detection and timely treatment.

Among the sectoral strategies that assist in the comprehensive care of morbid obesity in México, it stands out the dissemination and implementation of: a) strategic programs for the care of patients with morbid obesity, b) clinical practice guidelines on the treatment of morbid obesity, and c) nursing care plans (PLACE, in Spanish) for the obese patient.

Development: This document describes the stages related to the design and implementation of the PLACE for morbidly obese patients who underwent bariatric surgery in a tertiary care medical unit of the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), specifically: a) the design and review of the plan of care b) its dissemination and the training of nurses regarding obesity and the PLACE, c) use, and d) monitoring. For this implementation, we included interventions in regards to professionals and to organizations.

Conclusions: The different actions proposed for training, dissemination, implementation, and monitoring of nursing care plans should be approached from a methodological perspective to ensure a favorable outcome.

Correspondencia:

Ana Belem López-Morales

Correo electrónico:

ana.lopezm@imss.gob.mx

Fecha de recibido:

27/06/2013

Fecha de aceptado:

25/09/2013

Introducción*

El sobrepeso y la obesidad constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejercen sobre la salud de la población que los padece, ya que incrementan significativamente el riesgo de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la muerte prematura y el costo social de la salud.¹ Se estima que 90 % de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Otras ECNT relacionadas con la obesidad incluyen: hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad coronaria, apnea obstructiva, enfermedad vascular cerebral, artropatía degenerativa, hígado graso, trastornos endocrinos y reproductivos de la mujer, así como algunos cánceres (mama, esófago, colon, endometrio y riñón, entre otros).^{2,3} Respecto a su magnitud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2015 habrá aproximadamente 2 millones 300 mil adultos con sobrepeso, más de 700 millones con obesidad y más de 42 millones menores de cinco años con sobrepeso.⁴ La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) estima que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad entre los adultos supera el 50 % en no menos de 21 de los 34 países que pertenecen a esa organización.⁵

En la actualidad, México y Estados Unidos ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30 %), la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea (4 %).⁶ En México, la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso se ha triplicado de 1980 a la fecha, y ha alcanzado proporciones alarmantes y sin precedente, con una velocidad de incremento entre las más altas en el ámbito mundial.⁷⁻¹⁰ Con base en los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la población escolar (de 5 a 11 años de edad) se calcula en alrededor de 5 664 870 niños. Con relación a la población adolescente (aquella entre 12 y 19 años de edad), más de una tercera parte de los adolescentes del país presenta exceso de peso, lo que representa alrededor de 6 325 131 individuos, es decir, más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. Respecto a la población adulta y de acuerdo con los puntos de corte de índice de

masa corporal (IMC) (kg/m^2) propuestos por la OMS, la prevalencia de exceso de peso es de 71.28 %, es decir, siete de cada diez mexicanos lo padecen (aproximadamente 48.6 millones de personas), específicamente 32.4 % con obesidad y 38.8 % con sobrepeso. La obesidad prevalece más en el sexo femenino (37.5 %) en comparación con el masculino (26.8 %), mientras que el sobrepeso es más prevalente en el sexo masculino (42.5 %) respecto al femenino (35.9 %). Es importante destacar que la prevalencia de obesidad presenta diferencias por nivel socioeconómico (NSE), región y localidad ($p < 0.05$); es mayor en el NSE alto con relación al bajo, en zonas urbanas en comparación con las rurales y en la región norte del país en comparación con el sur y el centro.¹¹

La obesidad mórbida disminuye la esperanza de vida hasta por 20 años, especialmente entre los adultos jóvenes. De hecho, la obesidad es un factor de riesgo para enfermedad coronaria, aumenta la mortalidad cardiovascular e incrementa el riesgo para desarrollar cáncer de mama, de vesícula biliar, de ovarios, de páncreas, de próstata, de colon, de esófago, de endometrio y de células renales.^{2,3}

A nivel mundial, cada año mueren, como mínimo, 2.8 millones de personas adultas a causa de la obesidad o el sobrepeso.⁴ Con base en estimaciones de la OCDE, una estrategia de prevención efectiva evitaría, cada año, 155 000 muertes por enfermedades crónicas en Japón, 75 000 en Italia, 70 000 en Inglaterra, 55 000 en México y 40 000 en Canadá. El costo anual de dicha estrategia sería de 12 dólares per cápita en México, 19 dólares en Japón e Inglaterra, 22 dólares en Italia y 32 dólares en Canadá.⁶

La atención integral de las ECNT requiere de intervenciones de alto impacto que puedan aplicarse mediante un enfoque de atención primaria que refuerce la detección precoz y el tratamiento oportuno. Para conseguir el máximo efecto, se deben formular políticas públicas saludables que promuevan la prevención y el control de las ECNT, y reorientar los sistemas de salud para que cubran las necesidades de las personas que sufren esas enfermedades.^{12,13}

La cirugía bariátrica representa una alternativa de tratamiento quirúrgico costo-efectiva en la atención integral de la obesidad mórbida, pues permite una remisión o mejoría significativa de enfermedades relacionadas con la obesidad, entre las que se incluyen la diabetes mellitus tipo 2, la apnea

*Varias ideas que se desarrollan en la introducción han sido retomadas de Barrera-Cruz A *et al.* Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena: Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(3):344-57.

del sueño, la hipertensión y la dislipidemia. Asimismo, permite una reducción significativa en el porcentaje de exceso de peso perdido en comparación con el tratamiento médico convencional (de 20 a 40 kg y de 2 a 5 kg, en el primer y segundo año, respectivamente).¹⁴⁻¹⁶

En el contexto del Plan Nacional de Desarrollo, del cual deriva el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud” y la línea de acción “Instrumentar acciones para la prevención y el control del sobrepeso, obesidad y diabetes”, el Sistema Nacional de Salud desarrolla e implementa programas y proyectos rentables de interés social, así como estrategias sectoriales eficientes que permitan potenciar los factores de protección a la salud, en los tres niveles de atención, con el propósito de limitar las consecuencias metabólicas de la enfermedad, mejorar la calidad de vida de los pacientes y lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos.

Entre las estrategias sectoriales que coadyuvan en la atención integral de la obesidad, se encuentran: a) programas estratégicos para la atención del paciente con obesidad mórbida, b) guías de práctica clínica sobre el tratamiento de la obesidad mórbida y c) planes de cuidados de enfermería (PLACE) del paciente con obesidad, por lo que en el presente trabajo se busca describir el proceso de implementación del PLACE referente a la atención del paciente obeso sometido a cirugía bariátrica en una unidad médica del tercer nivel de atención.

Desarrollo

La implementación del “Plan de cuidados de enfermería para la atención del paciente con obesidad mórbida que se somete a cirugía bariátrica” se realizó en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades CMN SXXI, durante el periodo de marzo a octubre del año 2013. Las estrategias de implementación involucraron intervenciones con el personal de enfermería (sesiones formativas, distribución de materiales educativos, opinión de expertos y líderes locales, auditoría y retroalimentación) e intervenciones organizativas (uso de la hoja de registro clínico de enfermería).

El proceso de implementación se realizó en cuatro fases:

1. Diseño y revisión del PLACE

Durante el mes de marzo del 2013 se seleccionó personal capacitado en el proceso de atención de enfermería, con la finalidad de elaborar un plan de cuidados relacionado

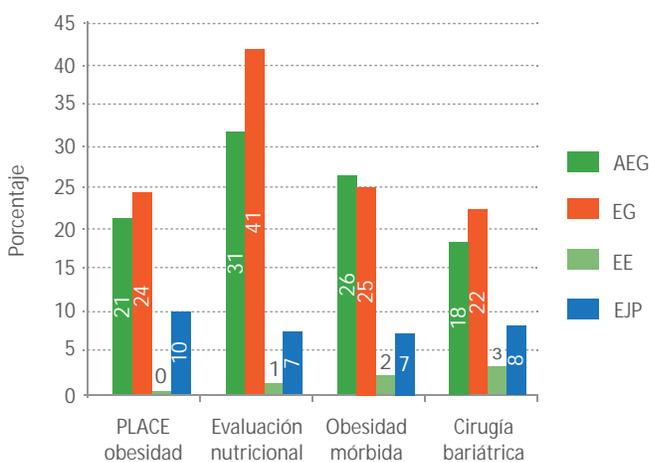
con la atención del paciente con obesidad que se somete a cirugía bariátrica. Para su diseño se tomó como referencia el “Lineamiento general para elaborar planes de cuidados de enfermería”^{17,18} y la “Taxonomía enfermera”, por lo que se utilizó la clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association¹⁹ (NANDA, por sus siglas en inglés), resultados de enfermería de la Nursing Outcomes Classification²⁰ (NOC, por sus siglas en inglés) y finalmente las intervenciones de enfermería de la Nursing Interventions Classification (NIC, de acuerdo con sus siglas en inglés).²¹

Para la identificación de las respuestas humanas que pueden presentar este tipo de pacientes, se utilizó como base el sistema de valoración de Margory Gordon,²² con la finalidad de identificar los posibles patrones disfuncionales (anexo 1).

Para la priorización de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados e intervenciones de enfermería, se utilizó el Modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA),^{23,24} el cual es un método de priorización de razonamiento en red que procura una estructura para el razonamiento clínico, con énfasis en la detección de patrones y el reconocimiento de las relaciones que se establecen entre un número elevado de diagnósticos.

Para la selección de los resultados esperados, se utilizó la interrelación NANDA-NOC y para las intervenciones de enfermería la interrelación NOC-NIC, lo cual determinó la relación entre el problema y los aspectos que se esperan resolver con las intervenciones. La revisión y

Figura 1. Personal de enfermería capacitado en temas de obesidad y PLACE por categoría



Fuente: Lista de asistencia a sesiones formativas. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, 2013

validación por pares del PLACE se realizó en el mes de abril del 2013 con un grupo de profesionales del área de la salud, conformado por profesionales de las áreas de enfermería, médica y de nutrición.

2. Difusión y capacitación

La difusión activa del PLACE validado (anexo 1) se realizó durante el mes de mayo del 2013 a través de la entrega en formato impreso y electrónico al personal de enfermería adscrito al servicio de Gastrocirugía para su conocimiento y consulta. La capacitación del personal se realizó mediante técnicas expositivas con enfoque participativo sobre temas referentes a epidemiología de la obesidad mórbida, indicaciones de cirugía bariátrica, riesgos y complicaciones de la cirugía bariátrica, importancia de la evaluación médico-nutricional, cuidados de enfermería en la atención del paciente con cirugía bariátrica y manejo de la hoja de registros clínicos de enfermería. Para reforzar el conocimiento se tomó como estrategia la elaboración de un ejemplo en el formato institucional para el registro clínico de enfermería, el cual se proporcionó a los servicios seleccionados.

Para la capacitación se consideraron cuatro temas de importancia: PLACE para la atención del paciente con obesidad mórbida sometido a cirugía bariátrica, evalua-

ción nutricional, obesidad mórbida y cirugía bariátrica. Se consideraron un total de 246 enfermeras de las siguientes categorías: auxiliar de enfermería general (AEG) (39 %), enfermera general (EG) (45 %), enfermera especialista (EE) (2.4 %) y enfermera jefe de piso (EJP) (13 %) (figura 1). Respecto a la capacitación del PLACE, asistieron 55 enfermeras, principalmente auxiliares de enfermería (38 %) y enfermeras generales (43 %). Con relación al turno, la capacitación predominó en el nocturno (43 %) y el matutino (36 %) (figura 2).

3. Utilización

El PLACE proporcionado al personal adscrito al Servicio de Gastrocirugía fue utilizado como guía para la atención individualizada del paciente. Para esto se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: a) patrón disfuncional valorado, b) el diagnóstico de enfermería identificado, c) las intervenciones de enfermería planificadas y d) el resultado de la intervención de enfermería. La documentación del plan se realizó a través del Registro Clínico de Enfermería Institucional, que es una herramienta que permite documentar, evaluar y evidenciar científicamente la calidad de los cuidados.

4. Seguimiento

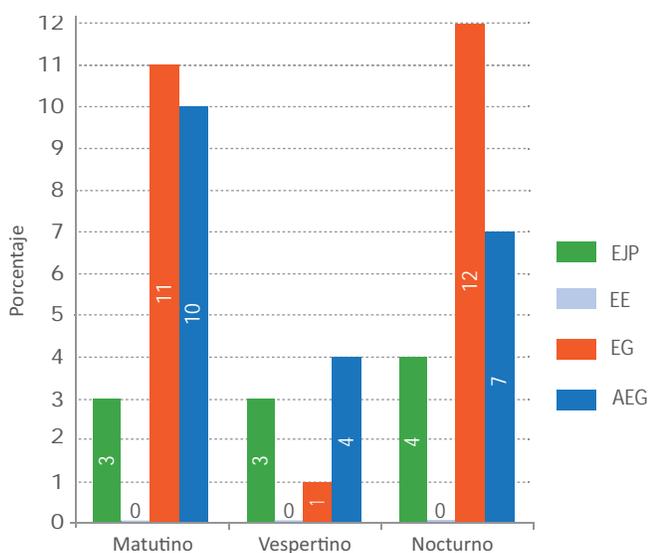
El seguimiento de la utilización del PLACE se realizó de forma cuantitativa por medio de la evaluación del registro clínico de enfermería, por la enfermera jefe de piso y la subjefe de enfermeras, quienes utilizaron el instrumento institucional para la evaluación del mismo. Se realizó la revisión de dos hojas de registro clínico en el turno matutino, vespertino y nocturno, mediante la revisión del instrumento (hoja de registro clínico institucional) de lunes a viernes, en el servicio de Gastrocirugía, durante el periodo de agosto a septiembre de 2013.

Debido al insuficiente número de hojas de registro clínico de enfermería evaluadas al momento de esta publicación, no es factible evaluar la eficacia de la intervención, por lo que se requiere un mayor tamaño de muestra.

Conclusiones

El presente documento representa la primera fase descriptiva del proceso de implementación del PLACE, referente a la atención del paciente con obesidad que se somete a cirugía bariátrica. Para la implementación del plan de cuida-

Figura 2. Personal de enfermería por categoría que asistió a la capacitación de PLACE de obesidad



Fuente: Lista de asistencia a sesiones formativas. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, 2013

dos de enfermería, es necesario disponer de un programa de capacitación permanente y dinámico que esté dirigido a líderes, directivos y usuarios (personal operativo).

Las diferentes acciones que se propongan para la difusión, capacitación, implantación y seguimiento de los planes de cuidados de enfermería deben ser abordadas

desde una perspectiva metodológica para garantizar un resultado favorable.

La evaluación cualitativa de la implementación del PLACE es un reto para la enfermería, ya que implica llevar a cabo estrategias que contribuyan a evaluar la calidad de los cuidados a través de la satisfacción de los pacientes.

Referencias

1. Hussain SS, Bloom SR. The pharmacological treatment and management of obesity. *Postgrad Med.* 2011;123(1):34-44.
2. Mitchell NS, Catenacci VA, Wyatt HR, Hill JO. Obesity: overview of an epidemic. *Psychiatr Clin North Am.* 2011;34(4):717-32.
3. Vucenik I, Stains JP. Obesity and cancer risk: evidence, mechanisms, and recommendations. *Ann N Y Acad Sci.* 2012;1271:37-43.
4. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. 2012. [En línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> [Consultado 12/05/2013].
5. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Factbook 2013. Economic, Environmental and Social Statistics. Overweight and obesity. [En línea] http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook-2013-en [Consultado 18/05/2013].
6. Sassi F. Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat. Organization for the Economic Cooperation and Development (OECD); 2010.
7. Villa AR, Escobedo MH, Méndez-Sánchez N. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. *Gac Méd Méx.* 2004;140(Sup. 2):S21-S25. [En línea] <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042c.pdf> [Consultado 10/05/2013].
8. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Flores M, Durazo-Arvizu R, Kanter R, et al. Obesity and central adiposity in Mexican adults: results from the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública Mex.* 2009;51(Sup. 4):S595-S603. [En línea] <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s4/a14v51s4.pdf> [Consultado 12/05/2013].
9. Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiol Rev.* 2007;29:1-5.
10. Stevens G, Dias RH, Thomas KJ, Rivera JA, Carvalho N, Barquera S, et al. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: national and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. *PLoS Med.* 2008;5(6):e125 [En línea] <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050125&representation=PDF> [Consultado 20/05/2013].
11. Secretaría de Salud (México). Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. México: INSP; 2012. [En línea] <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> [Consultado 10/04/2013].
12. Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Avila M et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Publica Mex.* 2008;50(5):419-27. [En línea] <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n5/a15v50n5.pdf> [Consultado 13/05/2013]
13. Barrera-Cruz A, Rodríguez-González A, Molina-Ayala MA. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(3):292-9.
14. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2004;292(14):1724-37.
15. Colquitt JL, Picot J, Loveman E, Clegg AJ. Surgery for obesity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD003641.
16. Padwal R, Klarenbach S, Wiebe N, Hazel M, Birch D, Karmali S, et al. Bariatric surgery: a systematic review of the clinical and economic evidence. *J Gen Intern Med.* 2011;26(10):1183-94.
17. Posos-González MJ, Jiménez-Sánchez J. Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2013;21(1):29-33.
18. Secretaría de Salud (México). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección General Adjunta de Calidad. Dirección de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería. Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. México: Secretaría de Salud; 2010. [En línea] <http://www.uco.mx/docencia/facultades/enfermeria/archivos1/apuntes%20utiles/PLACES.pdf> [Consultado 20/05/2013].
19. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2010.
20. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (ed.). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4a. ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
21. Bulechek GM, Butcher HK (ed.). Dochterman JC. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 5a. Ed. Barcelona: España; 2008.
22. Gordon M. Manual de diagnóstico de enfermería: incluye todas las categorías diagnósticas aprobadas por la North American Nursing Diagnosis Association. 11a. ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
23. Bellido-Vallejo JC. Sobre el Modelo AREA y el proceso enfermero. *Inquietudes.* 2006;(35):21-9. [En línea] <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-recomendada-3-1.pdf> [Consultado 21/05/2013].
24. Morán-Aguilar V, Mendoza-Robles AL. Proceso de enfermería: modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NADA, CIE y CRE. 3a. ed. México: Trillas; 2010.

Cómo citar este artículo:

López-Morales AB, Barrera-Cruz A, Salgado-Gómez M, Arontes-Jiménez R, Herrera-Villalba B, Molina-Ayala MA et al. Implementación del plan de cuidados de enfermería al paciente con cirugía bariátrica. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2014;22(1):33-40.

Anexo 1: Plan de cuidados de enfermería (PLACE) para la atención del paciente obeso con cirugía bariátrica

Diagnóstico de enfermería	Resultados de enfermería			
Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación Patrón: 2 Nutricional/metabólico	Resultado	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C cirugía abdominal	Dominio: salud fisiológica (II) Clase: líquidos y electrolitos (G) Resultado: equilibrio hídrico	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial • Entradas y salidas diarias equilibradas • Hidratación cutánea 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido después de esa intervención. Se registrará en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
Intervenciones de enfermería				
Campo: 2 Fisiológico complejo		Clase: N Control de la perfusión tisular		
Intervención: manejo de líquidos		Intervención: monitorización de líquidos		
Actividades:		Actividades:		
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación • Vigilar el estado de hidratación (mucosas, pulso y presión sanguínea) • Monitorizar signos vitales • Administrar terapia IV según prescripción • Administrar líquidos si procede • Administrar los productos sanguíneos si procede 		<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar ingresos y egresos • Comprobar los niveles de electrolitos en suero y orina • Vigilar presión sanguínea, cambios del ritmo cardiaco y respiración • Observar si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitación pulmonar o edema periférico • Mantener el flujo intravenoso prescrito 		

Diagnóstico de enfermería	Resultados de enfermería			
Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 1 Infección Patrón: 1 percepción/manejo de la salud	Resultado	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	Dominio: salud fisiológica (II) Clase: integridad tisular (L) Resultado: curación de la herida por primera intención	<ul style="list-style-type: none"> • Supuración de la herida • Eritema cutáneo circundante • Aumento de la temperatura cutánea 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguno 	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido después de esa intervención. Se registrará en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
Intervenciones de enfermería				
Campo: 2 Fisiológico complejo Clase: L Control de la piel/heridas		Campo: 4 Seguridad Clase: V Control de riesgos		
Intervención: cuidados de las heridas		Intervención: protección contra las infecciones		
Actividades:		Actividades:		
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor • Limpiar con solución estéril • Cuidar el sitio de incisión • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado o drenaje • Registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida 		<ul style="list-style-type: none"> • Observar los signos y síntomas de infección sistémica o localizada • Evaluar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones • Mantener las normas de asepsia para el paciente • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o presencia de drenaje • Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica 		

Diagnóstico de enfermería	Resultados de enfermería			
Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 2 Función gastrointestinal Patrón: 4 eliminación	Resultado	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional R/C cirugía abdominal	Dominio: salud fisiológica (II) Clase: eliminación (F) Resultado: eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> Control de movimientos intestinales Facilidad de eliminación de las heces Ruidos abdominales 	<ol style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido 	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido después de esa intervención. Se registrará en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
Intervenciones de enfermería				
Campo: 1 fisiológico básico		Clase: B Control de la eliminación		
Intervención: manejo intestinal				
Actividades:				
<ul style="list-style-type: none"> Observar si hay ruidos intestinales Informar si hay disminución de sonidos intestinales Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación 				

Diagnóstico de enfermería	Resultados de enfermería			
Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort físico Patrón: 6 Cognitivo perceptual	Resultado	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana
Dolor agudo R/C agentes lesivos biológicos, químicos, físicos y psicológicos, M/P cambios hemodinámicos, informe codificado, diaforesis, conducta expresiva, conducta defensiva, postura para evitar el dolor, trastorno del patrón del sueño, informe codificado	<p>Dominio: (IV) conocimientos y conducta de salud Clase: (Q) conducta de salud Resultado: control del dolor</p> <p>Dominio: (V) Salud percibida Clase: (U) Salud y calidad de vida Resultado: estado de comodidad física</p>	<ul style="list-style-type: none"> Utiliza los analgésicos de forma apropiada Reconoce síntomas asociados del dolor Refiere dolor controlado Control de síntomas Bienestar físico 	<ol style="list-style-type: none"> Nunca demostrado Raramente demostrado A veces demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado <ol style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido 	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido después de esa intervención. Se registrará en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
Intervenciones de enfermería				
Campo: (2) Fisiológico complejo		Clase: (H) Control de fármacos		
Intervención: manejo de la medicación				
Actividades:				
<ul style="list-style-type: none"> Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación Enseñar al paciente y/o la familia el método de administración de los fármacos, si procede Explicar al paciente y/o familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación 				

Campo: (1) Fisiológico básico	Clase: (E) Fomento de la comodidad física
Intervención: manejo del dolor	
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes (escala EVA) ● Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente ● Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor ● Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor) ● Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor ● Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales ● Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos ● Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, musicoterapia, distracción,) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, junto con las otras medidas de alivio del dolor ● Verificar el nivel de molestia con el paciente y anotar los cambios en el registro ● Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa ● Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas de dolor del paciente ● Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda 	