

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL
DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE
LOPEZ"**



**DEPARTAMENTO
DE ENFERMERIA**

**GUÍAS DE PRÁCTICAS
CLÍNICAS DE DE
CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA**

2023

Jefe del Departamento de Enfermería:

Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas

Jefe de Servicio de Enfermería en Hospitalización de Cirugía:

Mg. Dilcia Ruth Blanco Fitzcarrald

Documento elaborado por:

Mg. BLANCO FITZCARRALD, Dilcia Ruth

Mg en gestión de los servicios de la salud

Enf. Especialista en Nefrología

Enf. Especialista en Gestión gerencia en servicios de salud y enfermería

Lic: GARCIA SILVA, Fanny Gisella

Enf. Especialista en Cuidados Quirúrgicos

Lic. LUJAN BAZALAR, Karina Yisella

Enf. Asistencial del Servicio de Cirugía

Lic. DIAZ BORJA, Ángela Fabiola

Enf. Asistencial del Servicio de Cirugía

Comité Revisor:

Dra. Mayra Grisell García Silva

Dra. en Gestión Pública y Gobernabilidad

Magister en Gestión de los Servicios de la Salud

Especialista en Enfermería Pediátrica

Auditora en Servicios de Salud.

Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas

Mg. En Gerencia en Servicios de salud

Enf. Especialista en Emergencias y Desastres

Auditora en Servicios de Salud.

2023



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRESA - LIMA
79 MAR 2023
Sr. Héctor E. Estelero Roca
PRESIDENTE
ASISTENTE

N° 109 -2023-DIRESA-L-HCH-SBS-DE

Resolución Directoral

Chancay, 10 de marzo del 2023

VISTO:

El Informe N° 053UE N°405-H-CH-SBS-OPE/2023, de fecha 10 de marzo del 2023. La Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico remite para su revisión y aprobación de la Guía de Prácticas Clínicas de Cuidados de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López". Y el Informe Legal N°080-2023-AJ-DE-HCH Y SBS, de Asesoría Jurídica que emite opinión Legal favorable sobre la aprobación de la Guía de Prácticas Clínicas de Cuidados de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López".

CONSIDERANDO:

Que, mediante Informe N° 053UE N°405-H-CH-SBS-OPE/2023, de fecha 10 de marzo del 2023. La Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico remite para su revisión y aprobación de la Guía de Prácticas Clínicas de Cuidados de Enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López".

Que, los numerales los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; siendo de interés público las provisiones de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de segunda oportunidad y calidad;

Que, a través de Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N°117-MINSA/DGSP-2015: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración de Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos, con el objetivo de establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica que aprueba el Ministerio de Salud.

Que, mediante Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, se aprobó el "Documento Técnico: Metodología para la elaboración de las Guías de Prácticas Clínicas" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de atención en salud, con énfasis en la eficacia, efectividad y seguridad; a

través de la formulación de Guías de Guías de Prácticas Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o locales;

Que, con la Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", en el que se ha definido a la Guía Técnica: "Es el Documento Normativo de mayor jerarquía que emite el Ministerio de Salud, para regular los diferentes ámbitos de la salud Pública, incluyendo la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, entre otros aspectos sanitarios, en el marco de las funciones y competencias rectoras de la ANS. También puede obedecer a lo dispuesto en la norma legal o reglamentaria de carácter general". Señalando además que, están basados en la revisión de la mejor evidencia científica existente y disponible, y busca resultados óptimos de beneficio para la comunidad. Su aplicación es de carácter permanente, su cumplimiento es obligatorio, y comprende de los aspectos de prestación, organización, financiamiento y de gestión de los servicios de salud, entre otros aspectos regulatorios sanitarios.

Que, en el literal f) del artículo 37°, del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Chancay y SBS", aprobado con Ordenanza N°08-2014-CR-RL, se establece como una de las funciones del Departamento de Enfermería, proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, asimismo, el antes previsto Reglamento, en el literal f), del artículo 13°, establece como una de las funciones de la Unidad de Gestión de la Calidad, asesor en la formulación de normas, guías de atención y procedimiento de atención al paciente;

Que el proyecto de Guía de Atención de Enfermería del Servicio de Cirugía, propuesto por la Jefa del Departamento tiene como finalidad de contribuir a establecer la atención y cuidados de enfermería estandarizados y basados en la homologación del trabajo enfermero en el servicio de Enfermería en el Hospital de Cirugía, lo que repercutirá en la del cuidado que se brinda;

Que, acorde al documento al documento del visto y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta necesario atender lo solicitado por la Jefa del Departamento de Enfermería, en tal sentido es conveniente emitir el acto resolutorio de aprobación de la *Guía de Prácticas Clínicas de Cuidados de Enfermería en el Servicio de Cirugía*.

Estando a lo expuesto, y con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de Calidad, Departamento de Enfermería y Asesoría Jurídica del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López";

Con las facultades conferidas en los Artículos 7° y 8° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital de Chancay y SBS, aprobado por la Ordenanza Regional N°008-2014 CR-RL, y Resolución Directoral N°038-2023-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-DG



SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR a partir de la fecha de expedición de la presente resolución **GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA**; el cual forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO SEGUNDO: DISPONER que la jefa del Departamento de Enfermería del Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López", realice la difusión, supervisión y monitoreo de lo establecido en la presente Resolución.

ARTICULO TERCERO: ENCARGAR al responsable de elaborar y actualizar la publicación de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia de la Pagina Web de la Institución.

ARTICULO CUARTO: DEJAR SIN EFECTO, cualquier disposición que se oponga a lo dispuesto por la presente Resolución.



- Inspección Administrativa
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Unidad de Gestión de Calidad
- Dep. Enfermería
- Asesoría Legal
- Oficina de Comunicaciones
- Archivo.



REGÍSTRESE y COMUNÍQUESE


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SRR
Dr. MIRKO ERASMO MEDINA MUROTE
MÉDICO LICENCIADO DEL HOSPITAL DE CHANCAY, LIMA
C.M.P. 41634 / R.N.E. 43562

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SRR
CERTIFICADO: Que se aprobó la copia fotostática adjunta de este documento
Chancay, **29 MAR 2023**
Sr. Héctor P. Sotelo Roca
FEDATARIO SUPLENTE
AIS-B-CH

INDICE

I.	PRESENTACION.....	4
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	4
V.	BASE LEGAL	4
VI.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTE PRE-POST OPERADO DE HEMORROIDECTOMÍA.....	6
VII.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTE PRE-POST OPERADOS DE HIPERPLASIA PROSTATICA	25
VIII.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTE OPERADOS DE APENDICITIS	38
IX.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTE PRE-POST OPERADO DE ARTROPLASTIA DE CADERA	52
X.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTE PRE-POST OPERADO DE TRANSTORNOS DE LA VESICULA.....	72
XI.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL	87

I. PRESENTACION

El Departamento de Enfermería considerando la importancia de que el personal enfermero cuente con sus Guías De Práctica Clínica de cuidados de enfermería de manera documentada, y que estas se conviertan en una herramienta de gestión del cuidado que contribuya a la optimización de los recursos humanos y materiales para el mejoramiento continuo de las intervenciones desarrolladas y así también contribuya en la consecución de la Misión, Visión y Objetivos estratégicos de nuestra institución ha propuesto el presente documento.

La guía de práctica clínica de cuidados de enfermería en el Servicio de Cirugía, especifica los procedimientos, las actividades, sus interrelaciones con otros procedimientos, los responsables de su ejecución, y los puntos de control, así como las evidencias generadas con la ejecución de las actividades utilizando los planes de cuidado que se aplicaran de manera individualizada ayudando a cada paciente de manera independiente como ser humano único en sus características y/o necesidades.

II. FINALIDAD:

La presente guía tiene como finalidad contribuir a establecer la atención y cuidados de enfermería estandarizados y basado en la homogenización del trabajo enfermero en el servicio de enfermería en Hospitalización de Cirugía, lo que repercutirá en la del cuidado que se brinda.

III. OBJETIVOS

Estandarizar los criterios e intervenciones de enfermería de acuerdo con la morbilidad de la atención en el Servicio de enfermería en Hospitalización de Cirugía en el Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".



IV. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de práctica clínica de cuidados de enfermería es de uso obligatorio en el Servicio de enfermería en Hospitalización de Cirugía en el Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" y convertirse en documento de referencia para los servicios que pudieran intervenir de manera indirecta en el manejo de pacientes con los diagnósticos incluidos en el presente documento.

V. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud. Ley N° 27783.
- ✓ Ley de Bases de Descentralización. Ley N° 27813,

- ✓ Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Ley N° 29414,
- ✓ Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. –
- ✓ Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. –
- ✓ Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Decreto Supremo N° 007-2012-SA, Autorizan al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N°464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad.
- ✓ Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 302 – 2015/MINSA, que aprueba la NTS N°419 - MINSNDGSP-V.01: -Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud».
- ✓ Resolución Ministerial N° 826 – 2021/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HEMORROIDES	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N.º 001 Página 6 de 107

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HEMORROIDES

I. FINALIDAD

Fortalecer las competencias y unificar los conocimientos y criterios en el proceso del cuidado de enfermería en pacientes pre y post operados de hemorroides.

II. OBJETIVO.

- Brindar cuidados de enfermería oportunos y basados en la investigación científica a los pacientes pre y post operados de hemorroides.
- Prevenir las posibles complicaciones en los pacientes operados de hemorroides.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de atención se aplica en el área de hospitalización de Cirugía, donde brinda atención el profesional de enfermería especializado en cuidados quirúrgicos.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR



Guía de Intervención de Enfermería en pacientes pre y post operados de hemorroides.

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

Código CIE 10: I84.9

V. CONSIDERACIONES GENERALES

- 5.1. DEFINICIÓN.** Las hemorroides son almohadillas del plexo venoso submucoso del conducto anal que participan en los mecanismos de continencia anal. Estas están presentes desde la etapa embrionaria, y están ubicados en el cuadrante anterior derecho, posterior derecho y lateral izquierdo del canal anal, estos plexos no corresponden a ramas terminales de la arteria hemorroidal superior, dependen primordialmente de la circulación sistémica. Por analogía se denomina hemorroides a la enfermedad o síntomas que derivan de procesos inflamatorios y trombóticos de estos plexos. Entonces podemos definir a la enfermedad hemorroidal como el conjunto de síntomas y signos (dolor, prurito, prolapso, sangrado, etc.) atribuibles al tejido hemorroidal, secundario a alteraciones estructurales de esta dilatación e ingurgitación, proceso inflamatorio y/o de los tejidos de sostén.
- 5.2. ETIOLOGÍA.** Se dice que todo elemento que provoque alteración del tejido conectivo y la pérdida de fijación de los cojinetes es agente causal de la enfermedad hemorroidal. En resumen, «La presencia de cojines anales sumamente vascularizados, consistentes en masas específicas de submucosa compacta, que contienen vasos sanguíneos, músculo liso y tejido conectivo» plantean que las hemorroides no son más que «El deslizamiento del recubrimiento de esta porción del canal anal»
- 5.3. FISIOPATOLOGÍA.** Las hemorroides son el prolapso de las estructuras vasculo elásticas que almohadillan el canal anal, estando constituidas por arteriolas y venas con comunicaciones arteriovenosas, músculo liso y tejido conectivo. Los vasos sanguíneos situados por encima de la línea dentada conforman el plexo hemorroidal interno, mientras que los situados distales a la línea dentada conforman el plexo hemorroidal externo. Lo más destacado de la fisiología del canal anal, es la diferencia de motilidad entre la parte proximal y distal de éste; esto lleva a un flujo antiperistáltico de sangre entre los plexos venosos y la disfunción del esfínter anal interno que contribuye a dificultar el vaciamiento del plexo hemorroidal interno, lo que favorecería la formación de la enfermedad hemorroidal. El aumento de la actividad del esfínter interno, favorece el concepto de una anomalía fisiológica de éste como factor involucrado en el origen de esta patología. Se trata entonces del deslizamiento hacia debajo de los paquetes, que actuarían de forma fisiológica para asegurar un cierre más efectivo del conducto anal. En condiciones normales las almohadillas vasculares se encuentran mantenidas en su situación por el tono de los músculos

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HEMORROIDES	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N.º 001 Página 7 de 107

esfinterianos. Durante el acto de la defecación, se abre el canal anal y se relaja la musculatura esfinteriana, al mismo tiempo que se produce un aumento brusco de la presión dando lugar a la distensión de las paredes vasculares del plexo hemorroidal. Este aumento de la presión es aún mayor en los casos de estreñimiento. Existen algunos estudios en los que se ha constatado un aumento de la presión basal en el conducto anal en aquellos pacientes afectados de hemorroides.

CLASIFICACIÓN

- **Hemorroides externas.** Situadas por debajo de la línea dentada, cubierta por anodermo y con epitelio escamoso.
- **Hemorroides internas.** Situadas por encima de la línea pectínea, cubierta con mucosa rectal y con epitelio de transición y columnar. Éstas de acuerdo al grado de prolapso podemos clasificarlas en:
 - a. Grado I: Sobresalen únicamente a la luz del canal anal.
 - b. Grado II: Sobresalen durante la defecación por fuera del canal anal, pero reducen espontáneamente.
 - c. Grado III: Sobresalen durante la defecación por fuera del canal anal, pero requieren de maniobras manuales para su reducción.
 - d. Grado IV: Permanecen prolapsadas por fuera del canal anal y son irreductibles.
- **Hemorroides mixtas:** Son las hemorroides que reúnen clínica y anatómicamente elementos de los dos grupos: externos e internos. Los plicomas (mariscos hemorroidales, colgajos, apéndices cutáneos,) no guardan relación con vasos hemorroidales, aunque se encuentren en la región perianal.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La enfermedad hemorroidal constituye la patología proctológica más frecuente y una de las principales razones de consulta médica. El 5 % de la población mundial presenta síntomas relacionados con ellas y la prevalencia alcanza el 50 % a partir de los 50 años de edad. La incidencia exacta de esta condición común es difícil de estimar ya que muchas personas son reacias a acudir al médico por diversas razones personales, culturales y socio-económicas, pero los estudios epidemiológicos reportan que en Estados Unidos más de 10 millones de personas padecen de problemas hemorroidales, con una prevalencia aproximada al 4,4 % en los adultos y más del 30 % en la práctica general en Londres, de ellos asiste a consulta más de 1/3 de los afectados, con más de 1.5 millones de prescripciones médicas y una tasa de intervenciones de más o menos 12.9 por millón de habitantes.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

En los tratados de proctología de Bacon y Golingher se describen una inmensa lista de predisponentes para la enfermedad hemorroidal, tales como, el embarazo, la hipertensión portal. Todo elemento que provoque la alteración del tejido conectivo y la pérdida de la fijación de los cojinetes es agente causal de enfermedad hemorroidal. Actualmente se reconocen como factores que deterioran el tejido conectivo: la edad, la herencia, el estreñimiento, el embarazo, etc.

- Los antecedentes familiares de problemas hemorroidales familiares son frecuentes en pacientes con esta patología.
- La edad es una de las principales causas de pérdida del tejido conectivo que fija los cojinetes.
- El estreñimiento severo se asocia al traumatismo producido por el paso de las heces sobre los plexos.
- En embarazo es uno de los factores más frecuentemente asociado a enfermedad hemorroidal en mujeres jóvenes; la congestión pelviana provocada por el útero grávido al comprimir las venas ilíacas, induce la aparición de hemorroides externas y congestivas. En el puerperio la mayoría de éstas desaparecen.



- También se asocian a la producción de enfermedad hemorroidal, las diarreas a repetición, el estar de pie o sentado por mucho tiempo.
- La hipertensión portal no es causa importante de crecimiento de los plexos hemorroidales. Muchos autores han afirmado que en enfermos con cirrosis hepática avanzada e hipertensión portal con ascitis sólo el 28% presentan enfermedad hemorroidal.
- Pérdida del tono de la musculatura esfinteriana. En aquellos enfermos que han sido intervenidos por fisuras anales con la sección de una parte importante de los esfínteres en una cara del canal anal, se produce con frecuencia una tumefacción hemorroidal del lado contralateral por perderse su soporte natural.
- Determinadas actitudes tales como la bipedestación mantenida durante largos periodos de tiempo (cirujanos), esfuerzos físicos intensos, trabajos sedentarios (oficinistas, taxistas, etc.)

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y síntomas.



La sintomatología de la enfermedad hemorroidal, es muy parecida a la de múltiples patologías benignas o malignas de esta área, esto hace peligroso que la mayoría de los pacientes puedan pensar que todo cuadro clínico que se presenta a este nivel siempre son hemorroides y muchos llegan tardíamente a las consultas con otro tipo de patología. Los síntomas más frecuentes de la enfermedad hemorroidal son:

- Sangramiento: Rojo rutilante, indoloro, que se produce al finalizar el acto de defecación.
- Prolapso o aumento de volumen: Produce una sensación de cuerpo extraño dentro del canal anal, con sensación de tenesmo y en múltiples oportunidades se asocia a masa que protruye por el ano al terminar la defecación.
- Secreción: Se ve frecuentemente asociada a enfermedad hemorroidal de III y IV grado, producto de la secreción producida por la mucosa del prolapso que acompaña esta patología.
- Prurito: Secundario a la persistencia de la secreción producida por el prolapso mucoso.
- Dolor: No es un síntoma asociado frecuentemente a enfermedad hemorroidal. Cuando se presenta casi siempre está asociado a complicaciones tales como trombosis hemorroidal o a otras patologías tales como: fisura anal, abscesos perianales, papilitis o carcinomas anales o rectales.

6.1.2. Gráficos.

Relación entre el grado de prolapso y la sintomatología:

GRADO	PROLAPSO	SINTOMATOLOGÍA
GRADO I	No existe	Rectorragia
GRADO II	Prolapso al defecar	Prolapso, rectorragia, disconfort moderado
GRADO III	Prolapso espontáneo y al defecar	Prolapso, rectorragia, disconfort, ensuciamiento, secreción y prurito
GRADO IV	Prolapso persistente, e irreductible	Prolapso, rectorragia, dolor, trombosis, secreción y ensuciamiento

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HEMORROIDES	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N.º 001 Página 9 de 107



6.2. DIAGNÓSTICO:

6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

No aplica

6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No aplica

6.2.3 DIAGNOSTICO ENFERMERO

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase 1: Función urinaria

- Retención urinaria r/c espasmos del esfínter uretral a causa del dolor

Clase 2: Función gastrointestinal.

- Incontinencia fecal r/c alteraciones del esfínter rectal secundario a intervención quirúrgica
- Estreñimiento R/C hemorroides e intervención quirúrgica E/P dolor al realizar deposición

Dominio 4: Actividad/Reposo.

Clase 2: Actividad/ejercicio

- Deterioro de la movilidad física r/c dolor, reticencia a iniciar el movimiento m/ enlentecimiento del movimiento

Clase 5: Autocuidado

- Déficit de autocuidados: baño r/c intervención quirúrgica E/P dolor y miedo a la dehiscencia.

Dominio 11: Seguridad/Protección.

Clase 2: Lesión física.

- Deterioro de la integridad cutánea r/c intervención quirúrgica e/p herida operatoria
- Riesgo de sangrado r/c intervención quirúrgica

Clase 1: Infección.

- Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas y procedimientos invasivos

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

- Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos por procedimiento invasivo quirúrgico m/p conducta expresiva, expresión facial de dolor, postura de evitación del mismo

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. Imágenes:



ANOSCOPIA: Es la exploración fundamental para establecer el diagnóstico de las hemorroides, así como su grado de prolapso. La anoscopia es una endoscopia del canal anal que no requiere ninguna preparación especial. Su realización está indicada si el paciente no tiene patología dolorosa externa (trombosis hemorroidal) o una hipertonia marcada, además de dolor al tacto rectal. Si éste es el caso es mejor solucionar la fase aguda y dejar este examen para una segunda cita en la que el paciente lo tolerará sin mayor problema.

Las hemorroides se diagnostican bajo visión directa mediante la anoscopia que nos permite visualizar los paquetes hemorroidales. El anoscopio se introduce con la adecuada lubricación y siguiendo una trayectoria inicialmente hacia el sacro y luego con dirección hacia el ombligo de manera que no se provoque una iatrogenia. Al momento de retirarlo se mira con más detenimiento las características de la mucosa rectal, prestando atención a la existencia de sangrado o placas blanquecinas de metaplasia secundarias al traumatismo repetitivo del prolapso. Los paquetes hemorroidales internos se prolapsan dentro de la luz del endoscopio, inclusive si son muy grandes protruyen a través del orificio anal cuando se retira completamente el instrumento. Mediante la anoscopia es posible encontrar alguna papila anal hipertrófica y otras patologías asociadas como fisura anal, pólipos pediculados o masas tumorales que son fácilmente diferenciables.

PROCTOSCOPIA: Es un paso indispensable de la exploración. Las hemorroides se proyectan en el extremo del proctoscopio pidiéndole al paciente que contraiga los músculos abdominales al mismo tiempo que se retira el proctoscopio de forma lenta. Se retira el proctoscopio hasta que llega al borde del orificio anal. De esta forma si no se ve mucosa roja en el orificio anal decimos que las hemorroides son de primer grado. Si la mucosa se proyecta a través del orificio anal las hemorroides pueden ser de segundo o tercer grado. Pedimos entonces al paciente que deje de realizar esfuerzos, en el caso de ser de segundo grado éstas retornan de forma inmediata al recto y cuando son de tercer grado persiste el prolapso mucoso que debe ser reintroducido con los dedos.



6.3.2. Exámenes especializados Complementarios:

Se complementará el diagnóstico con una rectosigmoidoscopia, no para reforzar el diagnóstico de hemorroides sino para descartar patologías concomitantes y que pudieran manifestarse clínicamente con un sangrado atribuido erróneamente a la enfermedad hemorroidal. Como rutina realizamos RSC en todo paciente con antecedentes familiares de patología de colon o recto, en pacientes pre quirúrgicos, mayores de 40 años, y en quienes refieran alteraciones del hábito defecatorio, disminución de calibre de heces o heces acintadas, baja de peso o proctorragia de largo tiempo de evolución.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:

6.4.1. Medidas generales y preventivas:

- ✓ Dieta líquida por la tarde y normal sin irritantes, con abundante residuo por la noche.
- ✓ Solución salina a 100 mL por hora hasta tolerar la vía oral; a partir de ese momento sólo para mantener vena permeable.
- ✓ Analgésicos por vía endovenosa (según indicación médica).
- ✓ En pacientes con estreñimiento crónico se suministró lactulosa en suspensión, 10 ml por vía oral a las 20:00 horas. En pacientes con buen hábito defecatorio no se requirió laxante.
- ✓ Deambulación asistida por la tarde.
- ✓ Vigilancia de diuresis espontánea.
- ✓ Vigilancia de hemorragia de las heridas.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HEMORROIDES	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N. ° 001 Página 11 de 107

- ✓ Retiro de las gasas o apósitos del área quirúrgica (debe permanecer al menos cuatro o cinco horas después de la cirugía), sustituyéndolas por una gasa y cambio por razón necesaria.

6.4.2. Terapéutica: Como intervenciones interdisciplinarias
No aplica

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Trombosis hemorroidal externa: Se presenta como un nódulo de 5 a 20 mm de aparición súbita, situado en la margen anal, bien circunscrito, de tinte azulado e intensamente doloroso. Su evolución espontánea es hacia la remisión del dolor a partir de las 72 horas seguido de una lenta reabsorción del coágulo que suele demorar más de 20 días. Ocasionalmente la piel se horada y se produce el drenaje espontáneo de coágulo. Cuando se resuelve puede quedar un pliegue cicatrizal en el margen anal (plicoma).

Prolapso hemorroidal fluxivo: Se presenta como una masa globulosa y congestiva que protruye a través del ano, color eritrocianótico que suele aparecer luego de un estreñimiento agudo o diarrea; el intento de reducción despierta intenso dolor. Puede ocupar parte o toda la circunferencia anal. Su evolución espontánea es hacia la remisión del dolor a partir del 5 día, seguido de una lenta remisión de la inflamación y reducción del prolapso que suele demorar 1 a 2 meses. Ocasionalmente se produce el infarto y esfacelo de la mucosa procidente lo que suele retrasar la remisión del cuadro

6.4.4. Signos de alarma:

- ✓ Dolor, es la más frecuente, se incluyen aquellos casos en los cuales siguen siendo necesaria la analgesia una semana después de haber sido operado. Es de difícil valoración, ya que el dolor es muy subjetivo. Se debe cuidar la herida quirúrgica y tomar los analgésicos que se precise, según pauta médica.
- ✓ Proctorragia, es una hemorragia que puede producirse de forma inmediata o tardía, inmediata por una hemostasia fallida y tardía por una ligadura defectuosa.
- ✓ Retención urinaria, se puede dar en un 50% de los casos, pero suele solucionarse a las horas de finalizar la intervención, pueden estar provocadas por distensión vesical debido al aumento de líquidos intravenosos durante la operación. También puede aparecer de forma más tardía provocada por espasmos del esfínter uretral a causa del dolor o por una deambulación tardía en el postoperatorio.
- ✓ Infección de carácter leve. Siendo considera la zona anal una zona contaminada, si la infección evoluciona a más se manifiesta con edemas, pus e incluso puede llegar a producirse un absceso.
- ✓ Impactación fecal, se genera un fecaloma en la zona de la ampolla rectal, el paciente suele tener un intenso deseo de defecar y no puede hacer la deposición, puede llegar a producir



inflamación abdominal y náuseas. Suele manifestarse a los 7 u 8 días de la intervención. Se da con frecuencia en pacientes que tienen un patrón de deposición de estreñimiento.

- ✓ Incontinencia fecal, puede llegar a ser parcial/menor o total/mayor, es una de las peores complicaciones pues el paciente no es capaz de contener las heces sólidas, heces líquidas o gases, dependiendo del grado. Pudiéndose darse el caso de que en los pacientes de edad avanzada la dilatación anal excesiva sea definitiva.
- ✓ Soiling, es el manchado de la ropa interior por la zona anal de forma muy leve.
- ✓ Fisura anal, desconociéndose la causa y requiriendo pomadas analgésicas y cicatrizantes, tardando incluso 2 meses en curar.
- ✓ Fístula anal, es un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto.
- ✓ Plicomas/Skin tag/colgajo anal/hemorroide centinela son unos pequeños pliegues de piel que se producen alrededor del ano. Son bastante comunes y suelen ser asintomáticos, su principal problema es estético. Sólo está indicada la cirugía cuando producen molestias.
- ✓ Estenosis anal, es de las más raras, se produce en menos del 1%, pero es una de las que precisa reintervención quirúrgica, ya que es una complicación muy incapacitante, se produce por la resección excesiva de tejido, pérdida de dilatación y diarrea prolongada. Al realizar el tacto rectal se suele palpar un anillo fibroso

6.4.5. Criterios de Alta:

No aplica

6.4.6. Pronóstico

No aplica

6.5. COMPLICACIONES PARA TENER EN CUENTA

Dolor intenso

Sangrado después de la disposición

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

No aplica

6.7. FLUJOGRAMAS



Flujograma 1

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

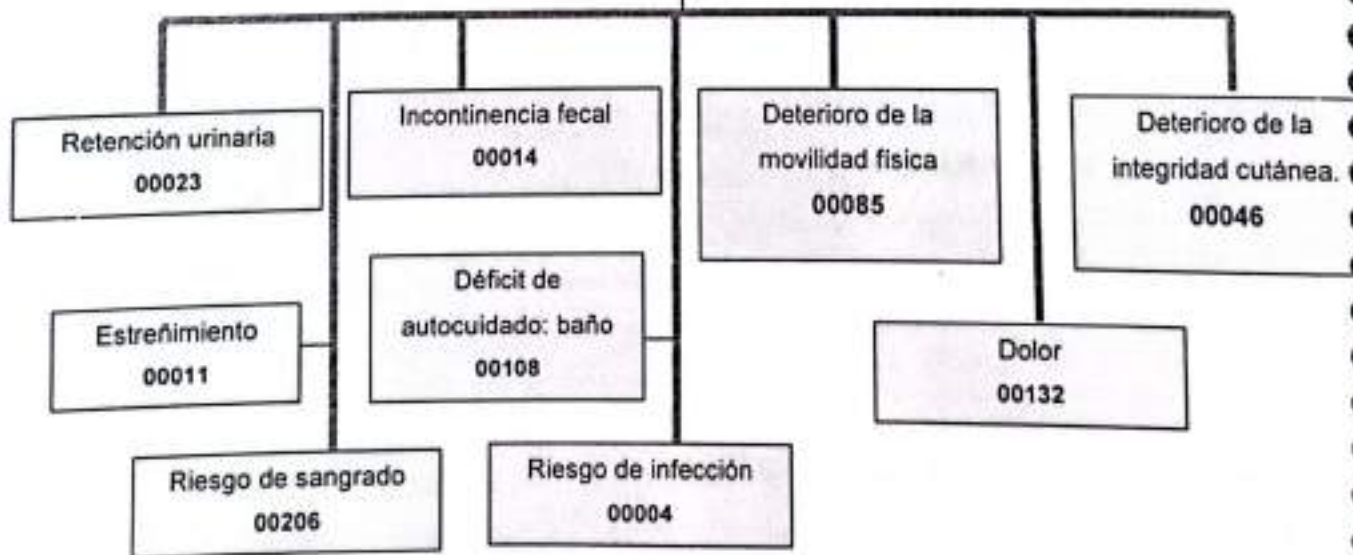
- a. **Dolor**, es la más frecuente, hay casos en los cuales siguen siendo necesaria la analgesia una semana después de ser operados. Se debe cuidar la herida quirúrgica y tomar los analgésicos que se precise
- b. **Incontinencia fecal**
- c. **Proctorragia**, es una hemorragia que puede producirse de forma inmediata o tardía, inmediata por una hemostasia fallida y tardía por una ligadura defectuosa
- d. **Dificultad para movilizarse**, por la herida quirúrgica y el dolor
- e. **Infección de carácter leve**. Siendo considera la zona anal una zona contaminada, si la infección evoluciona a más se manifiesta con edemas, pus e incluso puede llegar a producirse un absceso.
- f. **Retención urinaria**

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTES

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio: Hemograma completo

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA



V
A
L
O
R
A
C
I
Ó
N

A
N
Á
L
I
S
I
S



Flujograma 2

DIAGNOSTICO ENFERMERO

1. Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos por procedimiento invasivo quirúrgico

2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

2.1. (*) Control del dolor

2.2. (+) Nivel del dolor

ESCALA * 1. Nunca demostrado

2. Siempre demostrado

ESCALA + 1. Desviación grave

2. Sin desviación del rango normal

3. INTERVENCIONES (NIC)

- Manejo del Dolor (1400)
- Administración de analgésicos (2210)
- Relajación Muscular Progresiva (1460)
- Asistencia analgésica controlada por el paciente. (2400)

3.1 ACTIVIDADES

- Explique al paciente cualquier procedimiento y aclarar dudas
- Valorar las características del dolor: calidad, intensidad, inicio, duración, ritmo, periodicidad.
- Valorar la intensidad por escalas (visual analógica EVA, numéricas: del 0 al 10, verbales)
- Valoración de los signos vitales
- Administrar analgésicos según prescripción médica
- Asegurarse que el paciente no es alérgico a la medicación antes de administrarse.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor.
- Proporcionar un ambiente favorable para el descanso y disminuir el dolor
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, falta de conocimientos)
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua.
- Coordinar la reevaluación médica según necesidad del paciente
- Registrar las intervenciones de enfermería

Reformular objetivos

N

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

S

Continuar con los cuidados

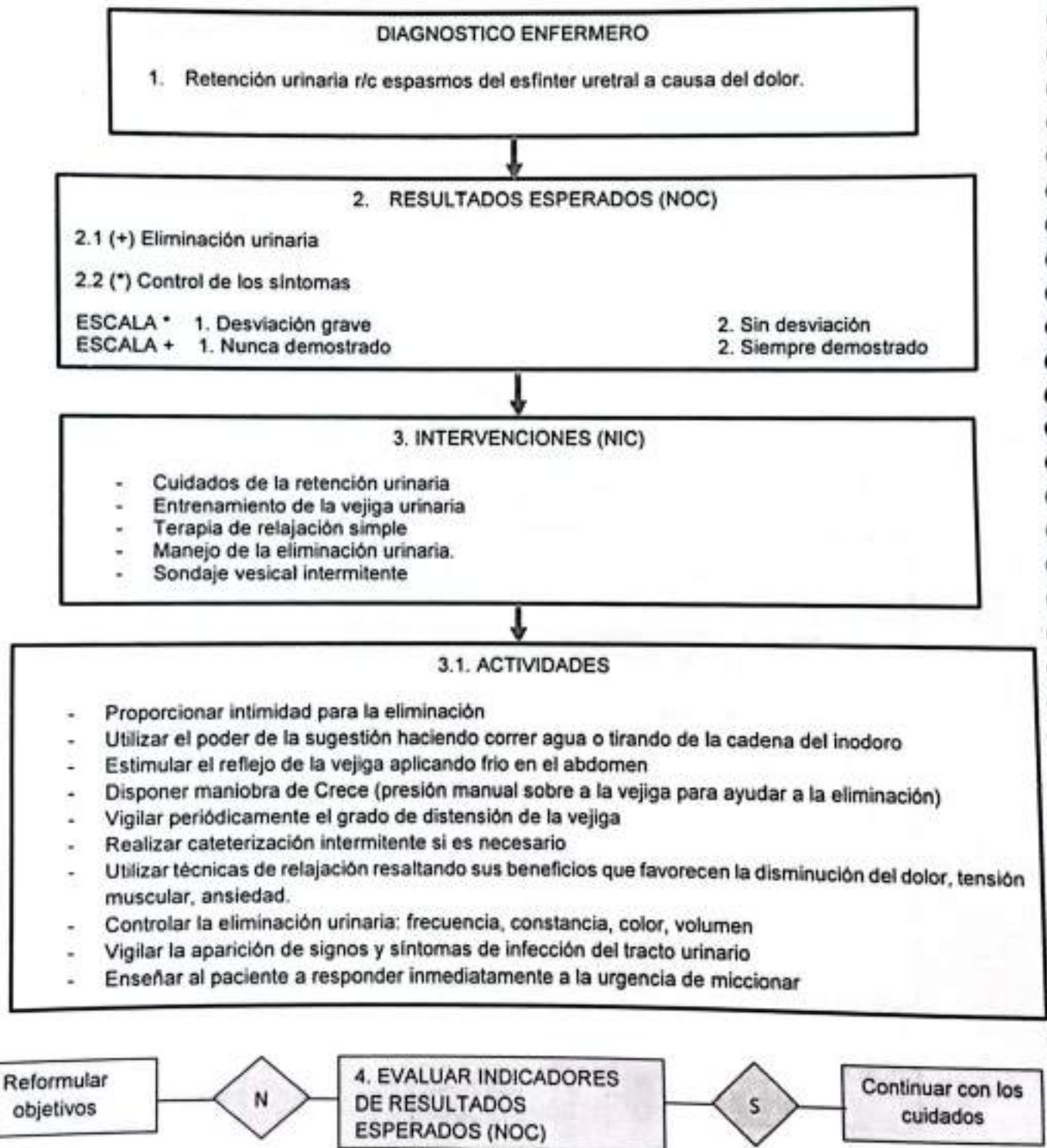
P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
O
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N

Flujograma 3

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N





PERÚ

Ministerio de Salud



Flujograma 4

DIAGNOSTICO ENFERMERO

1. Incontinencia fecal r/c alteraciones del esfínter rectal secundario a intervención quirúrgica



2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

- 2.1 (*) Continencia intestinal
- 2.2 (+) Eliminación intestinal

ESCALA *

ESCALA + 1. Desviación grave

2. Sin desviación



3. INTERVENCIONES (NIC)

- Cuidados de la incontinencia intestinal
- Entrenamiento intestinal.
- Manejo intestinal
- Cuidados perineales



3.1. ACTIVIDADES

- Determinar el inicio y tipo de la incontinencia intestinal, la frecuencia de los episodios y cualquier cambio relacionado de la función intestinal o de la consistencia de las deposiciones.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Comentar los procedimientos y resultados esperados con el paciente.
- Instruir al paciente que lleve un registro de las defecaciones si es preciso.
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, según corresponda.
- Controlar las necesidades dietéticas y de líquidos.
- Monitoriza los efectos secundarios de la administración de medicamentos.
- Utilizar una sonda rectal o un dispositivo de recogida fecal.

Reformular los objetivos.

N

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

S

Continuar con los cuidados.

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

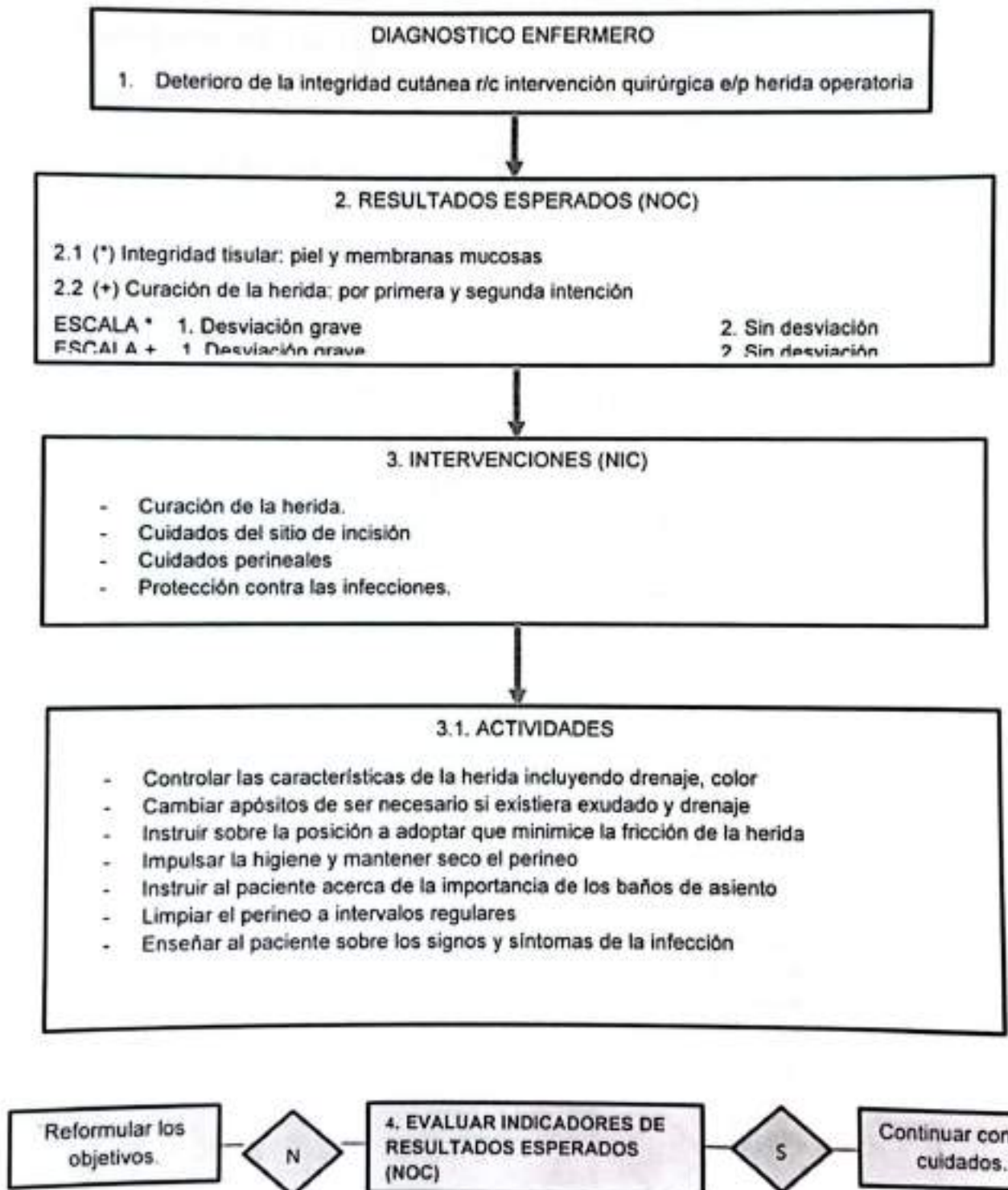
E
J
E
C
U
C
I
Ó
N



Flujograma 5

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N





Flujograma 6

DIAGNOSTICO ENFERMERO

1. Deterioro de la movilidad física r/c agentes farmacológicos post anestesia regional, dolor.

2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

- 2.1. (*) Movilidad
- 2.2. (+) Ambular

ESCALA: (*) 1. Gravemente comprometido
ESCALA: (*) 1. Gravemente comprometido

2. no comprometido
2. no comprometido

3. INTERVENCIONES (NIC)

- Cuidados post anestesia

3.1. ACTIVIDADES

- Vigilar y registrar los signos vitales y realizar la valoración del dolor cada 15 min o según corresponda.
- Vigilar la diuresis.
- Proporcionar medidas farmacológicas o no farmacológicas de alivio del dolor si es necesario.
- Comprobar el nivel de anestesia intratecal.
- Controlar el retorno de la función sensorial y motora.
- Proporcionar estimulación verbal o táctil, según corresponda.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia según corresponda.

Reformular objetivos

N

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

S

Continuar con los cuidados

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N



Flujograma 7

DIAGNOSTICO ENFERMERO

1. Estreñimiento R/C hemorroides e intervención quirúrgica E/P dolor al realizar deposición

2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

- 2.1. (*) Eliminación intestinal
- 2.2. (+) Control de los síntomas

ESCALA: 1. Gravemente comprometido
ESCALA: :1. Nunca demostrado

2. No comprometido
2. Siempre demostrado

3. INTERVENCIONES (NIC)

- Manejo del estreñimiento
- Administración de medicación

3.1. ACTIVIDADES

- Identificar los factores que puedan ser causa del estreñimiento
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos
- Enseñar al paciente que lleve un registro de las deposiciones: color, volumen y frecuencia y consistencia
- Instruir al paciente acerca de la dieta rica en fibra
- Instruir sobre la realización de ejercicios adecuados
- Instruir sobre la relación entre dieta, ejercicios y la ingesta de líquidos para el estreñimiento
- Ayudar al paciente a tomar la medicación en los horarios indicados
- Instruir al paciente sobre las acciones y efectos de la medicación
- Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente

Reformular objetivos

N

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

S

Continuar con los cuidados

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N



Flujograma 8

DIAGNOSTICO ENFERMERO

1. Déficit de autocuidados: baño r/c intervención quirúrgica E/P dolor y miedo a la dehiscencia

2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

2.1. (*) Autocuidados: higiene
2.2. (+) Nivel del dolor

ESCALA: 1. Nunca demostrado
ESCALA: :1. Gravemente comprometido

2. Siempre demostrado
2. No comprometido

3. INTERVENCIONES (NIC)

- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
- Cuidados perineales

3.1. ACTIVIDADES

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
- Proporcionar un ambiente privado
- Ayudar con la higiene
- Aconsejar y facilitar baños de asiento
- Instruir acerca de la razón y utilización de los baños de asiento
- Limpiar el perineo regularmente
- Mantener seco la zona perineal
- Proporcionar fármacos para el dolor

Reformular objetivos

N

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

S

Continuar con los cuidados

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N



Flujograma 9

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

DIAGNOSTICO ENFERMERO

1. Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas y procedimientos invasivos

2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

- 2.1. (*) Control del riesgo
- 2.2. (+) Detección del riesgo

ESCALA: 1. Nunca demostrado
ESCALA: ;1. Nunca demostrado

2. Siempre demostrado
2. Siempre demostrado

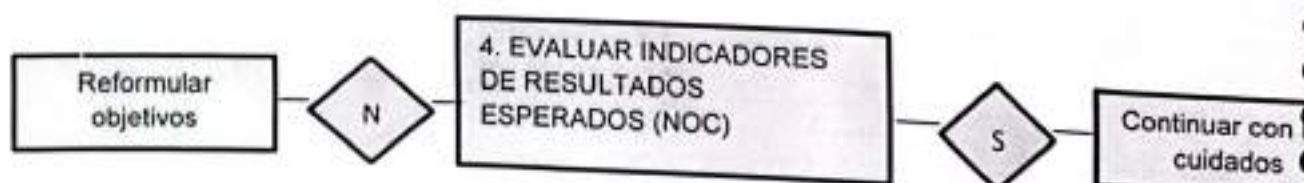
3. INTERVENCIONES (NIC)

- Control de las infecciones
- Protección contra las infecciones
- Cuidados perineales

3.1. ACTIVIDADES

- Poner en práctica precauciones universales.
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
- Rasurar y limpiar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía.
- Asegurar la técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.
- Ordenar al paciente que tome antibiótico según corresponda.
- Instruir al paciente y a la familia sobre los signos y síntomas de infección y cuando deben notificar al cuidador.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Fomentar una conservación y una preparación seguras de los alimentos.
- Mantener la zona operatoria limpia y seca.

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N





Flujograma 10

DIAGNOSTICO ENFERMERO

1. Riesgo de sangrado r/c por procedimiento invasivo quirúrgico

2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

2.1. (*) Integridad tisular.

2.2. (+) curación de la herida.

ESCALA * 2. Desviación Sustancial del rango normal 5. Sin desviación del rango normal.
 ESCALA + 2. Desviación Sustancial del rango normal 5. Sin desviación del rango normal.

3. INTERVENCIONES (NIC)

- Cuidados perineales de la incontinencia fecal.
- Cuidados de la incisión.

3.1. ACTIVIDADES

- Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
- Proteger la piel del exceso de humedad de la orina, heces o sudor mediante una crema antihumedad.
- Utilizar polvos y cremas en la zona perianal con precaución.
- Vigilar la piel perianal.
- Inspeccionar el sitio de incisión.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión.
- Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de incisión.

Reformular objetivos

N

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

S

Continuar con los cuidados

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES PRE Y
POST OPERADOS DE HEMORROIDES

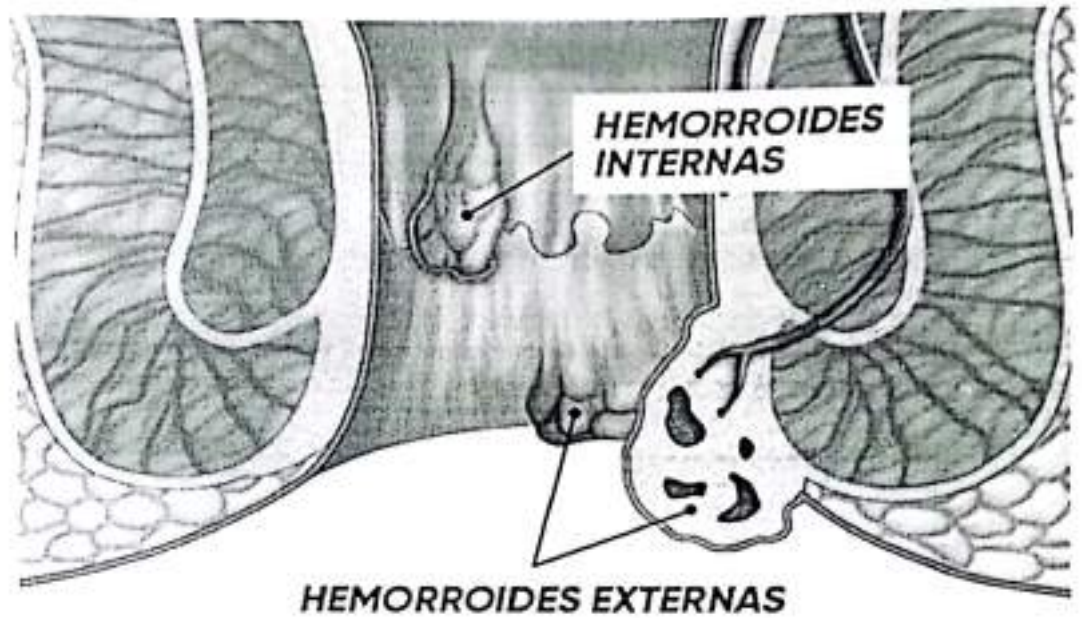
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA EN
HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA



Edición N.º 001

Página 23 de 107



VII. ANEXOS





VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bermejo San José F., Álvarez Sánchez J. A. Hemorroides. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2006 Mar [citado 2021 Jul 01]; 98(3): 218-218. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000300009&lng=es.
2. Hernández-Bernal Francisco, Valenzuela-Silva Carmen M, Catasús-Álvarez Kareem M, Lazo-Diago Odalys C, Hernández-Rodríguez Reinier, Bermúdez-Badell Cimara H et al. Caracterización epidemiológica de la enfermedad hemorroidal aguda en hospitales seleccionados en Cuba (noviembre de 2011 a enero 2012). Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2014 Abr [citado 2021 Jul 01]; 52(1): 29-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000100004&lng=es
3. Narváez López E. Fisiopatología, diagnóstico y manejo de las principales enfermedades anorrectales Rev. AFVT venezolana. [Internet]. 2018. Vol 37. Num 3. [citado 2021 Jul 01]. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_3_2018/11_fisiopatologia_diagno%C3%B3stico_manejo.pdf
4. De Miguel M., Oteiza F., Ciga M. Tratamiento quirúrgico de las hemorroides. Rev. Cirugía Española (internet). 2005. Vol 78. Pag. 15-23. [citado 2021 Jul 01]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-36-articulo-tratamiento-quirurgico-las-hemorroides-13083394>
5. Brito Viglione N, Canessa Sorin, C. HEMORROIDES. Rev. Clin Quir Fac Med UdelaR. (internet). pag 1-4. [citado 2021 Jul 03]. Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Hemorroides_CQFM.pdf
6. Lobato Bancalero, L., Becerra Vicaria, J. Patología Hemorroidal. (internet). España. Málaga. 2010. [citado 2021 Jul 03]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemorro.pdf>
7. Abarca Aguilar F., At el. Consenso de Hemorroides (internet). Rev. Mexicana de Colproctología. 2010. Vol 16. Pag. 5-10. [citado 2021 Jul 03]. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/proctologia/c-2010/c101-3a.pdf>
8. Herrera Azuar M., Marin Gimenez L. Complicaciones postoperatorias tras una hemorroidectomía. Rev. Ocronoas (internet). 2020. Vol 3. [citado 2021 Jul 02]. Disponible: <https://revistamedica.com/complicaciones-postoperatorias-hemorroidectomia/>
9. Hartman T. H. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS definiciones y clases. 1 edición. ELSEIVER. 2017.
10. Cortez G. Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de atención de enfermería en especialidades. 5ta edición. ISBN. 2014.
11. Moorhead S. Johnson. M. Clasificación de resultados de enfermería NOC. 5ta edición. ELSEIVER. 2013.
12. Bulechek G. Butcher H. Clasificación de intervenciones en enfermería NIC. 6ta edición. ELSEIVER. 2014. <http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=e9e00fc9f7b981d8a0ba313ea10d45a92356c866>

	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N° 001 Páginas 25 de 107

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

I. FINALIDAD:

Fortalecer las competencias y unificar los conocimientos y criterios en el proceso del cuidado de enfermería en pacientes operados de hiperplasia benigna prostática.

II. OBJETIVO.

- Brindar cuidados de enfermería oportunos y basados en la investigación científica a los pacientes operados de hiperplasia prostática
- Disminuir o minimizar las complicaciones que pueden afectar al paciente pos operado de hiperplasia benigna prostática
- Disminuir los daños reales y potenciales en el paciente pre y post quirúrgico

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía de atención se aplica en el área de hospitalización de Cirugía, donde brinda atención el profesional de enfermería especializado en cuidados quirúrgicos.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Guía de práctica clínica de enfermería para diagnóstico y tratamiento en pacientes operados de hiperplasia benigna prostática.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE "X" PATOLOGÍA

4.1 NOMBRE Y CODIGO:

Hiperplasia benigna de próstata CIE 10: N40.X

Procedimiento:

Adenomectomía Prostática Transvesical CIE 10: 60310

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1 DEFINICION

La hiperplasia prostática es el tumor benigno más habitual en los varones y se define histológicamente como un aumento de la glándula prostática, que aparece con la edad y por estímulo de la testosterona, generalmente después de los 35 a 40 años de edad el tamaño de la glándula prostática aumenta y determina una obstrucción al flujo urinario que origina síntomas y signos en el tracto urinario inferior.

5.2 ETIOLOGIA



En la etiología de la HBP se ven implicados los siguientes factores:

- a) la edad avanzada
- b) el aumento de los estrógenos y de algunos metabolitos de la testosterona
- c) el aumento de la actividad de la 5- α -reductasa, que es la encargada del paso de testosterona a dihidrotestosterona (DHT), y d) otros factores de crecimiento.

A pesar del descenso de los niveles de testosterona en el anciano, el incremento de los receptores para la DHT inducida por los estrógenos, junto con el aumento de la síntesis de DHT, es suficiente para aumentar el tamaño de la próstata

5.3 FISIOPATOLOGIA

En la HBP el aumento de tamaño suele ser a expensas de la zona de transición de la próstata. Los síntomas están causados por dos mecanismos: a) obstrucción «mecánica», y b) obstrucción «dinámica». En el estadio inicial hay una obstrucción a nivel del cuello vesical y de la uretra prostática que dificulta la salida de la orina, por lo que se produce una hipertrofia del músculo

	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N° 001 Página 26 de 106

detrusor de la vejiga como mecanismo compensador, siendo la consecuencia una disminución de la capacidad de reservorio. En este estadio dominan los síntomas obstructivos. En una segunda fase el detrusor no es capaz de vencer la obstrucción, diendo aparecer retención de orina, aparece hipersensibilidad vesical y se manifiestan los síntomas irritativos. En la fase más avanzada, la retención de orina es crónica y se pierde la capacidad contráctil, apareciendo la retención aguda de orina (RAO) y la incontinencia urinaria secundaria a la micción por rebosamiento, con riesgo de infecciones e incluso de insuficiencia renal.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICO.

A los 60 años un 50% de los varones presenta hallazgos microscópicos de hipertrofia benigna prostática y se dice que el 90% lo sufre a los 85 años. A los 80 años no menor del 60% de los hombres presentan síntomas.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 MEDIO AMBIENTE

La HBP tiene una prevalencia de 8% en varones de la tercera década, aumentando al 50% en aquellos de 50 años y aún más del 80% en varones de 80 años llegando a un 100% en la novena, por lo que se constituye como una de las principales causas de los síntomas obstructivos del tracto urinario bajo.

5.5.2 ESTILOS DE VIDA

En estudios epidemiológicos analíticos de HPB, para identificar factores causales, pudo apreciarse que la existencia de una funcionalidad testicular normal durante la pubertad constituía un elemento permisivo imprescindible para un posterior desarrollo de la enfermedad en el adulto. Parece ser que la obesidad podría ser un factor de riesgo para desarrollar HPB, la severidad de los síntomas de obstrucción y la necesidad de cirugía.

5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS

Existen evidencias significativas que sugieren que la HPB presenta un patrón genético hereditario tipo autosómico dominante, de modo que esto es más probable (50%) para pacientes que precisan tratamiento quirúrgico antes de los 60 años, mientras que el riesgo de presentar este patrón hereditario baja hasta el 9% para el grupo de pacientes que precisaron cirugía más allá de los 70 años. Esta hereditaria se caracteriza por desarrollar volúmenes prostáticos elevados, mientras que la HPB esporádica el volumen medio es sensiblemente inferior.

La historia familiar también juega un rol importante, ya que la HPB es más frecuente en hombres cuyos padres fueron operados de cirugía prostática antes de los 50 años

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS

Son de carácter obstructivo e irritativo. Los síntomas obstructivos son más frecuentes, pero los irritativos interfieren más en las actividades de la vida diaria y en la calidad de vida. Se acompañan de otras manifestaciones como:

- Hematuria, polaquiuria, disuria, nicturia
- Infección urinaria
- Insuficiencia renal

Incontinencia urinaria, litiasis vesical. La hematuria es consecuencia de la rotura de los capilares sanguíneos; y la consiguiente formación de coágulos. La litiasis vesical produce dolor con los movimientos y, por tanto, la aparición de polaquiuria, micción imperiosa y hematuria que se alivian con el reposo. La polaquiuria, inicialmente nocturna, es el síntoma de presentación más frecuente, seguido por la disuria. Estos síntomas son muy variables,

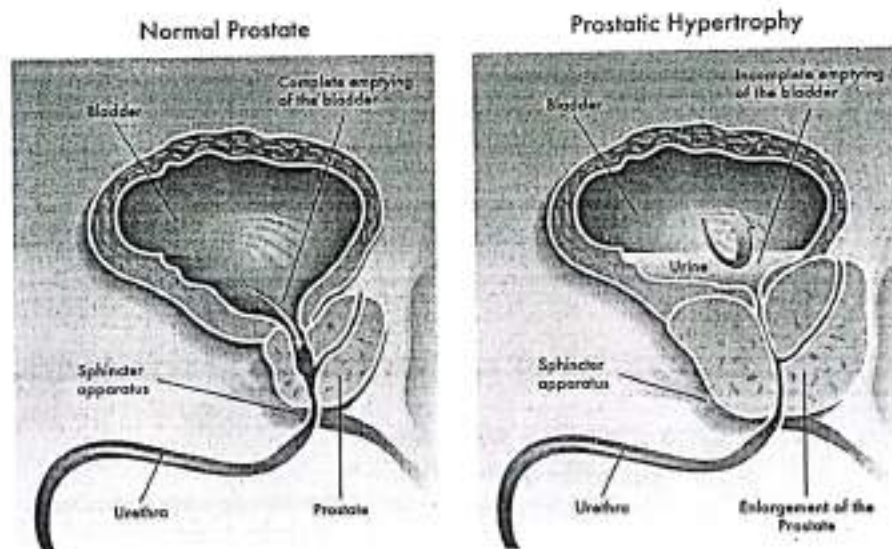
tanto en el tiempo de presentación como en su intensidad, por lo que a la hora del tratamiento hay que individualizar cada caso. El 50-80% de los pacientes con HBP tienen síntomas e influyen considerablemente en su calidad de vida.

6.1.2 INTERACCION CRONOLOGICA

El peso normal de la próstata es de 20 gramos (+/- 6 gr) entre la edad de 21 a 30 años, manteniéndose esto durante toda la vida

6.1.3 GRAFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFIAS

SINTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR	
<i>Síntomas obstructivos</i>	<i>Síntomas irritativos</i>
Menor fuerza e interrupción del chorro	Urgencia
Dificultad para iniciar una micción	Disuria
Goteo posmiccional	Nicturia
Sensación de vaciado incompleto	Polaquiuria
Dolor hipogástrico	
Ocasional incontinencia urinaria	



6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

No aplica

6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No aplica

6.2.3 DIAGNOSTICO ENFERMERO

- dolor agudo 00132
- retención urinaria 00023
- ansiedad 00146
- riesgo de infección 00004
- riesgo de infección 00004
- desequilibrio hidroelectrolítico 0601
- riesgo de sangrado 00206

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 DE PATOLOGIA CLINICA

Examen de orina completa:

Para detección de infección urinaria, hematuria, proteinuria y presencia de cilindros.

Antígeno prostático específico (PSA):

Permite sospechar un cáncer prostático, sin embargo, la elevación del PSA no es sinónimo de un cáncer. Enfermedades inflamatorias, infecciosas y traumáticas de la próstata, pueden elevarlo.

Creatinina:

Permite evaluar la función renal. Si la creatinina plasmática está elevada, se recomienda realizar una ecografía renal.

PRE QUIRURGICOS.-Hemograma completo,glucosa ,creatinina,grupo sanguineo y RH,tiempo de coagulacion y sangria,tempo de protombina.analisis de orina

6.3.2 DE IMÁGENES

- Ecografía vesical prostatica

Pre quirurgicos :RX torax ,electrocardiograma, para mayores de 50 años es recomendable riesgo neumologico,evaluacion anestesia.

6.3.3 De exámenes especializados complementarios

- El tacto rectal es útil para evaluar el tamaño y consistencia de la próstata y excluir otras patologías relacionadas.
- Citoscopia

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA



6.4.1 Medidas generales y preventivas

Se recomienda para cuidar la salud prostática:

- Mantener un peso corporal adecuado, hacer ejercicio de manera frecuente y llevar una vida sexual activa, mantener una alimentación saludable: incrementar el consumo de frutas y verduras ricas en fibra, para evitar el estreñimiento. Aumente el consumo de antioxidantes como el tomate y alimentos ricos en vitamina c.
- Realizar prueba de PSA anual
- Revisión anual por Urología a partir de los 50 años de edad

Despues de cirugía:

- Beber abundante líquidos mínimo aprox.2500 ml x día
- Comer alimentos ricos en fibra
- Evitar actividades extenuantes, como mínimo 1 mes o hasta que el médico lo permita.
- Es preferible evitar relaciones sexuales durante un mes. La intervención usualmente no modifica el deseo ni la calidad de la erección

	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N° 001 Páginas 29 de 107

6.4.2 Terapeutica

- ✓ No aplica

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- ✓ No aplica

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

La técnica quirúrgica abierta se recomienda en los pacientes con próstata mayor de 80 mL. Sin embargo, en comparación con otras técnicas, la convalecencia es más larga y hay mayor riesgo de sangrado.

6.4.4 Signos de alarma

- ✓ Dolor que no desaparece con analgésicos.
- ✓ Fiebre
- ✓ Eritema en sitio de incisión
- ✓ Signos de infección
- ✓ Sangrado excesivo
- ✓ Distensión vesical
- ✓ Disminución de diuresis
- ✓ Disnea

6.4.5 Criterios de alta

- ✓ No aplica

6.4.6 Pronostico

- ✓ No aplica

6.5 COMPLICACIONES

- Estenosis de uretra
- Reparación de los problemas prostático
- Incontinencia post cirugía

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTAREFERENCIA

- ✓ No aplica



6.7 FLUXOGRAMAS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Hematuria: presencia de sangre en la orina, y específicamente de 3 o más hematíes en un sedimento urinario.

Infección urinaria: es considerada como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

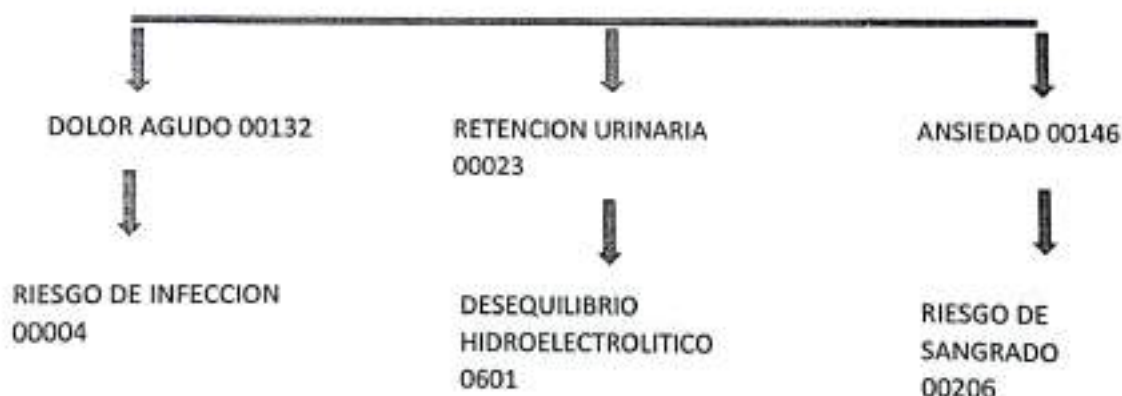
Incontinencia urinaria : perdida involuntaria de la orina

Polaquiuria: es el aumento de la frecuencia miccional normal.

Disuria: es el dolor o la molestia al orinar, generalmente en forma de una sensación de ardor intenso.

Nicturia: Incremento de la producción y emisión de orina durante la noche.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA





PERÚ
Ministerio de Salud

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA

Edición N° 001

Páginas 31 de 107

DIAGNOSTICO ENFERMERO

1. DOLOR AGUDO R/C HERIDA OPERATORIA, LA COLOCACIÓN DE SONDA URETRAL PARA IRRIGACIÓN CONTINUA TRAS LA INTERVENCIÓN E/P EXPRESIÓN FACIAL DE DOLOR.

2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

- 1605 control del dolor
- 2102 nivel del dolor.

3. INTERVENCIONES (NIC)


- 1410 manejo del dolor agudo.
- 2210 administración de analgésicos
- 6484 manejo ambiental: Confort.

3.1 ACTIVIDADES

- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición valida y fiable (EVA)
- Control de signos vitales
- Valorar signos del dolor, taquicardia, diaforesis, agitación, polipnea, dolor abdominal en epigastrio y deseos de miccionar.
- Mantener la cabecera a 45°
- Vigilar la permeabilidad de sonda Foley y evaluar características de diuresis
- Valorar la retención urinaria (globo vesical)
- Realizar ordenamiento si hubiera obstrucción
- Comunicar al médico para realizar lavado si en caso se haya obstruido por un coagulo
- Educar al paciente sobre el proceso de la enfermedad y cuidados
- Administrar analgésicos durante las primeras 24 horas a 48 horas después de la cirugía
- Notificar al médico si las medidas del control del dolor no tienen éxito
- Monitorizar el balance hídrico estricto, diuresis a horario y registrar

DIAGNOSTICO ENFERMERO		
2. RETENCION URINARIA R/C OBSTRUCCION DE LA SONDA VESICAL POR RETENCION DE COAGULOS E/P DISTENSION VESICAL, DOLOR, GOTEÓ	2.RESULTADOS ESPERADOS (NOC) <ul style="list-style-type: none"> • 0503 – Eliminación urinaria. 	3. INTERVENCIONES (NIC) <ul style="list-style-type: none"> • 0580 – Sondaje vesical. • 0620 – Cuidados de la retención urinaria. • 1876 – Cuidados del catéter urinario.
3.1 ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente y familia sobre el procedimiento • Lavado de manos • Control de signos vitales • Valorar la retención urinaria • Verificar la permeabilidad de la sonda Foley y evaluar características la diuresis • Comunicar al médico si la sonda se ha obstruido • Evaluar el ritmo de entrada y salida de la solución del lavado del frasco de cloruro de sodio al 9% x1000ml y la mezcla de diuresis. • Antes del lavado vesical realizar ordenamiento si se presentara obstrucción comunicar al médico para lavado vesical • Controlar y mantener el flujo correcto mediante una infusión continua. • Registrar la cantidad de líquido utilizado, sus características, la entrada y salida para un balance hídrico estricto. • Asegurar la comodidad y confort del paciente • Educar al paciente la ingesta de líquidos 2litros en24 horas tan pronto se reanude la vía oral. • Vigilar que la sonda Foley no este acodado. Deambulación del paciente 		

<p>DIAGNOSTICO ENFERMERO</p>		
<p>3. ANSIEDAD R/C AMENAZA PARA SU SALUD, ESTANCIA HOSPITALARIA</p>		
<p>2.RESULTADOS ESPERADOS (NOC)</p>	<p>3. INTERVENCIONES (NIC)</p>	<p>3.1 ACTIVIDADES</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 1211. Nivel de ansiedad • 1402 autocontrol de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5820. Disminución de la ansiedad. • 5270 apoyo emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad • Lavado de manos • Explicar todos los procedimientos incluidos las posibilidades que se han de experimentar durante el procedimiento • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad • Facilitar la visita de familiares cercanos • Proporcionar información objetiva respecto a los cuidados propios de enfermería. • Escuchar con atención la paciente • Apoyo emocional por el miedo del procedimiento practicado y posibles complicaciones posteriores • Administrar tratamiento para el dolor si es la causa de ansiedad • Control de signos vitales • Colocar al paciente en posición cómoda • Enseñar al paciente como relajarse (evitar ruidos molestos, luz excesiva) • Registro de enfermería

	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	

DIAGNOSTICO ENFERMERO		
4. RIESGO DE SANGRADO R/C EFECTO SECUNDARIO RELACIONADO CON LA CIRUGIA 2.RESULTADOS ESPERADOS (NOC) <ul style="list-style-type: none"> • 0413 – Severidad de la pérdida de sangre. • 1902 – Control del riesgo 	3. INTERVENCIONES (NIC) <ul style="list-style-type: none"> • 2870 – Cuidados posanestésica. • 2920 – Precauciones quirúrgicas. • 4010 – Prevención de hemorragias. • 4160 – Control de hemorragias. • 6680 – Monitorización de signos vitales 	3.1 ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Control de funciones vitales • Vigilar signos y síntomas de hemorragia interna y externa (edema o distensión de la zona afectada, cambios en el tipo o cantidad de drenaje (sonda Foley) o sangre en los apósitos) • Mantener permeabilidad del acceso venoso • Valorar niveles de hemoglobina • Monitorear fluidoterapia indicada • Realizar balance hídrico estricto • Control de diuresis • Vigilar las entradas y salidas de la irrigación vesical permeabilidades de sonda Foley • Administrar vitamina K según prescripción médica

DIAGNOSTICO ENFERMERO		
5. RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO R/C ABSORCIÓN DE LOS LIQUIDOS DE IRRIGACION. TRATAMIENTO QUIRURGICO 2.RESULTADOS ESPERADOS (NOC) <ul style="list-style-type: none"> • 0601 – Equilibrio hídrico. 	3. INTERVENCIONES (NIC) <ul style="list-style-type: none"> • 4120 – Manejo de líquidos. • 4130 – Monitorización de líquidos. • 4200 – Terapia intravenosa. 	3.1 ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un acceso venoso permeable • Mantener un registro adecuado de ingresos y egresos corporales del paciente • Mantener una solución endovenosa que contenga electrolitos según prescripción médica • Educar a la familia • Disponer de una dieta adecuada para el desequilibrio de electrolitos (alimentos ricos en potasio, pobres de calcio y bajos en hidratos de carbono) • Monitorizar de cerca la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescritos. • Control de las funciones a horario • Hacer cumplir con exámenes auxiliares indicados por el médico. (controles de electrolitos Na,K,Ca) Registro de enfermería



PERÚ
Ministerio de Salud

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA



Edición N° 001

Páginas 35 de 107

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA

DIAGNOSTICO ENFERMERO

6. RIESGO DE INFECCION R/C PROCEDIMIENTOS INVASIVOS E/P CATETER VENOSO PERIFERICO, SONDA VESICAL, DRENAJE Y HERIDA OPERATORIA.

2.RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

- 1102 – Curación de la herida por primera intención.
- 1842 – Conocimiento: Control de la infección.
- 1908 – Detección del riesgo.

3. INTERVENCIONES (NIC)

- 1876 – Cuidados del catéter urinario.
- 2440 – Mantenimiento de los dispositivos de acceso venoso.
- 3440 – Cuidados del sitio de incisión.
- 3652 – Cuidados de las heridas: drenaje cerrado.

3.1 ACTIVIDADES

- Valorar signos de infección
- Lavado de manos
- Control de las funciones vitales
- Utilizar medidas de bioseguridad apropiadas
- Ordenar a las visitas que realicen el lavado de manos al ingresar y salir del entorno del paciente
- Hacer cumplir las curaciones diarias de la herida, así como el drenaje (observar características y registrar cantidad)
- Mantener el sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva
- Mantener un ambiente aséptico
- Cambiar los catéteres endovenosos cada 3 días mantenimiento a las vías periféricas para prevenir infecciones
- Vigilar la higiene penanal estricto mañana y noche incluido la sonda Foley
- Mantener el drenaje de orina a circuito cerrado colocando la bolsa colectora a una distancia adecuada del piso.
- Evitar que la bolsa colectora este completamente llena, debe estar hasta las ¾ partes de la bolsa
- Administrar tratamiento antibiótico según prescripción médica

VII. ANEXOS

Tabla 3 – Rango normal del antígeno prostático específico (PSA, prostate-specific antigen) en función de la edad	
Edad	PSA (ng/ml)
40-49	0-2,5
50-59	0-3,5
60-69	0-4,5
70-79	0-6,5

HBP: fisiopatología (multifactorial)

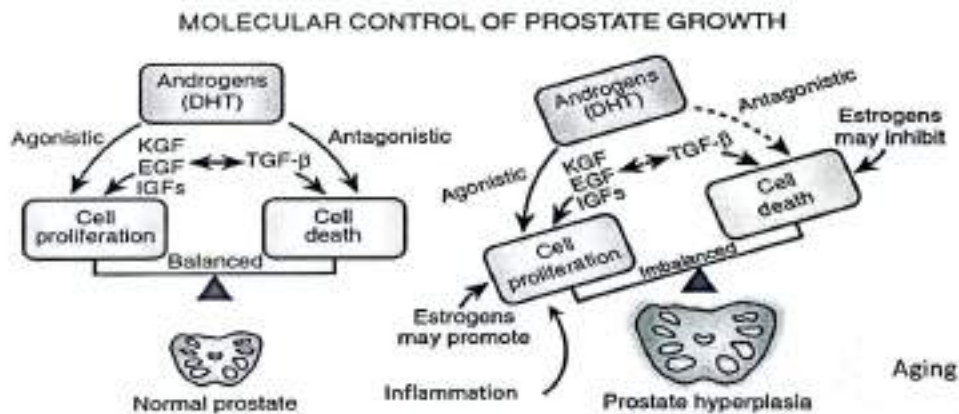


Figure 91-3. Prostate hyperplasia is probably due to an imbalance between cell proliferation and cell death. Androgens play a necessary but probably permissive role. Growth factors are more likely to be sites of primary defects.

Wein AJ, Kavoussi IJ, Novick AC, Partin AW, Peters CA. *Diagnosis Prostate Hyperplasia*. Urology. 10th edition. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders Elsevier; 2012. p. 2 570-2 610

IPSS (Puntuación Internacional de los síntomas prostáticos)



	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 2	Menos de la mitad de veces	Aproximadamente la mitad de veces	Más de la mitad de veces	Casi siempre
1.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
3.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
4.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5
6.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5

PUNTUACIÓN IPSS TOTAL:

Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Frustrado
8.- ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	1	2	3	4	5	6



Comparación entre las técnicas actuales de cirugía de la próstata y el láser.

	Resección transuretral	Prostatectomía abierta	Láser
Duración ingreso hospitalario	3-4 días	6-10 días	24-48 horas
Hemorragia intraoperatoria	Siempre	Siempre	Mínima o nula
Necesidad de transfusiones	2-8 %	5-25%	1%
Secuela de incontinencia total o parcial	3-5%	5-8%	1%
Secuela de impotencia	2-3%	10-20%	0%

	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTES PRE Y POST OPERADOS DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	Edición N° 001 Página 38 de 106

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS O BIBLIOGRAFIA

- Wasson JH, Reda DJ, Bruskewitz RC, et al. A comparison of transurethral surgery with watchful waiting for moderate symptoms of benign prostatic hyperplasia. The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Transurethral Resection of the Prostate. *New Engl J Med.* 1995; 332:75--9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7527493>
- Sánchez Gaitán R. Hiperplasia prostática benigna (HPB). *Rev. Médica Sinerg.* 2016 [acceso: 14/05/2020]; 1(7):3-9. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/36/40> [Links]
- Delgado-Quifones EG, Pulido-Guerrero C, Navarro-Sandoval C, Rivera-Valdivia WG, Sahagún-Cuevas MN. Prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años en una unidad de medicina familiar. *Rev. Medica MD.* 2015 [acceso: 10/09/2019]; 6(4):263-8. Disponible en: <https://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA431618355&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=20078188&p=AONE&sw=w> [Links]
- Egan KB. The Epidemiology of Benign Prostatic Hyperplasia Associated with Lower Urinary Tract Symptoms. *Urol Clin North Am.* 2016 [acceso: 10/09/2019]; 43(3):289-97. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0094014316300027> [Links]
- Gudmundsson J, Sigurdsson JK, Stefansdottir L, Agnarsson BA, Isaksson HJ, Stefansson OA, et al. Genome-wide associations for benign prostatic hyperplasia reveal a genetic correlation with serum levels of PSA. *Nat Commun.* 2018 [acceso: 14/05/2020]; 9(1):1-8. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41467-018-06920-9> [Links]
- Speakman MJ, Kirby RS, Joyce A, Abrams P, Pocock R. Lower Urinary Tract: Guideline for the primary care management of male lower urinary tract symptoms. *Br J Urol* 2004; 93: 985-90
- Merican Urological Association (AUA) Practice Guidelines Committee. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia. Available at: [http://www.auanet.org/guidelines/benign-prostatic-hyperplasia-\(2010-reviewed-and-validity-confirmed-2014\)](http://www.auanet.org/guidelines/benign-prostatic-hyperplasia-(2010-reviewed-and-validity-confirmed-2014)). Acécese September 8, 2017.
- Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2° ed. Elsevier. 2018-2020.
- Bulechek GM, Butcher
- HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 7ª ed. Madrid. Elsevier. 2018.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados enfermería (NOC) 6ª ed. Madrid. Elsevier. 2018.
- Diagnósticos de Enfermería: Definición y clasificación 2009 – 2010. Madrid: Elsevier España S. A

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N.º 001 Páginas 40 - 107

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DE PACIENTE OPERADOS DE APENDICITIS

I. FINALIDAD:

Prevenir la incidencia de Complicaciones con diagnóstico de Apendicitis que son atendidos en el Hospital Chancay.

II. OBJETIVO

- Favorecer la enseñanza sobre las técnicas y protocolos preoperatorio.
- Disminuir el riesgo de infección.
- Prevenir el riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico.
- Garantizar la atención efectiva y oportuna al paciente.
- Brindar atención integral y de calidad al paciente.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía se aplica en el Servicio de Cirugía del Hospital Chancay.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR

Guía Técnica de Intervención de Enfermería en Pacientes Post-Operados con Apendicitis Aguda.

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO:

Código CIE10: K 36

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIÓN:

Apendicitis aguda: es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme; que inicia con obstrucción de la luz, por diferentes causas como fecalitos (contenido intestinal), parásitos, cuerpos extraños, procesos inflamatorios inespecíficos y tumores. Esto trae en consecuencia aumento de la presión intraluminal, obstrucción vascular y perforación de la pared.



Apendicitis complicada: la presencia de necrosis apendicular, absceso peri apendiculares y en la cavidad y fistulas intestinales.

Clases de Apéndice:

- **Congestiva o Catarral:** edema y congestión de la serosa
- **Flemosa o Supurativa:** pequeñas ulceraciones con exudado mucopurulento. Difusión contenido mucopurulento hacia la cavidad libre.
- **Gangrenosa o Necrótica:** proceso flemonoso intenso con anoxia tejidos que llevan a una necrobiosis total Micro anoxia tejidos, que llevan a una necrobiosis total. Micro perforaciones con líquido peritoneal purulento y olor fecaloideo.
- **Perforada:** perforaciones anti-perforaciones anti-mesentéricas con líquido mesentéricas con líquido peritoneal purulento y de olor fétido.

5.2. ETIOLOGÍA:

La obstrucción del apéndice cecal es la causa subyacente. El 60% se debe a hiperplasia de los folículos linfoides de la submucosa (frecuente en niños) 35% a retención fecal o fecalitos (frecuente en adultos) 4% a cuerpos extraños y 1% a estenosis o tumores del apéndice o ciego.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	Edición N. ° 001 Páginas 40 - 107

5.3. FISIOPATOLOGÍA:

La inflamación del apéndice produce, con el tiempo, la obstrucción de la luz del órgano. Esta obstrucción conlleva a una acumulación de las secreciones de la mucosa con aumento consecuente de la presión intraluminal. El ensanchamiento de la luz apendicular sigue en aumento por la multiplicación bacteriana, que produce gas, pus, o necrosis. La distensión progresiva del apéndice emite reflejos por vía nerviosa y ocasiona náusea, vómito y aumento del dolor. El proceso inflamatorio involucra pronto a la serosa apendicular y al peritoneo parietal, con lo cual el dolor se traslada a la fosa iliaca derecha; la mucosa apendicular es

invadida por bacterias y éstas se extienden a capas más profundas; todo ello desencadena necrosis y absorción de sustancias provenientes de tejidos muertos y de toxinas bacterianas, lo que produce fiebre, taquicardia y leucocitosis. Al continuar la distensión apendicular se ocluye la circulación de arteriolas, se agrava la necrosis, las paredes no resisten y finalmente el apéndice se perfora. Sin embargo, otras veces el proceso infeccioso no se localiza y con la rotura apendicular se diseminan diversos líquidos en la cavidad abdominal, ocasionando peritonitis generalizada.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente, constituye alrededor del 60% de todos los cuadros de abdomen agudo quirúrgico. Entre el 5-15% de la población padece este cuadro en algún momento de su vida, su máxima incidencia tiene lugar en la segunda y tercera década de la vida, para disminuir en edades extremas, no existe diferencia de incidencia entre ambos sexos.

Su gravedad ha ido disminuyendo paulatinamente a lo largo de este siglo debido, entre otros factores a un diagnóstico y tratamiento más precoz. Actualmente la mortalidad global es del 0,1%, ascendiendo hasta el 0,6-5% en los casos de apendicitis perforada que son más frecuentes en lactantes y ancianos, por diagnóstico tardío. La morbilidad sigue siendo alta, hay complicaciones en el 10% de los casos y en el 40% de las apendicitis perforadas; la complicación más frecuente es la infección de la herida operatoria.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- Factores que incrementan la incidencia de morbi- mortalidad
 - Genéticos: el riesgo de Apendicitis Aguda es mayor si los familiares de primer grado la han tenido.
 - Infecciosos: mayor incidencia tras infecciones virales, gastroenteritis, etc.
 - Alimentación: dieta pobre en fibra.
 - Desnutrición.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1. CUADRO CLÍNICO:

6.1.1 Signos y Síntomas

- **Dolor Abdominal:** Suele ser el primer síntoma que aparece, aunque en ocasiones puede estar precedido de los vómitos y la fiebre. Es un dolor típicamente de carácter continuo, aunque en ocasiones puede ser de tipo cólico. En la mayoría de los casos refieren dolor



abdominal peri umbilical y que después se localiza en fosa iliaca derecha (FID). Inicialmente, el dolor no suele ser muy intenso, aunque si continuo y de curso progresivo. Hasta en un 1/3 de los casos el inicio es en FID y en un 15% puede ser un dolor abdominal generalizado sin localizar en FID. El dolor empeora con los movimientos, la tos y al saltar.

- **Náuseas Vómitos Y Anorexia:** Típicamente aparecen después de comenzar el dolor abdominal, aunque hasta en un 20% pueden parecer al mismo tiempo. No suelen ser en gran número y en ocasiones pueden estar ausentes.
- **Fiebre:** Al comienzo del cuadro (sobre todo las primeras 24 horas) consiste en febrícula. La fiebre elevada nos tiene que hacer pensar en la posibilidad de perforación o complicación.
- **Otros Síntomas:** También podemos encontrarnos síntomas con diarrea (9-16%), estreñimiento (5-28%) y disuria. Estos síntomas pueden llevar a un diagnóstico erróneo. En los casos complicados hay fiebre alta y alteración del estado general. Cuando existe peritonitis generalizada, el dolor es intenso y generalizado, con riesgo de shock séptico.

6.1.2 Interacción Cronológica

No aplica

6.1.3 Gráficos, diagramas y fotografías:

Criterios de la escala diagnóstica de Alvarado

Criterios de evaluación de la escala diagnóstica de Alvarado	Valor
Criterio	
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Signo de Blumberg positivo	1
Migración del dolor	1
Náuseas o vómito	1
Anorexia	1
Temperatura oral superior a 37,3 °C	2
Recuento de leucocitos mayor de 10.000 por mm ³	1
Neutrofilia mayor de 70 %	
Criterios de decisión de la escala diagnóstica de Alvarado	Puntaje
Decisión	
Negativo para apendicitis	0-4
Posible apendicitis	5-6
Probable apendicitis	7-8
Apendicitis	9-10

Fuente: Beltrán M, Villar R, Tapia TP. Escala diagnóstica de apendicitis: Estudio prospectivo, doble ciego, no aleatorio. Revista Chilena de Cirugía. 2004; 36: 550-7.

6.2. DIAGNÓSTICO:

6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO




No aplica

6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL MEDICO

No aplica

6.2.3 DIAGNOSTICO ENFERMERO: Los diagnósticos enfermeros están enfocados a las respuestas humanas identificados en el paciente, según Taxonomía NANDA.

1. DOMINIO 4: Actividad/ Reposo

  PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	 Edición N.º 001 Páginas 40 - 107
--	--	---

Clase 2: Actividad/Ejercicio (Riesgo De Síndrome De Desuso), (Código de Dx de Nanda: 00040)

- Riesgo de síndrome de desuso R/C alteración de conciencia por efectos post anestésicos.

2. DOMINIO 4: Actividad/Reposo

Clase 4: Respuesta Cardiovascular/Pulmonar. (Código de Dx de Nanda: 00033)

- Patrón respiratorio ineficaz R/C efectos post-anestésicos de la cirugía y presencia de dolor E/P disminución de la SPO2 menor de 90%.

3. DOMINIO 12: Confort

Clase 1: Confort Físico. (Código de Dx de NANDA: 00132)

- Dolor Agudo R/C agentes lesivos – físicos (Herida operatoria) y/o Deterioro de la movilidad física E/P expresión facial e informe verbal de dolor.

4. DOMINIO 2: Nutrición.

Clase 5: Hidratación. (Código de Dx. de NANDA 00027)

- Déficit de volúmenes de líquidos R/C con desequilibrio hidroelectrolítico E/P sequedad de mucosas, sed, disminución de la diuresis.

5. DOMINIO 3: Eliminación.

Clase 1: Función Urinaria. (Código de Dx. de NANDA 00023)

- Retención Urinaria R/C la cirugía que E/P presencia de globo vesical.

6. DOMINIO 2: Nutrición.

Clase 1: Ingestión. (Código de Dx de NANDA: 00002)

- Desequilibrio nutricional por defecto R/C disminución de la ingesta de nutrientes secundario del apetito y restricciones dietéticas que se E/P náuseas, vómitos o pérdida de peso.

7. DOMINIO 11: Seguridad/ Protección

Clase 2: Lesión Física. (Código de Dx. de NANDA 00044)

- Deterioro de la integridad tisular R/C procedimiento Quirúrgico, factores mecánicos E/P herida quirúrgica.

8. DOMINIO 11: Seguridad/ Protección

Clase 1: Infección. (Código de Dx de NANDA: 00004)

- Riesgo de infección R/C incisión quirúrgica, procedimiento invasivo, procedimiento quirúrgico.

9. DOMINIO 11: Seguridad/ Protección

Clase 6: Termorregulación. (Código de Dx de NANDA: 00007)

- Hipertermia R/C procedimiento quirúrgico E/P T° 37.8°C.

10. DOMINIO 4: Actividad/Reposo

Clase 1: Sueño/ Reposo. (Código de Dx de NANDA: 00095)



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN
PACIENTE PRE Y POST OPERADOS
DE APENDICITIS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE
HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA



Edición N.º 001

Páginas 40 - 107

- Trastorno del patrón del sueño R/C Cambio de Actividad y Dolor Postoperatorio y/o falta de familiaridad con el ambiente E/P insomnio o quejas verbales de no sentirse bien descansado.

11. DOMINIO 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Clase 2: Respuestas De Afrontamiento. (Código de Dx de NANDA 00146)

- Ansiedad R/C cambio en el estado de salud E/P manifestaciones verbales del paciente.

12. DOMINIO 5: PERCEPCIÓN COGNICIÓN

Clase 4: Cognición. (Código de Dx de NANDA 00126).

- Conocimientos deficientes acerca de los cuidados post operatorio R/C la falta de información que se le proporciona al paciente y E/P desconocimiento de los cuidados en el hogar.

13. DOMINIO 5: Percepción Cognición

Clase 5: Autocuidados. (Código de Dx de NANDA 000108, 00109, 00102, 00110)

- Déficit de Autocuidado (Baño/Higiene, Vestido/Arreglo Personal, Eliminación Y Alimentación) R/C Inmovilidad y/o dolor de herida operatoria.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica:

- **Hemograma:** Puede haber gran leucocitosis y a veces granulaciones tóxicas.
- **Orina completa:** Puede ser normal o presentar leucocitos y cilindros granulados, hematuria.
- **Otros:** se solicita también: Tiempos de coagulación sangría, Glucosa, urea y creatinina.

6.3.2. De Imágenes:

• Radiología:

- ❖ **Radiografía Del Tórax.** - Es indispensable, porque permite descartar otras afecciones como las enfermedades cardiopulmonares.
- ❖ **Radiografía Simple De Abdomen.** - Suele ser normal, o puede verse una dilatación de asas del intestino debido a la paralización de los movimientos peristálticos. Excepcionalmente, puede apreciarse un fecalito calcificado en la fosa ilíaca derecha.

• Ecografía:



Es muy útil para el diagnóstico y para descartar otras enfermedades. En caso de apendicitis, la ecografía puede mostrar el apéndice inflamado o líquido libre por el abdomen o tumoración.

6.3.3. De Exámenes especializados

Tomografía axial computadorizada (TAC): el TAC es un método diagnóstico muy fiable en el diagnóstico de una apendicitis y cada vez se usa más en casos de duda. También permite descartar otras patologías.

De Exploración Física:

En la exploración Física hay signos de inspección que ubican puntos dolorosos que nos ayudan al diagnóstico

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	Edición N.º 001 Páginas 40 - 107

Lo Más Resultantes Son:

- **Signo de Bloomberg:** Dolor provocado al descomprimir bruscamente la fosa iliaca derecha. Al presionar una zona del abdomen alejada del apéndice se produce dolor en éste de forma refleja. Indica irritación peritoneal y sucede en otras enfermedades.
- **Signo de Rovsing:** La presión en el lado izquierdo sobre un punto correspondiente al de McBurney en el lado derecho, despierta dolor en este (al desplazarse los gases desde el sigmoides hacia la región ileocecal se produce dolor por la distensión del ciego).
- **De McBurney:** Punto situado a unos tres traveses de dedo por encima de la espina iliaca anterosuperior derecha, en la línea que une a esta con el ombligo. Algunos dicen en la unión del tercio externo con el tercio medio de esta línea.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA:

La presente guía se aplicará en el Servicio de Cirugía Hospital Chancay.

6.4.1 Medidas Generales Y Preventivos

Es importante que no se administren analgésicos previos a una exploración cuidadosa por parte del responsable de tratar al paciente. El dolor puede controlarse alternando cada 4 horas

6.4.2 Terapéutica Como intervenciones interdisciplinarias

No aplica

6.4.3 Efectos Adversos O Colaterales Al Tratamiento

En algunos casos de un plastrón apendicular. Este es la aglutinación de asas, epiplón y fibrina alrededor del foco apendicular a modo de barrera durante el periodo evolutivo de la apendicitis aguda, en otro casos el cuadro progresa hacia la peritonitis ya sea localizada o absceso apendicular, el cual se localizara en diferentes partes del abdomen dependiendo de la posición en la que se encuentre el apéndice, o hacia una peritonitis generalizada la cual deberá ser tratada en forma temprana a fin de obtener mejores resultados y disminuir el número de complicaciones.

6.4.4. Signos de alarma.

Dolor intenso en la zona

Inflamación en la zona

Temperaturas altas

6.4.5. Criterios de Alta:

No aplica

6.4.6. Pronóstico:

No aplica

6.5. COMPLICACIONES PARA TENER EN CUENTA

- Íleo paralítico
- Infección de la herida
- Dolor y medicamentos para el dolor
- Estreñimiento

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

No aplica

6.7. FLUJOGRAMA



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA



Edición N.º 001

Páginas 40 - 107

Flujograma 1

DX. MÉDICO: APENDICITIS AGUDA

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

- ❖ Dolor punzante y sensibilidad abdominal.
- ❖ Fiebre 38 a 38.5 °C y escalofríos
- ❖ Pérdida de apetito
- ❖ Náuseas y vómitos
- ❖ Estreñimiento

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

Laboratorio:

- Hemograma completo
- Ex orina
- Tiempos de coagulación, Sangría
- Glucosa, urea y creatinina
- Grupo y Rh

Exámenes:

- Electrocardiograma
- Ecografía Abdominal
- Radiografía de abdomen

V
A
L
O
R
A
C
I
O
N

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA PRE Y POST OPERATORIO

Dolor agudo R/C el posicionamiento para aliviar el dolor E/P comportamiento expresivo. (00132)

Ansiedad R/C conflicto sobre objetivos vitales E/P preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales y nerviosismo. (00146)

Volumen de líquido deficiente R/C ingesta insuficiente de líquidos E/P disminución del volumen del pulso. (00027)

Riesgo de infección R/C integridad de la piel deteriorada. (00004)

Riesgo de síndrome de desuso R/C alteración de conciencia por efectos post anestésicos (00040)


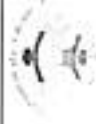
Patrón respiratorio ineficaz R/C efectos posanestésicos y/o presencia de dolor. (00033)

Retención Urinaria R/C la cirugía que E/P presencia de globo vesical. (00023)

Deterioro de la integridad tisular R/C procedimiento Quirúrgico, factores mecánicos (00044)

Conocimientos deficientes acerca de los cuidados post operatorio R/C la falta de información que se le proporciona al paciente y E/P desconocimiento de los cuidados en el hogar. (00126)

Déficit de Autocuidado (Baño/Higiene, Vestido/Arreglo Personal, Eliminación Y Alimentación) R/C Inmovilidad. (000108, 00109, 00102, 00110)

 <p>PERÚ Ministerio de Salud</p>	<p>GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS</p>	
<p>DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA</p>		<p>Edición N.º 001 Páginas 40 - 107</p>

PLAN DE CUIDADOS: "DOLOR AGUDO"

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de resultados de enfermería Nursing Outcomes Classification (NOC)	Clasificación de intervenciones de enfermería Nursing Interventions Classification (NIC)
<ul style="list-style-type: none"> • Código de diagnóstico 00132 Dolor agudo R/C el posicionamiento para aliviar el dolor E/P comportamiento expresivo. Definición. Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración inferior a 3 meses. 	<p>1605 control de dolor</p> <p>Definición: Acciones personales para controlar el dolor.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el comienzo del dolor • Reconoce factores causales • Utiliza medidas preventivas • Utiliza medidas de alivio no analgésicas • Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario • Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario • Utiliza los recursos disponibles • Reconoce síntomas asociados del dolor • Refiere dolor controlado • Nunca demostrado 1 • Raramente demostrado 2 • A veces demostrado 3 • Frecuentemente demostrado 4 • Siempre demostrado 5 • Ninguna de las anteriores 	<p>1400. El manejo del dolor. 2210 administración de analgésicos.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. • Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonia y falta de conocimientos). • Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. • Mantener un ambiente cómodo y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. • Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica).



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE
HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA

Edición N. * 001
Páginas 40 - 107

PLAN DE CUIDADOS: "ANSIEDAD"

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de resultados de enfermería Nursing Outcomes Classification (NOC)	Clasificación de intervenciones de enfermería Nursing Interventions Classification (NIC)
<p>Código de diagnóstico 00146 Ansiedad R/C</p> <p>conflicto sobre objetivos vitales E/P preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales y nerviosismo.</p> <p>Definición. Una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una Desgracia.</p>	<p>1402 autocontrol de la ansiedad.</p> <p>Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoriza la intensidad de la ansiedad • Elimina precursores de la ansiedad • Busca información para reducir la ansiedad • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad • Refiere disminución de la duración de los episodios • Refiere incremento de la duración del tiempo entre episodios • Controla respuesta de la ansiedad <p>Puntuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca demostrado 1 • Raramente demostrado 2 • A veces demostrado 3 • Frecuentemente demostrado 4 • Siempre demostrado 5 • Ninguna de las anteriores 	<p>5270 soporte emocional.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Tocar al paciente para proporcionarle apoyo. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación, aceptación de las fases del sentimiento de pena. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.



PERÚ Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA

Edición N.º 001

Páginas 40 - 107

PLAN DE CUIDADOS: "VOLUMEN DE LÍQUIDO DEFICIENTE"

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de resultados de enfermería Nursing Outcomes Classification (NOC)	Clasificación de intervenciones de enfermería Nursing Interventions Classification (NIC)
<p>Código de diagnóstico 00027 Volumen de líquido deficiente R/C ingesta insuficiente de líquidos E/P disminución del volumen del pulso. Definición. Disminución del líquido intravascular, intersticial y / o intracelular. Esto se refiere a la deshidratación, pérdida de agua sola sin cambios en el sodio.</p>	<p>0602 hidratación</p> <p>Definición: Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turgencia cutánea • Membranas mucosas húmedas • Diuresis • Sodio sérico • Perfusión tisular • Función cognitiva <p>Puntuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No comprometido 5 <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sed • Orina oscura • Globos oculares hundidos • Disminución de la presión arterial • Pulso rápido, filiforme <p>Puntuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grave 1 • Sustancial 2 • Moderado 3 • Leve 4 • Ninguno 5 	<p>120 manejo de líquidos.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesarse a diario y controlar la evolución. • Controlar la pérdida de líquido corporal por el balance hidroelectrolítico diario. • Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso. • Observar si hay indicios de sobrecarga retención de líquidos (crepitaciones, edema, distensión de vena del cuello y ascitis), si procede. • Administrar líquidos, si procede. • Instruir al paciente en el estado de "nada por boca", si procede. 6680 monitorización de los signos vitales. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede. • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipotermia. • Observar la presencia y calidad de los pulsos. • Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíacos. • Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apnéustico, atáxico y suspiros excesivos). • Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales



PERÚ
Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA

Edición N.º 001
Páginas 40 - 107

PLAN DE CUIDADOS: "RIESGO DE INFECCIÓN"

Diagnóstico (NANDA)

Clasificación de resultados de enfermería
Nursing Outcomes Classification (NOC)

Clasificación de intervenciones de enfermería
Nursing Interventions
Classification (NIC)

Código de diagnóstico 00004
Riesgo de infección R/C
integridad de la piel deteriorada.
Definición.
Susceptible a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud

1102 curación de la herida: por primera intención

Definición:

Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado. **Indicadores:**

- Aproximación cutánea
- Aproximación de los bordes la de herida
- Formación de cicatriz

Puntuación:

- Ninguno 1
- Escaso 2
- Moderado 3
- Sustancial 4
- Extremo 5

Indicadores:

- Supuración purulenta
- Secreción serosa de la herida
- Secreción serosanguinolenta de la herida
- Eritema cutáneo circundante
- Edema perilesional
- Olor de la herida

Puntuación:

- Extenso 1
- Sustancial 2
- Moderado 3
- Escaso 4
- Ninguno 5

1908 detección del riesgo.

Definición:
Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal.

Indicadores:

- Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos
- Identifica los posibles riesgos para la salud
- Realiza autoexámenes en los intervalos recomendados
- Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre riesgos personales
- Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades
- Obtiene información sobre cambios con recomendaciones sanitarias

Puntuación:

- Nunca demostrado 1
- Raramente demostrado 2
- A veces demostrado 3
- Frecuentemente demostrado 4
- Siempre demostrado 5

3660 cuidados de heridas.

Actividades:

- Despegar los apósitos y el esparadrapo.
- Monitorizar las características de la herida incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede.
- Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario.
- Reforzar el apósito, si es necesario.
- Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede.
- Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.



PERÚ
Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN
PACIENTE PRE Y POST OPERADOS
DE APENDICITIS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE
HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA

Edición N.º 001
Páginas 40 - 107

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	G° DEPENDENCIA	EVALUACION
POST-OPERATORIO: •Riesgo de síndrome de desuso R/C alteración de conciencia por efectos post anestésicos. (Código de Dx de Nanda: 00040) DOMINIO 4: Actividad/Reposo CLASE 2: Actividad/Ejercicio (riesgo de síndrome de desuso)	Paciente mantendrá estado de conciencia dentro de los parámetros normales.	<ul style="list-style-type: none"> • Valora estado de conciencia. • Medir escala de conciencia según Glasgow. • Mantener la seguridad del paciente con barandas alrededor de la cama. • Valorar patrón respiratorio. • Valora respuesta de sensibilidad y fuerza motora. • Elevar la cabecera de la cama en ángulo de 30°, posición semifowler. 	Distrés Respiratorio. Paro Cardiorrespiratorio.	Enfermera Equipo médico. Coordinación Y evaluación con el médico cirujano.	G D III	Paciente se encuentra orientado en tiempo espacio y persona
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Patrón respiratorio ineficaz R/C efectos post-anestésicos de la cirugía y presencia de dolor E/P disminución de la SPO2 menor de 90%. (Código de Dx de Nanda: 00033) DOMINIO 4 Actividad/Reposo Clase 4: Respuesta Cardiovascular/Pulmonar.	Favorecer adecuada Recuperación posanestésic a minimizar dolor.	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de signos vitales cada cuatro horas: SPO2, PA, FC, FR. • Administrar oxigenoterapia si el caso lo requiere (spo2 menor de 90%) • Elevar la cabecera de la cama en posición semifowler. 20 a 30 grados • Apoyo ventilatorio si se requiere • Valorar respuestas de sensibilidad, fuerza motora. • Valorar el patrón respiratorio C:R:h (frecuencia y ritmo espiratorio) en busca de Distrés o Insuficiencia Respiratoria. 	Distrés o Insuficiencia Respiratoria	Enfermera Coordinación Y evaluación con el médico cirujano	G D III	El paciente no presenta alteración respiratoria



PERÚ
Ministerio
de Salud



**GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN
PACIENTE PRE Y POST OPERADOS
DE APENDICITIS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE
HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA

Edición N.º 001
Páginas 40 - 107

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DEPENDENCIA	EVALUACION
Retención Urinaria R/C la cirugía que E/P presencia de globo vesical. Código de Dx. de Manda 00023) DOMINIO 3: Eliminación CLASE 1: Función Urinaria.	Recuperar la eliminación espontánea del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Control de ingesta y eliminación. Palpar vejiga cada 4h en busca distensión vesical, "incapacidad para orinar". Control de ingesta y eliminación. Valorar cantidad y aspecto de la diuresis espontánea. Iniciar maniobras de estimulación si no se consigue diuresis. 	<p>Cistitis.</p> <p>Pielonefritis</p>	<p>Enfermera Coordinación Y Evaluación con el médico cirujano. Enfermera.</p>	Grado II	El paciente no presenta dificultad para realizar la micción espontánea.
Deterioro de la integridad tisular R/C procedimiento Quirúrgico, factores mecánicos E/P herida quirúrgica. Código de Dx. de Manda 00044) DOMINIO 11: Seguridad/ Protección CLASE 2: Lesión Física	Usuaría mejorara deterioro de la integridad tisular, con ayuda a que se produzca cicatrización favorable.	<p>INTERVENCION DE ENFERMERIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavado de manos Control de funciones vitales Valorar las características de la piel y presencia de secreciones. Verificar el proceso de cicatrización por turno. Curación de la herida quirúrgica con técnica estéril. Canalizar vía y administrar medicación según terapéutica médica. <p>Educar y orientar al paciente sobre el autocuidado en la higiene personal y sobre cuidados de la herida quirúrgica.</p>	<p>Infección. Sepsis.</p>	<p>Enfermera Coordinación con familiares</p>	Grado II	Usuaría mejoro deterioro de la integridad tisular durante su estancia hospitalaria.



PERÚ
Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA

Edición N.º 001
Páginas 40 - 107

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	EVALUACION
Conocimientos deficientes acerca de los cuidados post operatorio R/C la falta de información que se le proporciona al paciente y E/P desconocimiento de los cuidados en el hogar. (código de Dx de NANDA 00126) DOMINIO 5: Percepción Cognición CLASE 4: Cognición.	Educación al paciente y la familia.	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la comodidad, minimizando las molestias al paciente. Informar sobre la técnica quirúrgica, pronóstico, necesidades de tratamiento (Medicamentos, dieta, etc) y posibles complicaciones. Educar al paciente y familia sobre las actividades que el paciente puede realizar luego del alta. Informar sobre la dieta que el paciente puede consumir. 	<p>Infección de herida.</p> <p>Estreñimiento.</p>	Enfermera	G. D II	El paciente y los familiares reciben la información necesaria en cuanto al post operatorio.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE DEPENDENCIA	EVALUACION
Déficit de Autocuidado (Baño/Higiene, Vestido/Areglo Personal, Eliminación Y Alimentación) R/C Inmovilidad. (código de Dx de NANDA 000108, 00109, 00102, 00110) DOMINIO 5: Percepción Cognición CLASE 5: Autocuidados.	Mantener cubiertas las necesidades de autocuidado del paciente.	<p>Realizar baño de esponja al paciente.</p> <p>Colaborar en el traslado al baño.</p> <p>Ayudar en la deambulación temprana del paciente.</p> <p>Explicar autocuidados posteriores a la cirugía.</p>	<p>Infección.</p> <p>Descomposición de enfermedad.</p>	Enfermera.	G. D II	El paciente se encuentra tranquilo y relajado.



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS

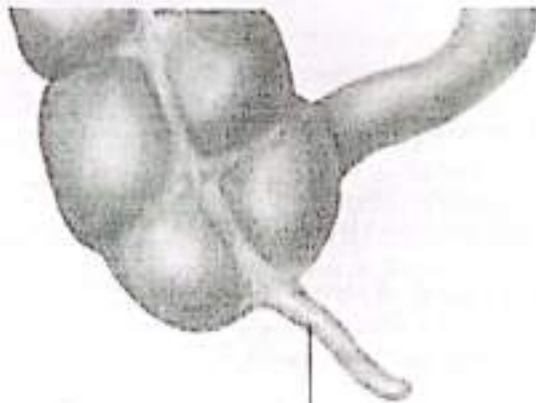
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA



Edición N.º 001

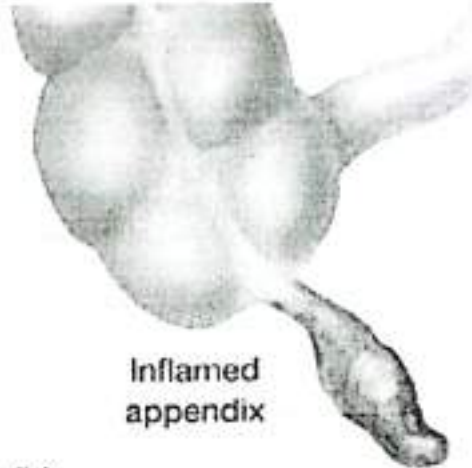
Páginas 40 - 107

VII. ANEXOS.



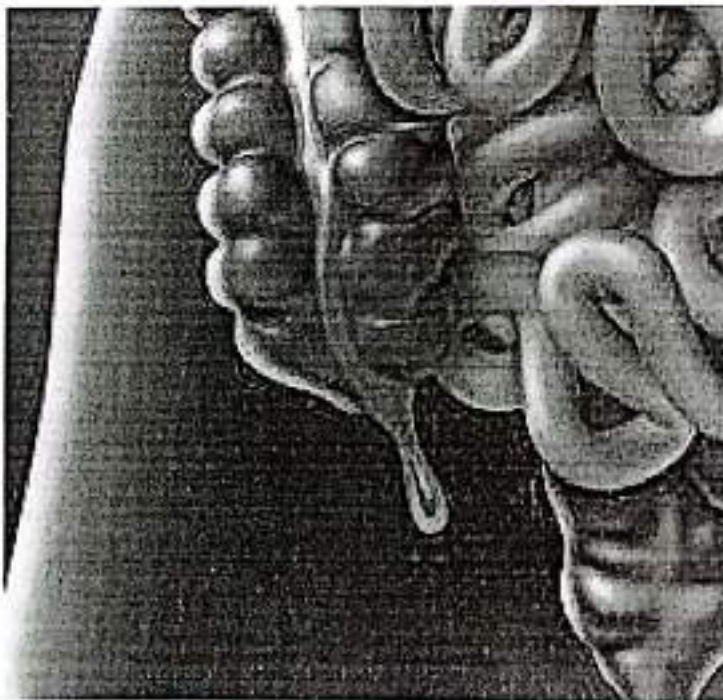
(a)



Normal appendix



(b)

Inflamed appendix



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADOS DE APENDICITIS DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	 Edición N. ° 001 Páginas 40 - 107
--	--	--

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Norma Técnica de Compendio de Guías se Intervención de Enfermería en
2. Joanne McCloskey Dochterman Gloria M. Bulechek (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Cuarta edición, Editorial Elsevier-España.
3. Hablemos de Enfermería. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) [en línea]. Venezuela; 2015 [actualizada el 20 de julio de 2015;]. Disponible desde: <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.pe/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html>
4. Suen Moorhead, Marion Johnson, Meridean Maas(2014) Clasificación de
5. Resultados de Enfermería (NOC) Tercera Edición, Editorial Elsevier-España.
6. NANDA INTERNACIONAL (2016) Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificacione, Editorial Wiley-Blackwell. USA.
7. Norma Técnica para la elaboración de guías de práctica clínica 024-MINSA/DGSP-V.01, Resolución Ministerial N 422-2005/MINSA.
8. Bayli, Ellen Cols (2012).Manual dela Enfermera. Editorial Océano. España.
9. Doenges, Marilyn (2010).Planes de Cuidado de Enfermería. 7ma. Edición. Editorial McGraw Hill. México.
10. Brunicardi, F. El apéndice Principios de cirugía. Octava edición. P 155-160



GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE FRACTURA DE CADERA

I.- FINALIDAD

Fortalecer las competencias y unificar los conocimientos y criterios en el proceso del cuidado de enfermería.

II.- OBJETIVOS

Brindar cuidados de enfermería oportunos y basados en los conocimientos científicos.
Disminuir los daños reales y potenciales en el paciente post operado de Artroplastia de cadera

III.- AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de atención se aplica en el área de hospitalización de Cirugía, donde brinda atención el profesional de enfermería especializado en cuidados quirúrgicos.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

Guía Técnica de Intervención de Enfermería al paciente adulto Post Operado Artroplastia de Cadera.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FRACTURA DE CADERA

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

FRACTURA DE CADERA CIE: 10 S. 720

Procedimiento

ARTROPLASTIA DE CADERA

V.- CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION.

La fractura de cadera se describen las fracturas que ocurren en la extremidad proximal del fémur. De acuerdo con su localización en dicha extremidad, la fractura puede afectar a la cabeza femoral (fractura capital, que es muy poco frecuente), al cuello del fémur (fractura del cuello), a los trocánteres (fracturas intertrocanteréas o pertrocanteréas), al segmento del fémur situado por debajo del trocánter (fracturas subtrocantéreas) y al trocánter mayor o al trocánter menor (fracturas aisladas de los trocánteres).

Mientras que las fracturas del cuello son intracapsulares, en el sentido de que la línea de fractura se encuentra en el interior de una cápsula articular, las fracturas trocantéreas y subtrocantéreas son extracapsulares, ya que la línea de fractura se encuentra fuera de la cápsula de la articulación de la cadera. (5).

LA ARTROPLASTIA DE CADERA es una cirugía llevada a cabo para reemplazar total o parcialmente la articulación de la cadera a través de un dispositivo artificial. A este dispositivo artificial se le denomina prótesis.

5.2. ETIOLOGÍA

Es causada por traumatismos que lesionan la sección proximal de fémur con la pelvis

Grupo vulnerable: mujeres mayores son los que sufren con mayor frecuencia estas lesiones

5.3. FISIOPATOLOGÍA



La cadera es una de las articulaciones más grandes del cuerpo. Es una articulación esférica (de cabeza y cavidad). La cavidad articular está formada por el acetábulo, que es parte del hueso grande de la pelvis. La parte esferoidal es la cabeza del fémur el extremo superior del hueso del muslo

Las superficies óseas de la cabeza y la cavidad están cubiertas con cartilago articular, un tejido suave que reviste y amortigua los extremos de los huesos y les permite moverse fácilmente.

Un tejido fino llamado membrana sinovial rodea la articulación de la cadera. En una cadera saludable, esta membrana genera una pequeña cantidad de líquido que lubrica al cartilago y elimina casi toda la fricción durante el movimiento de la cadera.

Bandas de tejido llamados ligamentos (cápsula de la cadera) conectan la cabeza a la cavidad y proveen estabilidad a la articulación.

TIPOS DE ARTROPLASTIA:

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTE	
	POSTOPERADO DE ARTROPLASTIA DE CADERA DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N° 001 Páginas 52-107

ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

En un reemplazo total de cadera (que también se llama artroplastia total de cadera o prótesis de cadera), el hueso y el cartílago dañados se remueven y reemplazan con componentes protésicos.

La cabeza del fémur dañada se remueve y se reemplaza con un vástago de metal que se coloca en el centro ahuecado del fémur. El vástago femoral puede ser cementado o «calzado a presión» dentro del hueso.

Una cabeza de metal o cerámica se coloca en la parte superior del vástago. Esta cabeza reemplaza la cabeza dañada del fémur que fue removida.

La superficie de cartílago dañado de la cavidad (acetábulo) se remueve y reemplaza con una cavidad de metal. A veces se usan tornillos o cemento para mantener la cavidad en su lugar.

Un espaciador de plástico, cerámica o metal se inserta entre la cabeza y cavidad nuevas para permitir una superficie con deslizamiento suave.

ARTROPLASTIA PARCIAL DE CADERA

En una artroplastia parcial de cadera o Hemiplastia se extrae y se reemplaza la cabeza de la articulación de la cadera. No se reemplaza la cavidad. Esta operación se realiza la mayoría de las veces para reparar determinados tipos de fracturas de cadera.

La cabeza cerámica o de metal se adhiere a un tallo de metal. Esto se llama prótesis de cadera. El tallo se inserta dentro del centro del hueso del muslo (fémur). Se fija firmemente en el fémur de una de dos maneras:

- ✓ Con cemento al hueso.
- ✓ Sin cemento. Este tipo de tallo tiene un revestimiento poroso en el que crece el hueso.

INDICACIONES.

La artroplastia de cadera se hace principalmente en personas mayores de 60 años. Por lo general, no se recomienda para personas más jóvenes, debido a la tensión que pueden ejercer sobre la cadera artificial, haciendo que ésta falle prematuramente. Entre las razones para reemplazar la articulación de la cadera están:



- ✓ Fracturas del cuello femoral.
- ✓ Articulación dolorosa.
- ✓ Artrosis severa en la articulación de la cadera.
- ✓ Artritis reumática.
- ✓ Necrosis a vascular de cabeza o cuello femoral.
- ✓ Fracaso de cirugía anterior.
- ✓ Displasia congénita.
- ✓ Complicaciones secundarias a osteoartritis de cadera.

CONTRAINDICACIONES.

- ✓ Infección actual de la cadera.
- ✓ Pérdida de musculatura, compromiso neuromuscular, deficiencia vascular, piel insuficiente.
- ✓ Mala calidad de hueso (osteoporosis).
- ✓ Obesidad mórbida.
- ✓ Pacientes con desórdenes neurológicos.
- ✓ Personas con cobertura cutánea deficiente alrededor de la cadera.
- ✓ Enfermedad física grave (enfermedad terminal, como cáncer metastásico)
- ✓ Pacientes con disfunción mental gravemente limitante.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El riesgo anual de sufrir una Fractura de cadera se relaciona con la edad, y alcanza un 4% de riesgo en las mujeres con más de 85 años. Desde el punto de vista epidemiológico, las fracturas de cadera son más comunes en mujeres que en hombres, porque éstas tienen menos masa ósea y a partir de la

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTE	
	POSTOPERADO DE ARTROPLASTIA DE CADERA DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA	Edición N° 001 Páginas 52-107

menopausia la pérdida de calcio es mayor, lo que incrementa el riesgo de fractura ante una caída o un golpe fuerte.

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio Ambiente

Condiciones en la que se encuentra el ambiente en el que se desenvuelve la personal

Discapacidad visual

Historia de fracturas de cadera

5.5.2. Estilos de Vida

Inactividad física

Fractura de cadera previa

Osteoporosis

polimedicación

5.5.3. Factores hereditarios.

Diabetes tipo I

Demencia

Estatura alta

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

Los signos y síntomas son los siguientes:



- ✓ Inmovilidad inmediatamente después de la caída.
- ✓ Impotencia funcional.
- ✓ Dolor fuerte en la zona de la cadera lesionada.
- ✓ Incapacidad para cargar.
- ✓ Rigidez, hinchazón y hematomas en la cadera.
- ✓ Desigualdad en la pierna del lado de la cadera dañada.
- ✓ Dificultad de la rotación externa de la pierna del lado de la cadera dañada.

6.1.2. Interacción cronológica

Se relaciona con la edad avanzada

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTE	
	POSTOPERADO DE ARTROPLASTIA DE CADERA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N° 001 Páginas 52-107

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

No aplica

6.2.2. Diagnóstico diferencial

No aplica

6.2.3. DIAGNOSTICO ENFERMERO

DOMINIO 2: NUTRICION

CLASE 5 HIDRATAACION

00028. Riesgo de déficit del volumen de líquidos r/c con intervención quirúrgica y/o perdidas excesivas a través de vías anormales (drenaje hemovac)

DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO

CLASE 2 FUNCION GASTROINTESTINAL

00015.-Riesgo de estreñimiento r/c deterioro de movilidad física, actividad física insuficiente, hábitos de defecación inadecuados.

DOMINIO 4 ACTIVIDAD /REPOSO

CLASE 2 ACTIVIDAD Y EJERCICIO

00091.Deterioro de la movilidad en cama r/c no colocarse de cubito lateral debido a la intervención quirúrgica m/p restricción impuestas por el movimiento.

00085.Deterioro de la movilidad física r/c perdida de la integridad de la estructura ósea (fractura) y deterioro musculoesquelético.

CLASE 4 RESPUESTA CARDIOVASCULAR/PULMONARES.

00291.Riesgo de trombosis r/c deterioro de la movilidad física

CLASE 5 AUTOCUIDADO

00108.Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro musculoesquelético e/p incapacidad de ir al cuarto de baño.

DOMINIO 5 PERCEPCION / COGNICION

CLASE 4 COGNICION

00126.Conocimientos deficientes r/c falta de interés en el aprendizaje e interpretación errónea de la información m/p verbalización del problema.

DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA AL ESTRÉS

CLASE 2 RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO

00146.Ansiedad r/c necesidades no satisfechas, preocupación a causas de cambios en acontecimientos vitales, e/p nerviosismo, temor, expresión facial.

DOMINIO 11 SEGURIDAD / PROTECCION

CLASE 1 INFECCION

00004. Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo (SF, drenajes CVC y periférica)



CLASE 2 LESION FISICA

00046.Deterioro de la integridad cutánea r/c procedimientos quirúrgico e/p edema localizado, sangrado, drenaje HEMOVACK.

00303.Riesgo de caídas en adultos r/c prótesis en las extremidades inferiores, alteración de la movilidad, dificultad en la marcha y disminución de la fuerza física en las extremidades inferiores.

DOMINIO 12: CONFORT

CLASE 1 CONFORT FISICO

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTE	
	POSTOPERADO DE ARTROPLASTIA DE CADERA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N° 001 Páginas 52-107

00132.Dolor agudo r/c agente lesivo físico e/p manifestación verbal, EVA

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

Hematología, bioquímica (glucosa, creatinina, urea, enzimas hepáticas, proteínas, otros.), perfil de coagulación, análisis de gases arteriales, examen de orina.

6.3.2. De Imágenes

✓ **Radiografía:** permite evaluar las distintas estructuras óseas y sus lesiones, espacio articular y la alineación de las superficies articulares. En caso de fractura de cadera se debe obtener una radiografía anteroposterior (AP) de la pelvis, con la pierna en rotación interna para comparar ambas caderas. Otra lateral mostrará la cabeza y el cuello femoral, su angulación y desplazamiento, así como el grado de conminución de la parte posterior del cuello

6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

- ✓ **Resonancia magnética:** Es un examen imagenológico en el que se utiliza una máquina con imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes de la zona entre los huesos de la cadera.
- ✓ **Tomografía computarizada:** Mayor resolución especial para la valoración de los huesos, fragmentos óseos o cuerpos libres intraarticulares, luxación

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

Las siguientes prácticas reducen el riesgo de fractura de cadera, especialmente en personas mayores:

- ✓ Una dieta rica en calcio y vitamina D
- ✓ Ejercicios regulares para fortalecer huesos y músculos
- ✓ Evite fumar y la ingesta excesiva de alcohol
- ✓ Tenga cuidado al usar medicamentos que causan mareos
- ✓ Eliminación de peligros como alfombras, cables eléctricos que podrían hacer que se tropiece
- ✓ Someterse a exámenes oculares periódicos
- ✓ Levántate lentamente
- ✓ Usar un bastón o un andador si es necesario

6.4.2. Terapéutica



No aplica

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- ✓ **Infección de la prótesis de cadera.** Una complicación muy poco probable que se produce solo en el 2% de los casos de reemplazo de cadera y que requerirá una sustitución de la prótesis.
- ✓ **Aflojamiento de la prótesis de cadera.** Esta complicación suele producirse principalmente por caídas o por sobreesfuerzos en la articulación antes de tiempo. En estos casos será necesaria una reintervención para reajustar la prótesis

6.4.4. Signos de alarma

- ✓ Fiebre
- ✓ Enrojecimiento, hinchazón, sangrado u otro tipo de secreción en la zona de la incisión.
- ✓ Aumento del dolor en el área de la prótesis de cadera.
- ✓ Sensación de entumecimiento u hormigueo.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTE	
	POSTOPERADO DE ARTROPLASTIA DE CADERA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N° 001 Páginas 52-107

6.4.5. Criterios de Alta

No aplica

6.4.6. Pronóstico

No aplica

6.5. COMPLICACIONES PARA TENER EN CUENTA

- Dolor intenso
- Infecciones por procedimiento
- Lesiones por presión (postrados)

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

No aplica

6.7. FLUJOGRAMAS



FLUJOGRAMA 1

DIAGNOSTICO ENFERMERO

1- 00132 DOLOR AGUDO R/C AGENTE LESIVO FÍSICO E/P MANIFESTACION VERBAL, EVA

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

1.1- (*)1609 Control del dolor: Reconoce el comienzo del dolor, reconoce factores causales, utiliza medidas preventivas, utiliza medidas de alivio no analgésica

1.2- (+)2102 Nivel del dolor: Duración de los episodios de dolor, expresiones faciales de dolor, inquietud Agitación, Irritabilidad, Muecas de dolor, Diaforesis, Pérdida de apetito, lágrimas.

ESCALA * 1-Nunca demostrado

5- Siempre demostrado.

ESCALA +1-Desviación grave del rango normal de dolor

5- Sin desviación del rango del dolor

3. INTERVENCIONES (NIC)

1400. Manejo del dolor.

2210. Administración de analgésico.

1380. Aplicación de calor /frio

3.1. ACTIVIDADES

- ❖ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- ❖ Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación.
- ❖ Observar signos no verbales de molestias
- ❖ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésica correspondientes.
- ❖ Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
- ❖ Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
- ❖ Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- ❖ Comprobar ordenes médicas en cuanto a la medicamento, dosis y frecuencia del analgésico.
- ❖ Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- ❖ Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente en el dolor intenso.
- ❖ Explicar la utilización del calor o del frio, la razón del tratamiento.
- ❖ Seleccionar un método estimulante que resulte cómodo y de fácil disponibilidad, como bolsas herméticas con hielo derretido
- ❖ Envolver el dispositivo de aplicación de calor /frio con baño de protección.
- ❖ Determinar la duración de aplicación en función a las respuestas verbales
- ❖ Instruir para que se solicite la medicación a demanda para el dolor antes de que el dolor sea intenso.

REFORMULAR DE OBJETIVOS

NO

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

SI

CONTINUAR CON LOS OBJETIVOS



FLUJOGRAMA N°2

DIAGNOSTICO ENFERMERO

2.-00091.DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN CAMA R/C NO COLOCARSE DE CUBITO LATERAL DEBIDO A LA INTERVENCION QUIRURGICA M/P RESTRICCION IMPUESTAS POR EL MOVIMIENTO.

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

2.1.-(*) 0211 **Función esquelética.** -Integridad ósea, alineación esquelética, movimiento articular

2.2.-(+)**0216.Movimiento articular derecha.**

ESCALA (*) 1-Gravemente comprometido

5-No comprometida

ESCALA (+) 1-Desviacion grave del rango normal

5-Sin desviación del rango

3. INTERVENCIONES (NIC)

0740.Cuidados al paciente encamado.

0910.Inmovilizacion

ACTIVIDADES

- ❖ Mantener abducido el MI operado, con un almohadón abductor entre sus rodillas.
- ❖ El MI operado deberá optar una posición neutra (rotación neutra)
- ❖ Deberá evitar flexionar la cadera pasando los 90° (80°)
- ❖ Prohibido dormir sobre la cadera operada.
- ❖ No cruzar las piernas: Evítalo a toda costa, puede ser perjudicial para la prótesis.
- ❖ Colocar al paciente con una alineación corporal correcta.
- ❖ Vigilar la circulación, movimiento y sensibilidad de las extremidades afectadas
- ❖ Observar si se producen complicaciones por la inmovilidad.
- ❖ Administrar cuidados adecuados a la piel en los puntos de fricción.
- ❖ Proporcionar trapecio para el movimiento en la cama.
- ❖ Vigilar la piel y las prominencias Oseas para ver si hay signos de ulcera por presión.
- ❖ Monitorizar la movilidad en la zona distal afectada
- ❖ Enseñar la importancia de una correcta alimentación para cicatrización ósea
- ❖ Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- ❖ Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición según tolerancia.
- ❖ Animar al paciente a participar en los cambios de posición.

REFORMULAR DE OBJETIVOS



4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)



CONTINUAR CON LOS OBJETIVOS

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N



FLUJOGRAMA N°3

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N

DIAGNOSTICO ENFERMERO

3 -00146 ANSIEDAD R/C NECESIDADES NO SATISFECHAS, PREOCUPACIÓN A CAUSAS DE CAMBIOS EN ACONTECIMIENTOS VITALES, E/P NERVIOSISMO, TEMOR, EXPRESIÓN FACIAL

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

3.1- (*)1302 Afrontamiento de problemas: verbaliza aceptación de la situación, modifica el estilo de vida para reducir el stress, se adapta a los cambios en desarrollo, adopta conductas para reducir el stress, refiere disminución de stress.

3.2-(+)1211 Nivel de ansiedad: Inquietud, Aumento de la frecuencia cardiaca, Aumento de la presión sanguínea, Trastorno de los patrones del sueño,

ESCALA: (*)1-Nunca demostrado

5-Siempre demostrado

ESCALA: (+)2-Sustancial

5-Ninguno

3. INTERVENCIONES (NIC)

5270. Apoyo emocional

5880. Técnicas de relajación

3.1. ACTIVIDADES

- ❖ Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.
- ❖ Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- ❖ Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- ❖ Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados.
- ❖ Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- ❖ Animar al paciente que exprese los sentimientos de ansiedad, ira y tristeza.
- ❖ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- ❖ Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- ❖ Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.

REFORMULAR DE OBJETIVOS



4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)



CONTINUAR CON LOS OBJETIVOS



FLUJOGRAMA 4

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

3.-00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C PROCEDIMIENTOS QUIRURGICO E/P EDEMA LOCALIZADO, SANGRADO, DRENAJE (HEMOVAC)

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

3.1- (*)1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Temperatura de la piel, sensibilidad eritema

3.2- (+)1104 Curación ósea. Hematoma, dolor, edema, infección del tejido circundante, infección ósea
ESCALA ° 1-Gravemente comprometido 5- No comprometida

3. INTERVENCIONES (NIC)

3440.Cuidado de sitio de incisión.

3590.Vigilancia de la piel.

3660.Cuidado de las heridas.

3.1ACTIVIDADES

- ❖ Observar sin hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel.
- ❖ Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema.
- ❖ Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- ❖ Valorar el estado de la zona de incisión.
- ❖ Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- ❖ Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- ❖ Administrar cuidado del sitio de incisión.
- ❖ Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.
- ❖ Reforzar el apósito, si es necesario.
- ❖ Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- ❖ Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- ❖ Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- ❖ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- ❖ Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje en último lugar.
- ❖ Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.
- ❖ Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño.
- ❖ Enseñar al paciente y /o a la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección
- ❖ Cambiar de posición al paciente mínimo cada 2 horas.

REFORMULAR DE OBJETIVOS

NO

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

SI

CONTINUAR CON LOS OBJETIVOS

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTE

POSTOPERADO DE ARTROPLASTIA DE CADERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA



Edición N° 001

Páginas 52-107

FLUJOGRAMA 5

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

DIAGNOSTICO ENFERMERO

2.-00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C PERDIDA DE LA INTEGRIDAD DE LA ESTRUCTURA OSEA (FRACTURA) Y DETERIORO MUSCULOESQUELETICO

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

- 2.1(*)0211 **Función esquelética.** -Integridad ósea, alineación esquelética, movimiento articular.
2.2(*)0208 **Movilidad:** Movimiento articular, mantenimiento de la posición, se mueve con facilidad
- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| ESCALA * 1- Gravemente comprometida | 5: No comprometido. |
| ESCALA +1- Gravemente comprometido | 5: No comprometido |

3. INTERVENCIONES (NIC)

- 0236.Terapea de ejercicio control muscular
0224.Terapea de ejercicio : movilidad articular

E
J
E
C
U
C
I
O
N

3.1. ACTIVIDADES

- ❖ Determina las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.
- ❖ Colabora con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicio.
- ❖ Determina el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
- ❖ Explicar al paciente y familia el objeto y el plan de ejercicio articular.
- ❖ Proteger al paciente de traumatismo durante el ejercicio.
- ❖ Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.
- ❖ Fomentar la realización de ejercicio de rango de movimiento de acuerdo con un programa regular.
- ❖ Realizar ejercicio pasivo o asistido de rango de movimiento.
- ❖ Fomentar la deambulaci3n.

REFORMULAR DE OBJETIVOS

NO

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

SI

CONTINUAR CON LOS OBJETIVOS

FLUJograma 6

**P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N**

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

4.-00108 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO R/C DETERIORO MUSCULOESQUELETICO E/P POR INCAPACIDAD DE MOVERSE.

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

4.1- (*) 0301.Autocuidado: baño. Entra y sale del cuarto de baño, se baña en la bañera, se baña en la ducha
3.2- (+) 0305.Autocuidado: higiene. Mantener la higiene corporal, se lava las manos, mantener la apariencia pulcra
ESCALA * 1-Gravamente comprometida 5-No comprometida

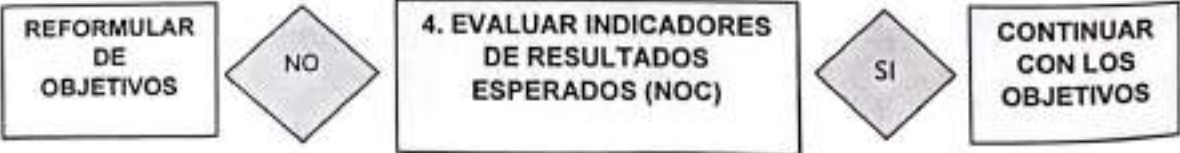
3.-INTERVENCIONES (NIC)

1800.Ayuda con el autocuidado
18001.Ayuda con el autocuidado: baño/higiene.
1610. Baño.

**E
J
E
C
U
C
I
Ó
N**

3.1-ACTIVIDADES

- ❖ Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades del autocuidado.
- ❖ Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- ❖ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.
- ❖ Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, arreglo personal, el aseo y alimentación.
- ❖ Proporcionar un ambiente terapéutico garantizado.
- ❖ Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de diente etc.)
- ❖ Controlar la integridad cutánea del paciente.
- ❖ Ayudar al baño al paciente encamado.
- ❖ Lavar el cabello si es necesario.
- ❖ Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- ❖ Ayudar con el cuidado perineal.
- ❖ Aplicar ungüentos y cremas de hidratantes en la zona de piel seca.
- ❖ Controlar la capacidad funcional durante el baño.





FLUJOGRAMA 7

DIAGNOSTICO ENFERMERO

7.- 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES R/C FALTA DE INTERÉS EN EL APRENDIZAJE E INTERPRETACIÓN ERRÓNEA DE LA INFORMACIÓN M/P VERBALIZACIÓN DEL PROBLEMA, SEGUIMIENTO INEXACTO DE LA INSTRUCCIÓN, REALIZACIÓN INADECUADA DE LA

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

7.1 (°) 1813 Conocimiento: régimen terapéutico-Responsabilidad del autocuidado para el tratamiento en curso, dieta prescrita, régimen de medicamento. Actividad física prescrita, ejercicio prescrito

7.2(+)1827Conocimiento sobre mecanismos corporales. -Postura de pie correcta, postura sentada, postura tumbada correctamente, postura de elevación correcta, ejercicio para aumentar la movilidad articular.

ESCALA (°) 1 Ningún conocimiento 5(°) Conocimiento extenso

3. INTERVENCIONES (NIC)

5602 enseñanza: proceso de enfermedad.

5616 enseñanza: ejercicio prescrito

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N

3.1. ACTIVIDADES

- ❖ Informar al paciente sobre el propósito y beneficios del ejercicio prescrito.
- ❖ Enseñar al paciente a realizar ejercicios prescrito.
- ❖ Enseñar al paciente una postura y mecánica corporal correcta.
- ❖ Observar al paciente mientras realiza el ejercicio prescrito.
- ❖ Remitir al paciente al fisioterapeuta.
- ❖ Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.
- ❖ Explicar al paciente /familia el objeto y el plan de ejercicios articular
- ❖ Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de rango de movimientos pasivos o activos.
- ❖ Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.
- ❖ Describir el proceso de la enfermedad.

REFORMULAR DE OBJETIVOS

NO

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

SI

CONTINUAR CON LOS OBJETIVOS



FLUJOGRAMA 8

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

DIAGNOSTICO ENFERMERO

8.- 00004 RIESGO DE INFECCIÓN DE LA HERIDA OPERATORIA R/C PROTESIS, PROCEDIMIENTO INVASIVO

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

8.1(*)1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas: Integridad de la piel, Eritema, Temperatura de la piel, Induración.

8.2(+) 1902. **Control de riesgo-**Identifica los factores de riesgo, desarrolla estrategias de control de riesgo efectiva, modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.

ESCALA (*) 1-Gravemente comprometida 5- No comprometida

ESCALA (+) 1-Nunca demostrado 5- Siempre demostrado

3. INTERVENCIONES (NIC)

3480 monitorización del as extremidades inferiores.

3590 Vigilancia de la piel

3.1ACTIVIDADES

- ❖ Examinar la presencia de edemas en las extremidades inferiores.
- ❖ Examinar si el pie hay signos de presión.
- ❖ Preguntar si hay parestesia.
- ❖ Palpar los pulsos pedios y tibial posterior.
- ❖ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel.
- ❖ Valorar el estado de la zona de incisión.
- ❖ Vigilar el color y temperatura de la piel.
- ❖ Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema o inflamación.
- ❖ Observar las características de cualquier drenaje.
- ❖ Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- ❖ Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- ❖ Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje (si lo hubiera).
- ❖ Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño y la ducha.
- ❖ Enseñar al paciente y/o familiar a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N

REFORMULAR DE OBJETIVOS

NO

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

SI

CONTINUAR CON LOS OBJETIVOS



FLUJOGRAMA 9

DIAGNOSTICO ENFERMERO

9.- 00028 RIESGO DE DÉFICIT DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS R/C CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O PERDIDAS EXCESIVAS A TRAVÉS DE VIAS ANORMALES (DRENAJE HEMOVAC)

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

9.1 (*)0601 Equilibrio hídrico Presión arterial, pulsos periféricos, entradas y salidas diarias equilibradas, humedad de las membranas mucosas, hematocrito, ojos hundidos etc.

ESCALA(*) 1.- Gravemente comprometida 5 .-No comprometida.

3. INTERVENCIONES (NIC)

4120. Manejo de líquidos. 6680.Monitorización de los signos vitales.
4130. Monitorización de liquido.

3.1. ACTIVIDADES

- ❖ Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.
- ❖ Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- ❖ Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.
- ❖ Realizar un registro preciso de entrada y salida.
- ❖ Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial).
- ❖ Controlar los resultados de laboratorio relevantes disminución del hematocrito.
- ❖ Administración de terapea endovenosa.
- ❖ Monitorizar el estado de nutrición.
- ❖ Administrar líquidos.
- ❖ Favorecer la ingesta oral.
- ❖ Distribución la ingesta de liquido de 24 horas.
- ❖ Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión.
- ❖ Preparar al paciente para la administración de hemoderivados.
- ❖ Administrar los hemoderivados.

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N

REFORMULAR DE OBJETIVOS



4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)



CONTINUAR CON LOS OBJETIVOS



FLUJOGRAMA 10

DIAGNOSTICO ENFERMERO

10.-00015.-RIESGO DE ESTREÑIMIENTO R/C DETERIORO DE MOVILIDAD FISICA, ACTIVIDAD FISICA INSUFICIENTE, HABITOS DE DEFECACION INADECUADOS

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

10.1(*) 0501 Eliminación Intestinal. - Patrón de eliminación, control movimientos intestinal, cantidad de heces, heces blandas y formadas, facilidad de eliminación de heces.

ESCALA (*) 1- Gravemente comprometida

5-No comprometida.

3. INTERVENCIONES (NIC)

0450. Manejo de estreñimiento/impactación fecal.

1840. Ayuda con el autocuidado: micción defecación.

0466.Administrara enema

3.1. ACTIVIDADES

- ❖ Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- ❖ Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal.
- ❖ Comprobar las defecaciones, incluye frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- ❖ Consultar con el medico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo.
- ❖ Identificar los factores (medicación, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa de estreñimiento.
- ❖ Fomentar el aumento de la ingesta liquido.
- ❖ Enseñar al paciente/familia para que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de deposiciones.
- ❖ Sugerir el uso de laxante/ablandadores de heces.
- ❖ Informar al paciente acerca del procedimiento manual de des impactación.
- ❖ Extraer la impactación fecal manualmente.
- ❖ Administrar el enema o la irrigación.
- ❖ Ayudar al paciente en la utilización de chata.
- ❖ Disponer intimidad durante la eliminación.

REFORMULAR DE OBJETIVOS

NO

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

SI

CONTINUAR CON LOS OBJETIVOS

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N



FLUJOGRAMA 11

DIAGNOSTICO ENFERMERO

11.-00303.RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS R/C PRÓTESIS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES, ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD, DIFICULTAD EN LA MARCHA Y DISMINUCIÓN DE LA FUERZA FÍSICA EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES.

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

(*) 1909.**Conducta de prevención de caídas.** Pide ayuda, coloca barreras para prevenir caídas, utiliza barandillas, utiliza dispositivos de ayuda correctamente

(*) 0202.**Equilibrio.** Mantener el equilibrio al levantarse desde la posición sentada, mantiene el equilibrio al caminar,

3. INTERVENCIONES (NIC)

1919.Control del riesgo: caídas

1909.Conducta de prevención de caídas.

6490.Prevenion de caída.

3.1 ACTIVIDADES

Identificar déficit cognoscitivo o fisico del paciente que pueden aumentar la posibilidad de caídas.

Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caída.

Revisar los antecedentes de caída con el paciente y la familia.

Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.

Ayudar a la deambulación de las personas inestables.

Proporcionar dispositivos de ayuda bastón, andador para caminar.

Enseñar al paciente a utilizar un bastón o un andador.

Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que a ser esfuerzos.

Disponer un asiento de baño elevado para que la trasferencia sea más sencilla.

Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda timbres o luz de llamada .

REFORMULAR DE OBJETIVOS

NO



4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

SI

CONTINUAR CON LOS OBJETIVOS

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTE	
	POSTOPERADO DE ARTROPLASTIA DE CADERA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N° 001 Páginas 52-107

FLUJOGRAMA 12

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

DIAGNOSTICO ENFERMERO

12. 00291. RIESGO DE TROMBOSIS R/C DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA

2.-RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

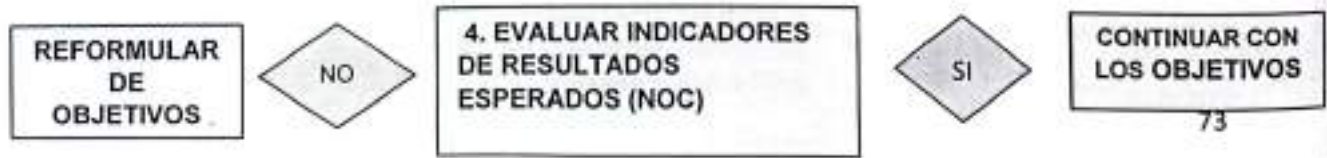
12.1 (*)1932 Control de riesgo de trombos. Identifica los factores de riesgo para la formación de trombos, controla síntomas y signos de la formación trombos o émbolos, obtiene prueba periódica de laboratorio, cumple con el régimen terapéutico para trastorno comórbidos

3. INTERVENCIONES (NIC)

4110. Precaucion en el embolismo.

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N

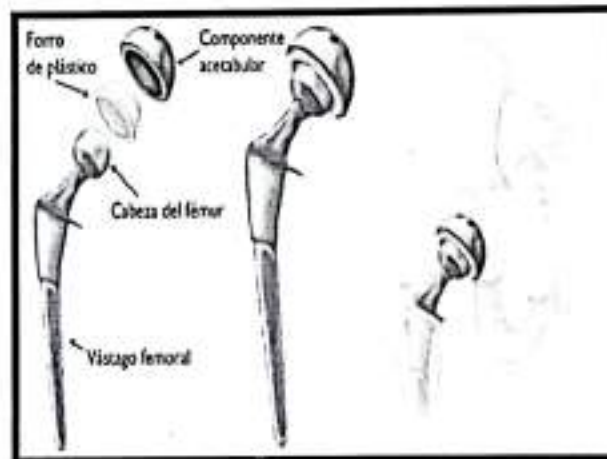
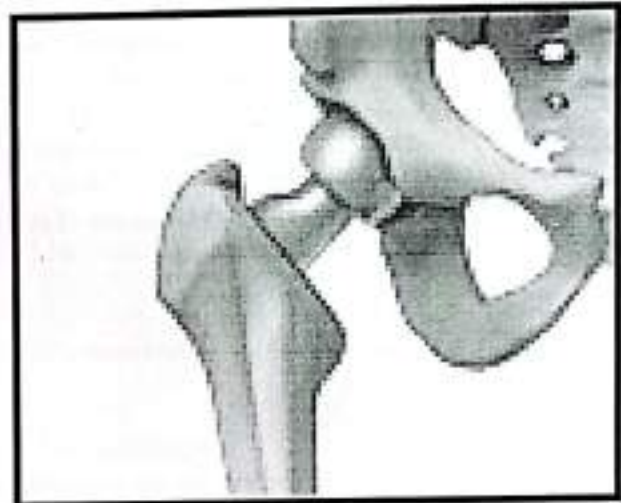
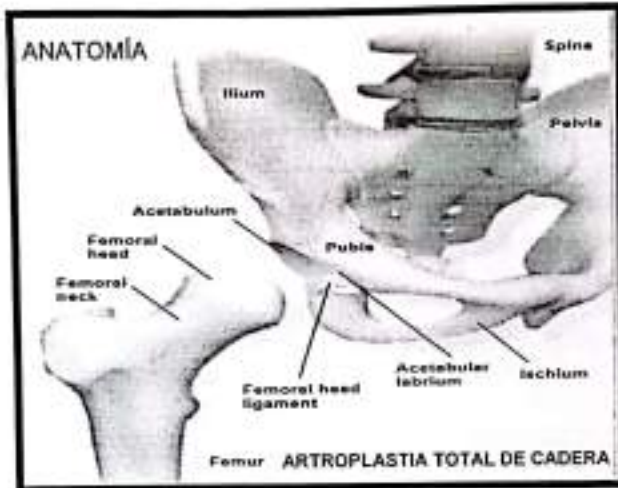
- ❖ Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica, comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color, presencia de dolor de extremidades.
- ❖ Iniciar una pauta de trombopprofilaxis apropiada de inmediato en los pacientes de riesgo.
- ❖ Administrar dosis bajas de fármacos anticoagulación y /o antiplaquetario de forma profiláctica.
- ❖ Elevar cualquier extremidad con sospecha de estar afectada 20° o más por encima del corazón, para mejorar el retorno venoso.
- ❖ Aplicar medias o manguitos de compresión.
- ❖ Ayudar al paciente con los ejercicios pasivos y activos de rango de movimiento.
- ❖ Hay que recomendar que se realice flexión y extensión de los pies y las piernas al menos 10 veces cada hora.
- ❖ Realizar cambios posturales del paciente cada 2 horas y recomendar una movilización o deambulacion precoz-
- ❖ Instruir al paciente para que no cruce las piernas y evite estar sentado durante periodos prolongados con las piernas en posición de declive.







VII. ANEXOS.



ARTROPLASTIA PARCIAL DE CADERA



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTE	
	POSTOPERADO DE ARTROPLASTIA DE CADERA DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N° 001 Páginas 52-107

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA

1. Libro de NANDA undécima edición 2018-2020
2. Libro NOC sexta edición
3. Libro NIC séptima edición
4. Incidencia y pronóstico general y funcional de fracturas de cadera en población anciana (ulpgc.es)
- 5.- Fractura de cadera Definición - Salud.es

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA DE PACIENTE POST OPERADO DE COLECISTECTOMIA ABIERTA	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N.º 001 Páginas 76-107

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE LA VESICULA BILIAR

I. FINALIDAD

Fortalecer las competencias y unificar los conocimientos y criterios en el proceso del cuidado de enfermería en la atención del paciente pre y post operados de la vesícula biliar.

II. OBJETIVOS

- Brindar cuidados de enfermería oportunos y basados en la investigación científica a los pacientes post operados de colecistectomía.
- Disminuir los daños reales y potenciales en el paciente post operados de colecistectomía.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía de atención es de aplicación en el servicio de enfermería de hospitalización de cirugía del Hospital de Chancay.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

Guía de Intervención de Enfermería en pacientes post operados de colecistectomía.

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

Código CIE 10:

Colecistectomía K81

V. CONSIDERACIONES GENERALES



5.1 DEFINICIÓN

La colecistectomía es un proceso de extirpación quirúrgica de la vesícula, un órgano con forma de pera que se encuentra justo debajo del hígado, en la parte superior derecha del abdomen. La vesícula biliar recoge y almacena la bilis, un jugo digestivo producido en el hígado. La razón más común para llevar a cabo una colecistectomía es por patología biliar a causa de cálculos biliares que bloquean el paso de la bilis.

5.2 ETIOPATOGENIA

La causa más frecuente que desencadena este cuadro es la obstrucción del conducto cístico o del bacinete vesicular ocasionada en el 90% de los casos por un cálculo enclavado. Diferentes factores intervienen en el mecanismo etiopatogénico de la colecistitis aguda como son:

- a) La obstrucción del conducto cístico por un cálculo que impide el drenaje biliar al colédoco. Esto lleva a la retención de las secreciones, acompañado de edema de la pared y distensión vesicular, a la cual le siguen fenómenos vasculares que alteran la misma, con compromiso primero venoso, luego arterial, con la subsiguiente isquemia, que lleva a la necrosis y a la perforación vesicular. Este hecho, el de obstrucción cística por un lito, tiene una frecuencia superior al 90%, y es universalmente aceptado como un factor importante en la colecistitis aguda.
- b) La infección vesicular no siempre es una causa desencadenante primaria, sino más bien, una complicación de la obstrucción vesicular, actuaría más en la evolución, que en el inicio de la colecistitis. El estudio bacteriológico del contenido vesicular es positivo en el 60% de los pacientes. Los gérmenes Gram - son los más frecuentes (75%), son enterobacterias gram negativas como la Escherichia Coli, klebsiella, enterobacter y

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE LA VESICULA BILIAR	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N. ° 001 Páginas 76-107



proteus. Los gérmenes Gram + se encuentran en menor proporción (25%) streptococo, enterococo y en pocos casos estafilococo y los anaerobios. perfringens. No existe una correlación total entre bacteriología y estado anatómico de la vesícula, encontrándose casos de piocolecisto con bacteriología negativa. No obstante, las complicaciones sépticas, más importantes, se producen en vesículas infectadas y en pacientes con hemocultivos positivos. Esto lleva a la perforación vesicular, contaminación peritoneal, abscesos entra-abdominales y un aumento de la morbimortalidad.

- c) La Colecistitis alitiásica, se presenta por lo general en los pacientes críticos. que han padecido un trauma o están cursando un postoperatorio crítico. Esto trae como consecuencia la falta de funcionamiento vesicular, estasis, aumento de la viscosidad de la bilis y distensión vesicular. A esto se agrega otros factores que actúan desfavorablemente sobre la vitalidad de los tejidos y favorecen la inflamación e infección, como la deshidratación, la hipovolemia, la asistencia mecánica respiratoria, las endotoxinas, el síndrome de bajo volumen minuto y la hiperalimentación parenteral.
- d) Los constituyentes de la bilis son irritantes de la mucosa vesicular, como el aumento de la concentración de ácidos biliares, colesterol, liso lecitina y los mismos cálculos. La lecitina es un constituyente normal en la mucosa y por acción de una fosfolipasa es convertida en liso lecitina. La fosfolipasa es un constituyente de las células epiteliales y puede ser liberada al alterarse la misma. La liso lecitina tampoco es un constituyente normal de la bilis, pero si se la encuentra en la vesícula con colecistitis aguda. Experimentalmente la instilación de licolectina en la vesícula produce colecistitis.
- e) La prostaglandina E actúa produciendo mayor absorción y secreción a nivel mucosa. Sería en parte responsable de la distensión vesicular y del dolor. El uso de Indometacina que inhiben a estas sustancias disminuye la distensión vesicular y reduce el dolor.
- f) El compromiso vascular de la vesícula biliar se observa en los pacientes diabéticos y en los portadores de enfermedades vasculares generalizada, siendo la mucosa la capa más sensible al hipoflujo, produciéndose placas de necrosis a nivel del fondo vesicular, que es la zona de mayor distensión de la viscera, llevando a la misma, a la perforación y coleperitoneo subsecuente

5.3 FISIOPATOLOGÍA:

Dentro de un contexto de colelitiasis, la obstrucción del bacinete vesicular ocasionada por un cálculo biliar es el desencadenante principal, llevando en primer lugar, a una contracción intensa y distensión vesicular, lo cual explica el dolor cólico abdominal característico de este cuadro. Esta obstrucción genera: edema de la pared vesicular, retención de las secreciones biliares y alteraciones vasculares. El edema de pared gatilla la liberación de la fosfolipasa, al alterarse las células epiteliales que lo contienen.

La fosfolipasa convierte la lecitina (componente normal de la mucosa) en liso lecitina, que es citotóxica, y produce ácido araquidónico a partir de los fosfolípidos, lo cual favorece la producción de prostaglandinas (específicamente las prostaglandinas I2 y E2), desencadenándose el proceso inflamatorio. Las secreciones biliares y los mismos cálculos también son irritantes, por lo que su acumulación favorece este proceso. Las alteraciones vasculares, principalmente isquemia, se explican por la compresión del conducto cístico por parte del cálculo, que genera trombosis de los vasos císticos, y por el aumento de presión intraluminal secundaria a la obstrucción, que disminuye el flujo sanguíneo de los vasos císticos. La combinación de ambos mecanismos lleva a isquemia, agravando el cuadro inflamatorio.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE LA VESICULA BILIAR	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	Edición N. ° 001 Páginas 76-107



La colecistitis aguda se puede manifestar dentro de un contexto Litiasica alitiásico siendo la presentación Litiasica la más frecuente.

- a) **Colecistitis Aguda Litiásica:** Dentro de un contexto de colelitiasis la obstrucción de la bacineta vesicular ocasionada por un cálculo biliar es el desencadenante principal llevando en primer lugar, a una contracción intensa y distensión vesicular, lo cual explica el dolor cólico abdominal característico de este cuadro. Esta obstrucción genera edema de la pared vesicular, retención de las secreciones biliares y alteraciones a nivel de los vasos sanguíneos. El edema de la pared gatilla la liberación vascular de la fofa lipasa convierte, la lecitina (componente normal de la mucosa) en lecitina que es cito tóxica y produce acido araquidónico a partir de los fosfolípidos lo cual favorece a la producción de prostaglandinas (específicamente las prostaglandinas 12 y E2) desencadenándose el proceso inflamatorio biliares. Las secreciones biliares y los mismos cálculos también son irritantes por lo que su acumulación favorece este proceso.

Las alteraciones vasculares principalmente la isquemia, se explican por la compresión del conducto cístico por parte del cálculo, que genera trombosis de lo vasos císticos y por el aumento de la presión intraluminal secundaria a la obstrucción que disminuye el flujo de la bilis. Cuando las vías biliares se hinchan por el líquido favorece un perfecto caldo de cultivo, ya que la bilis no es aséptica tiene una cantidad de bacterias, pero cuando se produce el fenómeno de la cavidad cerrada, las bacterias empiezan a proliferar y tenemos una contracción, obstrucción, la vesicula se llena además con una infección a una colecistitis aguda durante mucho tiempo, la contracción y el edema produce una isquemia sobre la pared más la infección puede romperse produciendo una perforación de la vesícula que dura de 2 a 3 días. En este tiempo la vesícula sigue inflamada teniendo una reacción quimiotáxica a los factores de la inflamación hacen que las estructuras vecinas, sobre todo el Epiplón Mayor que van hacia la vesícula la rodean, por lo tanto cuando se perfora lo hace toda la cavidad creada por el epiplón mayor apareciendo el Signo de Murphy, dolor intenso hipocondrio derecho se irradia a la espalda.

- b) **Colecistitis Alitiásica:** La variante alitiásica suele presentarse en pacientes con un estado de salud crítico, pacientes con nutrición parenteral, traumatismos múltiples, quemaduras extensas, sepsis, enfermedad prolongada con falla orgánica múltiple, o postoperatorio crítico (como por ejemplo posterior a una cirugía cardiaca). Aunque se desconoce la causa exacta, es de etiología multifactorial, por una susceptibilidad aumentada a la inflamación y la colonización bacteriana en una vesícula disfuncional en el contexto de un paciente crítico, con distensión, estasia y aumento de la viscosidad biliar.

También se ha descrito mayor susceptibilidad en diabéticos y pacientes con enfermedad vascular periférica, dado que está más predispuesto a isquemia por disminución del flujo sanguíneo en los vasos císticos. Es importante destacar que el rol bacteriano en la patogénesis de la colecistitis aguda aún no está totalmente claro, y solamente el 50-75% de los cultivos de bilis o pared biliar resultan positivos. Se considera a la infección vesicular más bien como una complicación de la obstrucción y/o estasia biliar, y no siempre el desencadenante de la inflamación. En 75% de los casos, la infección se debe a Enterobacterias Gram negativos (E. coli, Kliebsella, Enterobacter, Proteus, etc.), que se pueden presentar se forma aislada o mixta. El 25% restante corresponde a infección por Gram positivo (Estreptococo, Enterococo, Estafilococo, etc.)

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE LA VESICULA BILIAR	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION DE CIRUGIA	Edición N.º 001 Páginas 76-107

TIPOS:

- Colecistectomía Laparoscópica.** Esta técnica es la más común para una colecistectomía simple, se realizan múltiples incisiones pequeñas en el abdomen, posteriormente se insertan (tubos huecos) en las aperturas, las herramientas quirúrgicas y una cámara con luz se colocan en los puertos. El abdomen se infla con gas de dióxido de carbono para que se puedan ver los órganos internos con mayor facilidad, la vesícula biliar se extirpa, las aperturas de los puertos se cierran con suturas, clips quirúrgicos o pegamentos, el hecho de iniciar una cirugía laparoscópica no nos asegura al 100% que se terminará con la misma técnica, en el transcurso de la cirugía se puede realizar un cambio de procedimiento por una laparotomía abierta según sea necesario, el procedimiento toma de 1 a 2 horas.
- Colecistectomía Abierta:** el procedimiento consiste en una incisión de aproximadamente 6 pulgadas de lado superior derecho del abdomen, se corta a través de la grasa músculo hasta llegar a la vesícula biliar, se produce la extirpación, se puede colocar un pequeño drenaje desde el interior hacia el exterior del abdomen, por lo general este drenaje es retirado en el hospital la duración del procedimiento es de 1 a 2 horas.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Aproximadamente 95% de las colecistitis agudas se producen como consecuencia de cálculos biliares. Un 25% de los pacientes con colelitiasis presentan complicaciones secundarias, incluyendo colecistitis (también pancreatitis, coledocolitiasis entre otras); se estima que un 20% de los cálculos biliares sintomáticos (cólico biliar) evolucionan a colecistitis. En países desarrollados, la prevalencia de cálculos biliares se estima entre un 5 a 10% dentro de la población adulta. Cabe destacar que las etnias más afectadas corresponden a latinos con ancestro indígena. Por otra parte, las poblaciones africanas y asiáticas tienen prevalencias más bajas. En países como EEUU, Bolivia, México, España y Japón, la prevalencia es aproximadamente de 10-15%, 15,7%, 14,3%, 9,7% y 7%, respectivamente. Se estima que la colecistitis litiásica aguda es 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres antes de los 50 años; después de los 50 años, es solamente 1,5 veces más frecuente. El riesgo también aumenta 2 veces en pacientes con antecedentes de litiasis biliares en familiares de primer grado. Otros determinantes de riesgo incluyen obesidad, dietas hiperlipídicas, resección ileal terminal, ciertos fármacos (fibratos, anticonceptivos, ceftriaxona), y el embarazo (por disminución de la contracción vesicular secundaria a la acción de la progesterona, generando estasis biliar).

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Riesgos generales y específicos del procedimiento

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
- Retención aguda de orina. Flebitis.
- Trastornos temporales de las digestiones.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Riesgos poco frecuentes y graves:



- Dehiscencia de la laparotomía (abertura de la herida).
- Estrechez de la vía biliar.
- Fístula biliar con salida de bilis que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros) y a veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis).
- Sangrado o infección intra abdominal.
- Fístula intestinal.
- Colangitis (infección de los conductos biliares).
- Ictericia.
- Pancreatitis.
- Coledocolitiasis.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 signos y síntomas.

La mayoría de los pacientes tienen antecedentes de alteraciones dispépticas por ingesta de colecistoquinéticos y o de cólicos vesiculares. Solamente entre un 20 y 30% un cuadro de colecistitis aguda es la primera manifestación por la que consulta el paciente. Frecuentemente se tiene el antecedente de una ingesta de colecistoquinéticos, como una comida copiosa precediendo el cuadro clínico. El dolor es uno de los síntomas más constantes. Generalmente está localizado en hipocondrio derecho mucho más persistente que lo observado en los cólicos biliares que haya tenido el paciente y tiende a ser progresivo. Con el aumento del proceso inflamatorio, la vesícula se distiende más, comprometiendo el peritoneo parietal, lo que incrementa el dolor en el hipocondrio derecho.

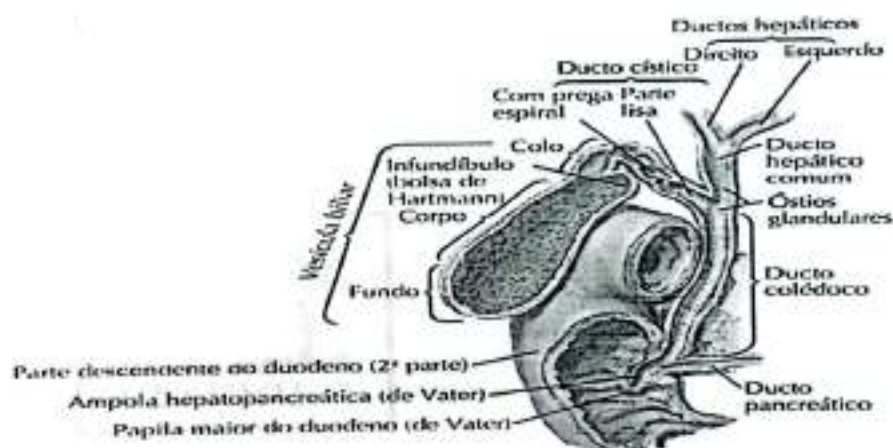
El dolor, puede irradiarse a epigastrio, hacia región dorsolumbar derecha y el hombro homolateral. En algunos casos el dolor puede irradiarse a hipocondrio izquierdo, cuando está involucrando al páncreas. Puede generalizarse si se produce una complicación como la perforación, esta sintomatología se acompaña de anorexia, náuseas, vómitos y fiebre. La existencia de fiebre, es otro síntoma importante, puede estar precedido por escalofríos, y el paciente se siente más cómodo cuando está quieto y acostado. La palpación del hipocondrio derecho, muestra hipertonía muscular por hipersensibilidad y defensa. La contractura es más manifiesta cuando mayor es el compromiso peritoneal. En sujetos de edad avanzada, puede haber menos reacción peritoneal en relación con el cuadro anatómico. La palpación de la vesícula, aunque esté distendida, no es frecuente (12% Acosta Pimentel).

El dolor de origen vesicular se explora con la maniobra de Murphy. Los autores desconocen la descripción original, pero hay varias maneras de efectuarla siendo común el aumento del dolor con la inspiración que provoca el descenso del hígado con la vesícula. La zona vesicular es equidistante entre epigastrio y línea axilar media y estaría por debajo del reborde hepático. Se aconseja que el paciente este en decúbito dorsal y el médico a la derecha, colocar ambos pulgares en la zona vesicular con la palma de la mano izquierda apoyada en el reborde costal y la mano derecha sobre el abdomen. Manteniendo una ligera presión se hace inspirar al paciente incrementándose el dolor en caso positivo.



Esta maniobra puede ser efectuada también colocando la mano en forma de gancho con la parte palmar de las últimas falanges en la zona vesicular. Por último, puede también realizarse con la mano derecha colocada por fuera del recto anterior, llegando con las falanges algo flexionadas a la zona vesicular. Cuando hay filtración o perforación vesicular, o abscesos, la semiología del dolor es diferente, extendiéndose el compromiso a zonas vecinas como flanco y fosa iliaca derecha, cuando hay escurrimiento biliar por el espacio parietocólico provocando un coleperitoneo. La palpación de una masa subcostal derecha (25% de los casos) puede ser debida a un empiema vesicular, flegmon de la zona, absceso por una perforación o un tumor especialmente en pacientes añosos. La fiebre se acompaña de escalofríos por bacteriemias, náuseas, vómitos. El ileo reflejo o por compromiso peritoneal debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial.

6.1.2. Gráfico



6.2. DIAGNÓSTICO:

6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO



No aplica

6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No aplica

6.2.3 DIAGNOSTICO ENFERMERO

- **Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés**
Clase 2: Respuestas de afrontamiento
Dolor agudo R/C Agentes lesivos físicos E/P Conducta expresiva (me duele y arde la herida, dolor constante en el hipocondrio derecho)
- **Dominio 11 seguridad y proteccion**
Clase 1 infeccion
Riesgo de infeccion R/C , procedimientos invasivos, alteración de la integridad de la piel.
Deterioro de la integridad cutánea r/c R/C procedimiento quirurgico
- **Dominio: 04 actividad/reposo**

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE LA VESICULA BILIAR	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N.º 001 Páginas 76-107

Clase: 5 autocuidado

Déficit de Autocuidado: baño r/c barreras ambientales

• **Dominio 2: Nutrición**

Clase 1: Equilibrio nutricional

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C procedimiento invasivo mayor

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

Laboratorio:	Leucograma: 12,000 - 14,000 cel./mm ³ • Bilirrubina < 4 mg/dl. • Fosfatasa Alcalina, Transaminasas y Amilasa pueden aumentar en suero. • Proteína C reactiva (≥ 3mg/dl) • En pacientes con persistencia de alteraciones de enzimas hepáticas, bilirrubina elevada, elevación de fosfatasa alcalina o hiperamilasemia, debe sospecharse patología asociada.
Gabinete:	La ultrasonografía es la técnica de imagen más útil cuando se sospecha colecistitis aguda, sin embargo, su realización no debe retrasar la cirugía. Los hallazgos más frecuentes son: <ul style="list-style-type: none"> • Signo ecográfico de Murphy. • Engrosamiento de la pared vesicular (mayor de 4mm) • Distensión de la vesícula (Eje longitudinal mayor de 8 cm, transversal mayor de 4 cm) • Cálculo enclavado, detritos, colección de líquido pericolecístico. • Capa hipocogénica en la pared vesicular y ecogenicidad intramural
Imágenes:	Radiografía de tórax y abdomen. Ecografía. Tomografía axial computarizada.
Complementarios:	Electrocardiograma.



6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD:

6.4.1 Medidas generales y preventivas:

Ingreso hospitalario.

- Nada por boca.
- Reposición de líquidos y electrolitos con cristaloides.
- Tratamiento farmacológico:
- Antibióticos
- Profilaxis preoperatoria: cefalosporina de primera generación: cefazolina 1 – 2 gramos. IV dosis única.
- Terapéutica: ampicilina/sulbactam (Primer escoge), ciprofloxacina + metronidazole.
- Analgésicos: ketorolaco, diclofenaco, meperidina, tramadol, de acuerdo a la respuesta clínica del paciente.
- Antieméticos.
- El tratamiento quirúrgico luego del inicio de los síntomas no debe retrasarse por más de setenta y dos horas. Es preferible la colecistectomía temprana luego del ingreso del paciente.
- Colecistectomía laparoscópica es preferible a la abierta si no hay contraindicaciones, y se disponga de personal entrenado, equipo e insumos.

6.4.2 Terapéutica: Como intervenciones interdisciplinarias

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE LA VESICULA BILIAR	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N.º 001 Páginas 76-107

No aplica

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:

Las más importantes son el empiema y la perforación vesicular, pero además las hemorragias y lesión tisular y la lesión de las vías biliares, finalmente las peritonitis biliares y las fistulas biliares.

Hidrocolecisto, piocolecisto (empiema vesicular), colecistitis enfisematosa, gangrena, perforación (absceso local, y peritonitis), fistula colecistoentérica e ileo biliar, síndrome de Mirizzi, coledocolitiasis, sepsis, muerte.

Complicaciones postoperatorias.

Menor del 1% por hemorragias o fuga biliar, Infección menores del 0.5%, Lesiones de vías biliares 0.5% , Mortalidad entre 0.2 – 0.5%

6.4.4. Signos de alarma:

Dolor intenso en la zona de incisión

Inflamación en la zona de incisión

Edema en la zona de incisión

Hipertermia

6.4.5. Criterios de Alta:

No aplica

6.4.6. Pronóstico:

No aplica

6.5 COMPLICACIONES PARA TENER EN CUENTA

- Fugas biliares
- Sangrado
- Infección
- Lesiones en las estructuras cercanas, como las vías biliares, el hígado y el intestino delgado
- Riesgos de la anestesia general, como coágulos de sangre y neumonía

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

No aplica

6.7 FLUJOGRAMAS



Flujograma 1

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

- Dolor constante en el hipocondrio derecho con persistencia mayor que la de un cólico biliar (días frente a horas), náuseas, vómitos, fiebre, malestar general y anorexia.
- La palpación del hipocondrio derecho, muestra hipertonia muscular por hipersensibilidad y defensa. La contractura es más manifiesta cuando mayor es el compromiso peritoneal
- Al examen físico se evidencia fiebre (38-38.5°C), taquicardia, ictericia leve (10-15% de los pacientes).
- Hay dolor y resistencia por debajo del hipocondrio derecho.
- El signo de Murphy, es considerado patognomónico, aunque no siempre se halla presente.
- La evolución es variable, y la gangrena y perforación pueden ocurrir en forma precoz

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTES

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio: Hematología, bioquímica (glucosa, creatinina, urea, enzimas hepáticas, proteínas, otros.), perfil de coagulación, análisis de gases arteriales, electrolitos, examen de orina, ácido láctico sérico.

Imágenes: Radiografía de tórax y abdomen, Ecografía, Tomografía axial computarizada.

Complementarios: Electrocardiograma.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Dolor agudo R/C Agentes lesivos físicos E/P Conducta expresiva (me duele y arde la herida, dolor constante en el hipocondrio derecho)

Riesgo de infección R/C , procedimientos invasivos, alteración de la integridad de la piel.

Déficit de Autocuidado: baño r/c barreras ambientales

Deterioro de la integridad cutánea r/c R/C procedimiento quirurgico

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C procedimiento invasivo mayor

V
A
L
O
R
A
C
I
Ó
N

A
N
Á
L
I
S
I
S



Flujograma 2

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
O

E
J
E
C
U
C
I
O
N

DIAGNOSTICO ENFERMERO

1 .Dolor agudo R/C Agentes lesivos físicos E/P Conducta expresiva (me duele y arde la herida, dolor constante en el hipocondrio derecho)

2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC).

1.1 (*) Dolor referido (210201)

1.2 (+) Expresiones faciales de dolor (210206)

ESCALA *	1. Sustancial	2. Ligero
ESCALA +	1. Sustancial	2. ligero

3. INTERVENCIONES (NIC)

1.1 Manejo del Dolor (1400)

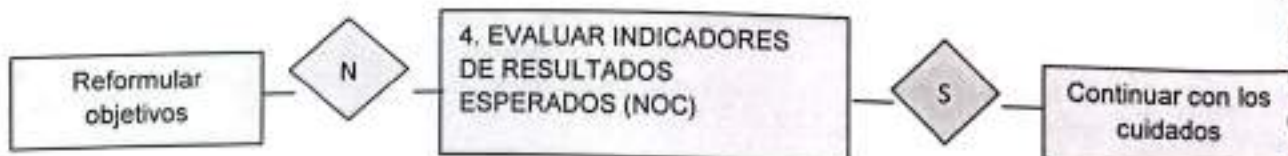
1.2 Administración de analgésicos (2210)

1.3 Relajación Muscular Progresiva (1460)

1.4 Asistencia analgésica controlada por el paciente. (2400)

3.1 ACTIVIDADES

- Considerar el tipo o la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.
- Monitorización de las funciones vitales
- Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa
- Asegurarse que el paciente no es alérgico a la medicación antes de administrarse.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada.
- Ayudar al paciente a valorar la calidad, intensidad y localización del dolor.
- Asegurarse que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor.
- Evaluar la eficacia de los medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua





Flujograma 3

DIAGNOSTICO ENFERMERO

2. Riesgo de infección R/C , procedimientos invasivos, alteración de la integridad de la piel

3. RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

2.1 Control de riesgo (1902) Identifica los factores del riesgo, evita exponerse a las amenazas para la salud.
2.2 Estado inmune (0702) temperatura corporal, Integridad cutánea, estado respiratorio, estado genitourinario, estado gastrointestinal

Escala: 2.1 Desviación Grave - 5 Sin desviación del rango normal
Escala 2.2 Gravemente comprometido -5 No comprometido

3. INTERVENCIONES (NIC)

3.1. (3660) cuidados de las heridas
3.2. (6550) protección contra las infecciones
3.3. (2390) prescribir medicación

3. ACTIVIDADES

- Mantener técnicas de aislamiento apropiados
- Garantizar una técnica aséptica de todas las vías IV.
- Lavarse las manos ante y después de cada actividad
- Limitar el número de visitas según corresponda
- Instruir al paciente de la técnica correcta para lavarse las manos
- Mantener limpio el ambiente del paciente
- cambiar las vías periférica y central teniendo en cuenta las normas de bioseguridad.
- observar sitio de incisión, (calor extremo, edema, drenajes)
- Observar si hay erupciones en la piel
- Cumplir con las cinco medidas de bioseguridad
- Comprobar la fecha de caducidad de los fármacos
- Administrar los fármacos en el tiempo correcto
- Comprobar la presencia de infiltración, flebitis
- Controlar las funciones vitales

Reformular objetivos

N

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

S

Continuar con los cuidados

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N



PERU

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE LA VESICULA BILIAR



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA

Edición N.º 001

Páginas 76-107

Flujograma 4

DIAGNOSTICO ENFERMERO

3. Déficit de Autocuidado: baño r/c barreras ambientales

3. RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

3.1 0301 Autocuidado baño: Entra y sale del cuarto del baño, obtiene los suministros para el baño, regula la temperatura del agua, se lava la cara, se lava el cuerpo.
3.2 Autocuidados Higiene: se lava las manos, mantiene la higiene corporal

Escala: 3.1 1 Gravemente comprometido.5 No comprometido
Escala 3.2 1 Gravemente comprometido.5 No comprometido

3. INTERVENCIONES (NIC)

3.INTERVENCION (NIC)

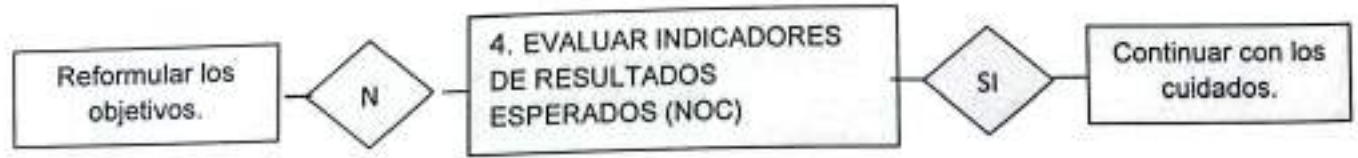
- 3.1 0180 Manejo de la energía
- 3.2 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
- 3.3 6482 manejo ambiental. Confort

3 ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividad.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente independiente
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesite
- Facilitar se bañe a si mismo
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Fomentar la ayuda de los familiares
- Estar disponible para ayudar a vestir si es necesario
- Mantener la intimidad
- Ayudar en las actividades fisica (deambular, traslados, cambios posturales,
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro
- Proporcionar una habitación personal, limpio y seguro

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N





Flujograma 5

DIAGNOSTICO ENFERMERO

4. Deterioro de la integridad cutánea r/c R/C procedimiento quirurgico

4. RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

4.1(*) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

4.1(+) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

ESCALA * 1. Desviación grave

2. Sin desviación

ESCALA + 1. Desviación grave

2. Sin desviación.

4. INTERVENCIONES (NIC)

(1200) Imagen corporal

(120014) Adaptación a cambios corporales por cirugía

(120016) Actitud hacia tocar la parte corporal afectada

(1101) Integridad tisular: piel

4. ACTIVIDADES

- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.
- Despegar los apósitos y esparadrapo
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo color, tamaño y olor
- Colocar la zona afectada en una bañera de hidromasaje, según corresponda
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesaria
- Aplicar una crema adecuada en la lesión.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Fomentar la ingesta de líquidos. Enseñar al paciente y familia los signos y síntomas de infección



Reformular los objetivos.

N

4. EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

SI

Continuar con los cuidados.



PERÚ

Ministerio de Salud

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE LA VESICULA BILIAR



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA

Edición N.º 001

Páginas 76-107

Flujograma 6

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
Ó
N

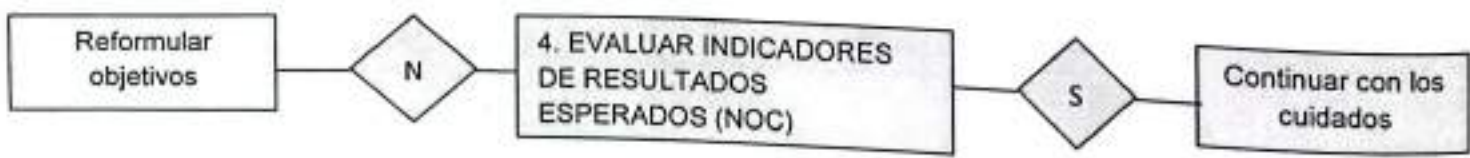
DIAGNOSTICO ENFERMERO
5. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C procedimiento invasivo mayor

2. RESULTADOS ESPERADOS (NOC)
9.1 Equilibrio Hídrico (0601): entradas y salidas diarias equilibradas, función renal, cantidad de orina.
9.2 Hidratación (0602): membranas mucosas húmedas, diuresis.
Escala: 9.1 | Gravemente comprometido. 5 No comprometido
Escala: 9.2 | Gravemente comprometido. 5 No comprometido

3. INTERVENCIÓNES (NIC)
9.1 2080 manejo de líquidos/electrolitos
9.2 4120 manejo de líquidos
9.3 4200 terapia intravenosa (i.v.)

E
J
E
C
U
C
I
Ó
N

4. ACTIVIDADES
2080 manejo de líquidos/electrolitos:
- Administrar líquidos, si está indicado.
- Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencia del paciente, colocarlo a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno
4120 manejo de líquidos:
- Realizar un registro preciso de entradas y salidas
- Vigilar el estado de hidratación (mucosas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso.
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, según corresponda.
4200 terapia intravenosa (i.v.)
- Verificar la orden de la terapia i.v.





PERÚ
Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE
CUIDADO DE ENFERMERIA EN
PACIENTE PRE Y POST OPERADO
DE LA VESICULA BILIAR

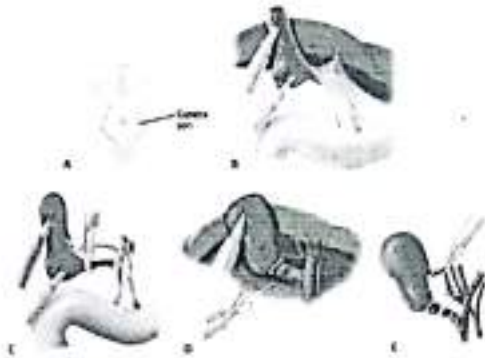
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA EN
HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA



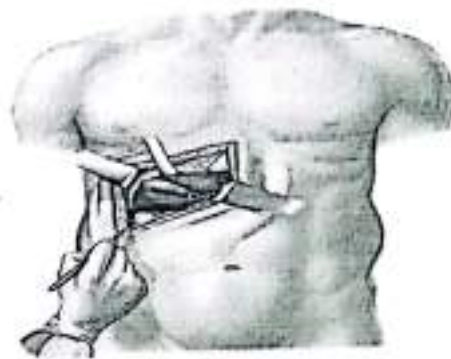
Edición N. ° 001

Páginas 76-107



VII. ANEXOS.



CIRUGIA LAPARASCOPICA



CIRUGÍA ABIERTA

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE LA VESICULA BILIAR	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	Edición N.º 001 Páginas 76-107

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Hussain A. Colectistectomía laparoscópica difícil: Evidencia y estrategias de gestión. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. Vol. 21. N° 2.
- [2] Serralta A., Planells M., Bueno J., Martínez C., Serrano S., et al. Estudio prospectivo de la colectistectomía laparoscópica urgente frente a la diferida como tratamiento de la colecistitis aguda de corta evolución. [Artículo de investigación]. ELSEVIER. Vol. 67. N° 5. España. 2015. [Fecha de acceso el 05 de julio del 2021]. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-estudioprospectivo-colectistectomia-laparoscopica-urgente-10558>
- [3] Ozcoidi L. Colectistectomía laparoscópica de urgencia versus programada en el tratamiento de la colecistitis aguda. España. 2015. Universidad de Navarra. [En línea]. [Fecha de acceso el 05 de julio del 2021]. URL disponible en: http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18701/Leyre_Ozcoidi_Ballaz.pdf?sequence=4
- [4] Flores R. Abordaje laparoscópico como factor benéfico en la recuperación temprana del posoperatorio en pacientes colectistectomizados. México. 2014. [En línea]. [Fecha de acceso el 05 de julio del 2021]. URL disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Ruben2.pdf>
- [5] Panéz E., Solís C. Factores asociados a la conversión de colectistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital Nacional ESSALUD Ramiro Priale Priale Huancayo. 2012 – 2014. [En línea]. [Fecha de acceso el 05 de julio del 2021]. URL disponible en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/521/TMH_78.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [8] Bury J., Morettis L. Estudio comparativo de eficacia de tratamiento quirúrgico entre pacientes sometidos a colectistectomía convencional versus los sometidos a colectistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero – abril 2016. [En línea]. Guayaquil. 2016. [Fecha de acceso el 05 de julio del 2021]. URL disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6536/1/TUCSG-PRE-MED-514.pdf>



VI. GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL

I. FINALIDAD

Reforzar y Afianzar los conocimientos y/o competencias de la enfermera y unificar criterios en el proceso del cuidado enfermero en el pre y post operatorio del paciente con Hernia Inguinal.

II. OBJETIVO:

- ✓ Homogenizar el cuidado de Enfermería
- ✓ Brindar cuidado con calidad y calidez, oportuno y eficiente.
- ✓ Disminuir daños reales y potenciales.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía de atención se aplica en el Servicio de Enfermería área hospitalización Cirugía del Hospital de Chancay.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

Guía de Intervención de Enfermería en pacientes pre y post operados de hernia inguinal

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO:

Hernia Inguinal Unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.
Código CIE.10: K409.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

La presente guía de atención se aplica en el área de hospitalización de Cirugía, donde brinda atención el profesional de enfermería especializado en cuidados quirúrgicos

5.1. DEFINICIÓN: Es la protrusión del peritoneo parietal (que puede acompañarse de vísceras intra abdominales) a través de un orificio o anillo anatómicamente débil de la pared abdominal.

En la actualidad, el término "hernia inguinal" incluye todas las hernias de la región inguinal de acuerdo con los principios de Fruchaud de 1956 (1),(2). Dichos conceptos cambian la clasificación clásica, refiriendo que son diferentes formas clínicas de presentación (hernia indirecta, directa, crural) y que todas responden a una misma zona denominada orificio miopectíneo. De este modo la hernia crural, en la actualidad se conoce como una forma de hernia inguinal directa (hernia inguinal directa inferior).

La hernia inguinal indirecta se inicia como un pequeño saco peritoneal en el anillo inguinal profundo y para su crecimiento, debe producirse una relajación de la fascia transversales por debajo, y de la arcada del transverso por arriba. La hernia inguinal directa se inicia como una protuberancia o abultamiento en la fascia transversales de la pared posterior del conducto inguinal o triángulo de Hasselbach denominada zona débil, (2).

La hernia femoral o crural se produce por un defecto en la fascia transversales por debajo de la cintilla iliopubiana de Thompson, en uno de los puntos débiles del orificio miopectíneo, no cubierto por estructuras musculares, tendinosas o aponeuróticas, exteriorizándose el saco en la región femoral (3).

5.2. ETIOLOGIA

Se desconoce la causa por la que algunas personas tienen una hernia. Las hernias suelen aparecer en zonas que presentan debilidades, como son la región inguinal y cicatrices de cirugías previas. A su vez, cualquier factor que incremente la presión intraabdominal puede desencadenar el desarrollo de una hernia.

CLASIFICACION: Son múltiples las clasificaciones. Entre todas podemos exponer las siguientes por ser de fácil entendimiento y aplicabilidad:

Tipo 4. Hernias recurrentes CLASIFICACION DE NYHUS:



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA



Edición N. * 001
Páginas 93 - 107

TIPO 1. Hernias inguinales indirectas, en las cuales el anillo inguinal profundo tiene un tamaño, forma y estructuras normales. Generalmente se producen en lactantes, niños pequeños y adultos jóvenes. Los bordes del triángulo de Hasselbach están bien definidos y son normales.

El saco indirecto llega hasta la parte media del conducto inguinal.

Tipo 2. Hernias inguinales indirectas, con dilatación del anillo inguinal profundo y pequeña distorsión de la pared posterior del conducto. El saco herniario no llega al escroto, pero ocupa el conducto inguinal.

Tipo 3A. Hernias inguinales directas, grandes o pequeñas. La fascia transversal (FT) está rota en relación con la parte interna de los vasos epigástricos.

Tipo 3B. Hernias inguinales indirectas, con gran dilatación y continuidad, así como destrucción de la pared posterior del conducto inguinal.

Frecuentemente llegan al escroto. Pueden causar deslizamientos del ciego o sigmoides. Hernias en pantalón.

Tipo 3C. Hernias femorales.

Tipo 4A. Directas.

Tipo 4B. Indirectas.

Tipo 4C. Femorales.

Tipo 4D. Combinadas.

Estas hernias son complejas, su tratamiento es problemático y ocasionan una elevada morbilidad.

Según I. ARCELUS IMAZ, las hernias inguinales se pueden clasificar:

I. Hernias inguinales indirectas (oblicuas externas)

A) Tipos comunes:

1. Hernias de la infancia.
2. Jóvenes y adultos con anillo inguinal profundo moderadamente dilatado. Pared posterior firme en el triángulo de Hesselbach.
3. Anillo inguinal profundo moderadamente dilatado, asociado a una zona débil en dicho triángulo.
4. Marcada afectación de la pared posterior del conducto inguinal, por anillo profundo muy dilatado.

B) Tipos menos frecuentes:

1. Hernias indirectas en la mujer.
2. Hernias intraparietales.

II. Hernias inguinales directas

A) Tipo común:

Frecuentemente apreciable a la simple inspección, como una tumoración redondeada en la zona "débil" del triángulo de Hesselbach. Es bilateral en el 55% de los pacientes.

C) Tipos menos frecuentes:

1. Hernia diverticular (pequeña hernia que atraviesa la pared posterior por encima del arco transversal).
2. Hernias supra vesicales (clásicamente han sido denominadas oblicuas internas).

III. Tipos especiales:

- A) Hernias mixtas (directa- indirecta, también denominadas "en pantalón")
- B) Hernias por deslizamiento.
- C) Hernias de Richter y Littré.
- D) Hernias recidivadas.

Características diferenciales de las hernias inguinales:

INDIRECTAS:

Aparecen a cualquier edad.



Existe un factor congénito predisponente.

Afectan a ambos sexos por igual. Pueden descender hasta el escroto.

Raramente bilaterales. Con cierta frecuencia irreductibles.

No se suele apreciar debilidad de la pared posterior.

DIRECTAS:

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	Edición N.º 001 Páginas 93 - 107

Excepcionalmente antes de los 40 años. Son siempre adquiridas. Raras en la mujer. Sólo excepcionalmente llegan al escroto. 55% bilaterales. Se suelen reducir espontáneamente. Se puede apreciar dilatación de la pared posterior del triángulo de Hesselbach (4).

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Es utilizada por todos los autores porque describe mejor la localización del defecto en la pared posterior del conducto inguinal.

HERNIA INDIRECTA: Es el tipo más frecuente (55-60% de los casos). Se origina a través de una dilatación progresiva del orificio inguinal profundo y se extiende por dentro del cordón inguinal hacia la espina del pubis. El saco herniario (peritoneo parietal) que contiene el asa herniada atraviesa por el anillo inguinal superficial y así puede llegar fácilmente hasta el testículo, (hernia inguinoescrotal).

HERNIA DIRECTA: Representa el 35-45% de los casos. es claramente efecto del debilitamiento de la fascia transversalis (pared posterior del trayecto inguinal). se proyecta por el triángulo de Hesselbach. El saco herniario está compuesto por el peritoneo parietal y la delgada capa de la fascia transversalis.

Diferenciar una hernia directa de una indirecta es habitualmente sencillo, se basa en la arteria epigástrica: las hernias directas pasan por dentro de ella, las indirectas por delante y por fuera de la misma.

HERNIA MIXTA: Representa el 15% de las series. es una combinación de las dos anteriores, es llamada "en pantalón" por la separación que dejan los vasos epigástricos entre ambos sacos.

HERNIA CRURAL: Es menos frecuente (5%) la hernia crural se caracteriza a menudo por dolor, localizado por debajo de la región inguinal más que por la presencia de un bulto, lo que puede dificultar su diagnóstico principalmente en pacientes ancianos o mujeres obesas, se atribuye a un defecto de la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopubiana de Thompson, favorecida también por la atrofia del musculo psoas, agrandamiento del conducto femoral, que facilita la protrusión herniaria.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

La hernia inguinal es la más frecuente, ocupando el 50% al 60% de todas las hernias de la pared abdominal. La incidencia de hernias inguinales en el sexo masculino varía de acuerdo al grupo etéreo que se analiza 11 por cada 10,000 habitantes entre 16 - 24 años y 200 por cada 10,000 habitantes mayores de 75 años. El riesgo de presentar una hernia inguinal se calcula en 27% para los hombres y 3% para las mujeres 2/3 de las hernias inguinales son indirectas, 1/3 son directas. La frecuencia de la hernia inguinal en el hombre es 25 veces más alta que en la mujer. Las bilaterales son casi siempre directas. Las hernias crurales son tres veces más frecuentes en las mujeres 10/1. La herniorrafia inguinal es la operación realizada con mayor frecuencia en los varones adultos. La incidencia de hernia inguinal recidivada entre 2 y 5% después de la primera hernioplastia, llegando a cifras superiores al 50% en reparaciones reiteradas, (6), (7), (8) y (9). (10).

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS



Es necesario recalcar que, a mayor número de factores adversos, mayor será la incidencia herniaria. Las hernias pueden producirse por:

5.5.1 Factores Generales:

- ✓ Grandes esfuerzos: por la actividad física del paciente, trabajo o deporte
- ✓ Aumento de la presión abdominal: tos crónica, ascitis, obstrucción de la micción, alteraciones digestivas o el crecimiento uterino durante el embarazo, entre otros factores genéticos.
- ✓ Fibrosis quística.
- ✓ Criptorquidia.
- ✓ Sobrepeso y obesidad.
- ✓ Tos crónica.
- ✓ Hiperplasia prostática.

5.5.2 Factores Específicos:

- ✓ . **Hernia inguinal indirecta:** persistencia del conducto peritoneo vaginal.

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	

- ✓ **Hernia inguinal directa:** inserción alta de la fascia transversalis, modificaciones en el metabolismo del colágeno, etc.
- ✓ **Hernia crural:** atrofia del músculo psoas, agrandamiento del conducto femoral.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

Por lo general, se puede realizar un autodiagnóstico. Los síntomas incluyen el dolor, especialmente al toser, inclinarse o levantar objetos pesados (5)

Los signos y los síntomas de la hernia inguinal incluyen:

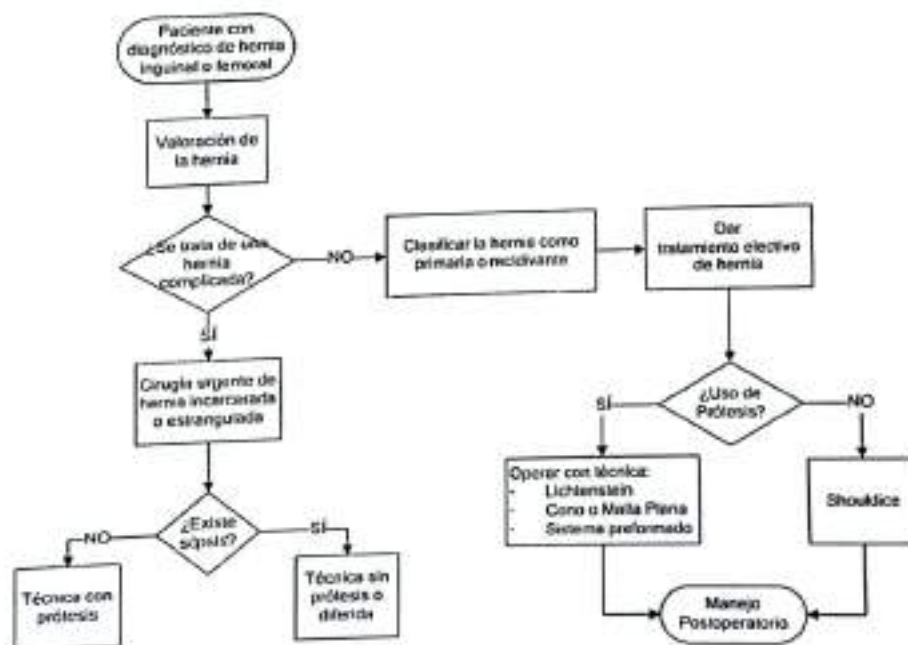
- ✓ Un bulto en el área sobre cualquiera de los lados del pubis, que se hace más notorio cuando estás erguido y especialmente si toses o haces algún esfuerzo.
- ✓ Una sensación de ardor o de dolor en el área del bulto.
- ✓ Dolor o incomodidad en la ingle, especialmente cuando te inclinas, toses o levantas peso.
- ✓ Una sensación de pesadez o arrastre en la ingle.
- ✓ Debilidad o presión en la ingle.
- ✓ De vez en cuando, dolor e hinchazón alrededor de los testículos cuando la parte sobresaliente del intestino desciende e ingresa al escroto.



6.1.2. Interacción cronológica

No aplica

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS INGUINALES Y FEMORALES



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	Edición N.º 001 Páginas 93 - 107

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

No aplica.

6.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No aplica

6.2.3.1 . DIAGNOSTICO ENFERMERO

Valoración Enfermería según Patrones Funcionales.

Características Definitivas en el pre y posoperatorio (signos y síntomas)

Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud. –

Paciente con alergia a la Ranitidina, con buena higiene corporal, hace referencia de tener vacunas completas, no bebe alcohol, no fuma.

En el postoperatorio presenta sitio operatorio con suturas afrontadas, con leve enrojecimiento, no signos de flogosis, no secreción. Paciente mantiene piel limpia después de la intervención quirúrgica, se le anima al baño diario.

Presenta acceso venoso periférico para tratamiento endovenoso prescrito.

Patrón 2: Nutricional- Metabólico. -

Paciente de sexo masculino, edad 41 años, con peso de 65Kg, talla de 1.76cm, Temperatura de 36.9°C, presenta en los últimos 2 días una disminución del apetito. Refiere consumir un promedio de 5 vasos de agua al día. Paciente está en NPO desde hace 8 horas y que recibió en la cena un caldo. En el postoperatorio mediano permanece en NPO.

Patrón 3: Eliminación. -

Paciente refiere deposiciones de consistencia blanda, micción normal sin dolor.

Patrón 4: Actividad- Ejercicio. -

Paciente con FR de 20 respiraciones x minuto, SpO2 de 98 %, FC de 72 latidos x minuto, PA de 110/70 mmHg. Paciente hace referencia que labora como maestro de obra, que su trabajo conlleva esfuerzo físico, y le demanda el mayor tiempo por eso está fuera de casa la mayor parte del tiempo. Es sustento económico para su familia. Refiere: "A veces juego futbol".

En el postoperatorio inicia deambulacion con colocación de faja abdominal después de 8 horas.**Patrón 5: Descanso- Sueño. –**

Paciente refiere dificultad para conciliar el sueño, a veces se acuesta tarde, pero por el trabajo se tiene que levantar temprano, duerme un promedio de 5 a 6 horas diarias. Refiere sentirse preocupado por la intervención quirúrgica, "Nunca me he operado".

Patrón 6: Cognitivo- Perceptual. -

Paciente con Glasgow 15, LOPEP, refiere presentar un poco de dolor cuando está trabajando y tiene que cargar cosas pesadas o cuando ha comido mucho. Refiere "en estos momentos no tengo dolor". En el postoperatorio refiere: "me duele la herida". Paciente refiere que es la primera vez que se encuentra hospitalizado, no tiene conocimiento acerca de su enfermedad y nunca se realizó un chequeo en un establecimiento.

Patrón 7: Auto percepción-Auto concepto. -



Paciente refiere que su familia le animó a que venga al hospital a verse, mi familia se preocupa, "mi esposa me está acompañando". Muestra preocupación por la intervención quirúrgica, se pregunta "¿todo saldrá bien?".

Patrón 8: Rol-Relaciones. -

Paciente refiere que vive con su esposa y tiene 2 hijos de 16 y 12 años, ambos están estudiando, refiere "debo estar bien por mi familia". Hace referencia que se siente bien cuando trabaja. refiere "me gusta mi trabajo".

Patrón 9: Sexualidad- Reproducción. -

Hace referencia que tener 2 hijos está bien, y que al conversar con su esposa optaron por contar con un método anticonceptivo, "actualmente mi esposa se cuida con la ampolla".

 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA	Edición N.º 001 Páginas 93 - 107

Patrón 10: Adaptación- Tolerancia. -

Hace referencia que cuando se siente tenso, juega futbol y que eso lo hace sentir mejor.

Patrón 11: Valores-Creencias. -

Refiere ser católico, cuenta que tiene muchos planes en su vida, pero siente preocupación por su estado de salud actual.

Intervención Interdependiente (Exámenes Auxiliares):

Intervención quirúrgica: es siempre quirúrgico y, en el último tiempo, el tipo de cirugía que más se utiliza es la laparoscópica, por los beneficios que esta tiene.

Tratamiento Médico: Antibióticos, analgésicos.

Interconsultas: Cardiología, neumología, endocrinología, hematología.

Laboratorio: Hemograma Completo, Perfil bioquímico, hepático y lipídico, Perfil de coagulación HIV, VDRL, antígeno COVID, AGA, Examen de orina

Diagnóstico por imágenes: Ecografía o Ecotomografía de partes blandas de la región comprometida. Rayos X de Tórax, Ecocardiograma

Diagnóstico de Enfermería: Los diagnósticos enfermeros están enfocados a las respuestas humanas identificados en el paciente, según Taxonomía NANDA en Pre y Post operatorio.

1. 00146. Ansiedad R/C Intervención quirúrgico
2. 00126. Conocimientos deficientes r/c con información insuficiente (Su enfermedad e intervención quirúrgica)
3. 00132. Dolor agudo r/c agente lesivo físico e/p expresión facial de dolor y referencia del mismo paciente.
4. 00004. Riesgo de Infección r/c alteración de la integridad cutánea (herida quirúrgica) y procedimientos invasivos.
5. 00206 riesgo de sangrado R/C intervención quirúrgica.

Resultados Esperados (NOC)

Estado que se pretende alcanzar antes de la intervención de Enfermería en el paciente con Hernia Inguinal en el pre y post operatorio.

Intervenciones de Enfermería (NIC)

Son los cuidados que realizará la enfermera basada en el conocimiento y juicio clínico, para obtener resultados en el paciente con Hernia Inguinal en el pre y post operatorio.

Evaluación de los Resultados Esperados

Cuantificar el cambio en el estado del paciente después de las intervenciones y monitorizar su progreso. Comparando de esta manera los resultados esperados con el estado actual del paciente post operado de Hernioplastia Inguinal.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

Hemograma Completo, Perfil bioquímico, hepático y lipídico, Perfil de coagulación HIV, VDRL, prueba de antígeno descartar para COVID, AGA, Examen de orina

6.3.2. De Imágenes

- **Ecografía abdominal** (examen de ultrasonido de los órganos abdominales) o ecografía de la región inguinal, para la visualización de las estructuras involucradas; en los pacientes asintomáticos, la hernia inguinal se divide en función de la morfología:
 - Tipo A ("forma de protuberancia") → no hay indicación quirúrgica presente (ya que no hay riesgo de encarcelamiento (impactación intestinal))
 - Tipo B ("forma de tubo") → no hay indicación quirúrgica (ya que no hay riesgo de encarcelamiento).
 - Tipo C ("forma de reloj de arena") → riesgo de encarcelamiento, por lo tanto, presencia de una indicación de cirugía (¡independientemente de la sintomatología!)



6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

- **Ultrasonido** en diagnóstico de hernia inguinal resultó ser bastante útil, con una sensibilidad del 96.6%, una especificidad del 84.8% y un valor predictivo positivo del 92.6%.
- Tomografía computarizada (TC) del abdomen (TC abdominal) – es poco claro.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

No es posible prevenir el defecto congénito que aumenta la propensión a una hernia inguinal. Pero sí puedes reducir la tensión en los tejidos y los músculos abdominales. Por ejemplo:

- Mantén un peso saludable.
- Incorpora más alimentos ricos en fibra.
- No levantes objetos pesados o hazlo con cuidado.
- Dejar de fumar.

6.4.2. Terapéutica

No aplica.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- ✓ Hematomas: Los hematomas de pequeño tamaño desaparecen en las siguientes semanas de postoperatorio,
- ✓ Lesiones de órganos: Debido a la zona en la que se realiza la intervención existe la posibilidad de que se produzca una lesión en la vejiga o el intestino.
- ✓ Complicaciones testiculares: Es posible que se produzca dolor testicular durante unas semanas junto con un aumento del tamaño del testículo.

6.4.4. Signos de alarma

- ✓ Fiebre
- ✓ Enrojecimiento, hinchazón, sangrado u otro tipo de secreción en la zona de la incisión

6.4.5. Criterios de Alta.

No aplica

6.4.6. Pronóstico

No aplica

6.5. COMPLICACIONES

- ✓ Sangrado é Infección.
- ✓ Lesión de Vejiga Urinaria.
- ✓ Lesión de Intestinos.
- ✓ Lesión de Vasos Sanguíneos.
- ✓ Lesión de Nervios o Conducto Espermático

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

No aplica

6.7. FLUXOGRAMA



ETAPA PREOPERATORIA

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

Valoración de Patrones Funcionales

Organización de Datos

Patrón 6: cognoscitivo perceptual

Paciente manifiesta que es la primera vez que está hospitalizado, que no tiene conocimiento sobre su enfermedad, que nunca se realiza chequeos médicos.

Patrón 10: Adaptación -Tolerancia al estrés.

Paciente refiere que le preocupa estar hospitalizado, es un lugar muy frío, siempre me da miedo lo desconocido, espero salir bien de la cirugía.

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE

Intervención quirúrgica: HERNIA INGUINAL

Tratamiento Médico: Antibiótico terapia

Interconsultas: Neumología, cardiología, hematología en caso corresponda

Laboratorio Clínico: Hemograma Completo, Perfil bioquímico, hepático y lipídico, Perfil de coagulación HIV, VDRL, prueba de antígeno descartar para covid, AGA, Examen de orina

Radiología y Diagnóstico por imágenes: Ecografía o Ecotomografía de partes blandas de la región comprometida. Rayos X de Tórax.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Ansiedad R/C intervención quirúrgica
00146

Conocimiento deficientes R/C con información suficiente sobre su enfermedad e intervención quirúrgica.
00126

V
A
L
O
R
A
C
I
O
N



POST OPERATORIO

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

Valorización de los Datos según Patrones Funcionales

Organización de Datos

Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud. -

En el postoperatorio presenta sitio operatorio con suturas afrontadas, con leve enrojecimiento, no signos de flogosis, no secreción. Paciente mantiene piel limpia después de la intervención quirúrgica, se le anima al baño diario.

Presenta acceso venoso periférico para tratamiento endovenoso prescrito.

Patrón 6: Cognitivo- Perceptual. -

Paciente con Glasgow 15, LOTEPE, refiere presentar un poco de dolor cuando está trabajando y tiene que cargar cosas pesadas o cuando ha comido mucho. Refiere "en éstos momentos no tengo dolor".

En el postoperatorio refiere: "me duele la herida".

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

Intervención quirúrgica: Hernia Inguinal Post operado inmediato de 4 horas al día 4, Presencia de CVP.

Tratamiento Médico: inmunosupresión

Función Renal: Oliguria, edema de miembros inferiores, HTA, Fiebre, Taquicardia

Interconsultas: Cardiología, Neumología, Cirujano de Guardia según corresponda.

Laboratorio: Hemograma completo, Perfil de coagulación, PCR cuantitativa.

Radiología y Diagnóstico por imágenes: Ecografía (para detectar colección o hematoma)

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

00132. Dolor agudo R/C agente lesivo físico e/p expresión facial de dolor y referencia del mismo paciente	00004. Riesgo de Infección R/C alteración de la integridad cutánea (herida quirúrgica) y procedimientos invasivos	00206 riesgo de sangrado R/C intervención quirúrgica.
---	---	---



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA



Edición N.º 001

Páginas 93 - 107

PRE OPERATORIO.

1.-Ansiedad R/C intervención quirúrgico

2. RESULTADO ESPERADO (NOC): INDICADORES EVALUATIVOS

2.1 NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402) Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada Escala: Nunca demostrado (1) Frecuentemente demostrado (4)

3.-INTERVENCIÓN (NIC)

3.1 Disminución de la ansiedad. (5820)
3.2 Enseñanza prequirúrgica (5610)

PLANIFICACION

Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio:

1. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
2. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si está prescrito.
3. Escuchar con atención.
4. Reforzar el comportamiento, si procede.
5. Crear un ambiente que facilite la confianza.
6. Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos.
7. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
8. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
9. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
10. Tratar de comprender. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
11. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
12. Informar al paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programado de la cirugía.
13. Informar al paciente y familia de la duración esperada de la intervención.
14. Conocer el nivel de conocimientos del paciente previo relacionado con la cirugía.
15. Evaluar la ansiedad del paciente y familia relacionada con la cirugía.
16. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
17. Describir las rutinas pre y postoperatorios: anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas laboratorio, eliminación de la orina, preparación de la piel, terapia IV, vestimenta, zona de espera del familiar y traslado al quirófano.

EJECUCION

EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS

Revaluación

No

Estable

SI

CONTINUAR CUIDADOS

EVALUACION



PERÚ Ministerio de Salud

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA

Edición N.º 001
Páginas 93 - 107

PRE OPERATORIO.

1. Conocimientos deficientes R/C con información insuficiente enfermedad e intervención quirúrgica) 00126 (Su

2. RESULTADO ESPERADO (NOC): INDICADORES EVALUATIVOS
2.1 NOC: CONOCIMIENTO MANEJO SOBRE LA ENFERMEDAD AGUDA (1844) Grado de conocimiento transmitido sobre una enfermedad reversible, su tratamiento y prevención de complicaciones.
Escala: Conocimiento escaso (2) Conocimiento sustancial (4)

3.-INTERVENCION (NIC)
ENSEÑANZA SOBRE EL PROCESO DE ENFERMEDAD (5602)
ENSEÑANZA PRE QUIRURUGICA (5610)

Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio:

- 1.-Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad.
- 2.-Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- 3.-Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección.
- 4.-Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.
- 5.-Descubrir los signos y síntomas comunes de su enfermedad.
- 6.-Describir el proceso de la enfermedad
- 7.- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- 8.-Dar seguridad sobre el estado del paciente
- 9.-Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponible.
- 10.-Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- 11.-Comentar las opciones de terapia/tratamiento.
- 12.-Describir el fundamento de las recomendaciones del control terapia/tratamiento
- 13.-Describir las posibles complicaciones crónicas.
- 14.-Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- 15.-Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario
- 16.-Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados.
- 17.-Describir las rutinas preoperatorias.
- 18.-Describir toda la medicación preoperatoria.
- 19.-Comentar las posibles medidas de control del dolor.
- 20.-Describir las rutinas/equipo post operatorio.
- 21.-Instruir al paciente sobre: la técnica para levantarse de la cama, sujetar su incisión, toser, respiración profunda, uso de espirómetro de incentivo, ejercicios de piernas, y la importancia de la deambulación precoz.

EVALUAR INDICADORES DE RESULTADOS

REVALUACION

NO

Estable

SI

CONTINUAR CUIDADOS



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA



Edición N.º 001
Páginas 93 - 107

POST OPERADO

PLANIFICACION

1.- Dolor agudo r/c agente lesivo fisico e/p expresión facial de dolor y referencia del mismo paciente (00132)

2.-RESULTADO ESPERADO (NOC): INDICADORES EVALUATIVOS

2.1-Nivel del dolor: (2102) Dolor referido, expresiones faciales de dolor, FC, P/A, FR.
2.2.-Control del dolor: (1605) Reconoce el comienzo del dolor, utiliza los analgésicos de forma apropiada, refiere cambios en los síntomas al personal sanitario, refiere dolor controlado.
Escala: 2 Desviación Sustancial - 5 Sin desviación del rango normal
Escala: 1 Nunca demostrado-5 Siempre demostrado

3.INTERVENCION (NIC)

Manejo del Dolor (1400)
Administración de analgésicos (2210)
Distracción (5900)

ACTIVIDADES

EJECUCION

- 140001. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, aparición, duración o gravedad del dolor.
- 221003. Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- 221010. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos.
- 221011. Atender las necesidades de comodidad.
- 140003. Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- 221012. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos de dolor intenso.
- 140008. Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.
- 140014. Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- 140027. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- 140035. Fomentar períodos de descanso y sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- 140042. Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.
- 140033. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- 590001. Animar al paciente a que elija la técnica de distracción deseada, como música, contar un suceso positivo o cuento, o ejercicios de respiración profunda.
- 590002. Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos a través de la música, viendo T.V, leyendo, juegos manuales o videojuegos.
- 140037. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.
- 140043. Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

EVALUACION

EVALUACION DE INDICADORES DE RESULTADOS

REVALUACION

NO

ESTABLE

Si

CONTINUAR CON EL CUIDADO



PERÚ Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA**



Edición N.º 001
Páginas 93 - 107

POST OPERADO

1.-Riesgo de Infección R/C alteración de la integridad cutánea (herida quirúrgica) y procedimientos invasivos. (00004)

2.-RESULTADO ESPERADO (NOC) ⁽¹⁾: INDICADORES EVALUATIVOS

2.1.-Control de riesgo (1902) Identifica los factores del riesgo, se compromete con estrategias de control del riesgo, evita exponerse a las amenazas para la salud.

2.2.-Detección del riesgo (1908) Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos, utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.

Conocimiento: Fomento de la salud (1823) Conductas que promueven la salud, Prevención y control de la infección.

Escala: 1 Nunca demostrado- 4 Frecuentemente demostrado

Escala: 1 Nunca demostrado- 4 Frecuentemente demostrado

Escala: 2 Conocimiento escaso- 4 Conocimiento sustancial

3.-INTERVENCIÓN (NIC)

3.1.-Control de infecciones (6540)

3.2.-Vigilancia de la piel (3590)

3.3.-Administración de medicación intravenosa (2314)

3.4.-Cuidados del sitio de incisión (3440)

3.5.-Identificación de riesgos (6610)

ACTIVIDADES

654012. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.

654014. Usar guantes según lo exigen las normas de prevención universal.

654008. Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.

359001. Observar si hay enrojecimiento, calor, edema o drenaje en la piel (zona de incisión).

359003. Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.

344007. Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.

654009. Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas del lavado de manos.

344017. Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño corporal.

654007. Limitar el número de visitas, según corresponda.

654010. Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.

654028. Fomentar una ingesta nutricional adecuada.

654029. Fomentar la ingesta de líquidos.

231408. Verificar la colocación y permeabilidad del catéter intravenoso en la vena.

654031. Administración de tratamiento antibiótico, si fuera indicada.

231410. Administrar la medicación intravenosa a la velocidad adecuada

231418. Comprobar la presencia de infiltración y flebitis en el lugar de infusión.

661003. Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (económicos, nivel educativo, familia, etc.)

661011. Determinar el cumplimiento del tratamiento médico y de enfermería.

REEVALUACIÓN

NO

ESTABLE

Si

CONTINUAR CON EL CUIDADO



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA



Edición N.º 001
Páginas 93 - 107

Guía de intervención de Enfermería en el paciente con HERNIA INGUINAL

P
L
A
N
I
F
I
C
A
C
I
O
N

1.-Riesgo de sangrado R/C intervención quirúrgica (00206)

2.-, RESULTADOS ESPERADOS: INDIADORES EVALUATIVOS (NOC)

2.1 Severidad de la pérdida de sangre (4130)

041301 pérdida sanguínea visible

041306 distensión abdominal

041309 - Disminución de la presión arterial sistólica

041310 disminución de la presión diastólica

041311 - Aumento de la frecuencia cardíaca apical

041312 - Pérdida de calor corporal

041313 - Palidez de las membranas cutáneas y mucosas

041315 - Cognición disminuida

041316 - Disminución de la hemoglobina

041317 - Disminución del hematocrito

GRAVE (1) SUSTANCIAL (2) MODERADO (3) LEVE (4) NINGUNO(5)

E
J
E
C
U
C
I
O
N

3.INTERVENCIÓN (NIC)

3.1 Disminución de la Hemorragia (4020)

ACTIVIDADES

- 1.-Identificar la causa de la Hemorragia.
- 2.-Monitorizar de forma exhaustiva al paciente en busca de una hemorragia.
- 3.-Aplicar vendaje compresivo si esta indicado.
- 4.-Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- 5.-Monitorizar el tamaño y características del os hematomas si está presente.
- 6.-Registrar el nivel de hemoglobina /hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.
- 7.-Monitorizar la presión arterial y los parámetros hemodinámicos, si están disponibles.
- 8.- Monitorizar la coagulación, incluidos TP.TTP,el fibrinógeno y recuento de plaquetas.
- 9.-Monitorizar la función neurológica.
- 10.-Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfundir si fuera necesario.
- 11.-Mantener un acceso permeable.
- 12.-Instruir al paciente y/o familia acerca de los signos de hemorragia y acciones apropiadas (avisar al profesional de enfermería) si se producen hemorragia

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N

EVALUACION DE INDICADORES DE RESULTADOS

EVALUAR INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Revaluación

NO

Estable

Si

Continuar con el cuidado



PERÚ

Ministerio de Salud

GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL

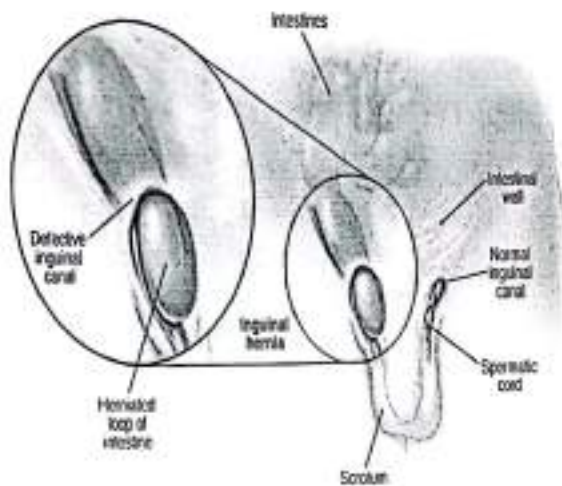
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA



Edición N.º 001

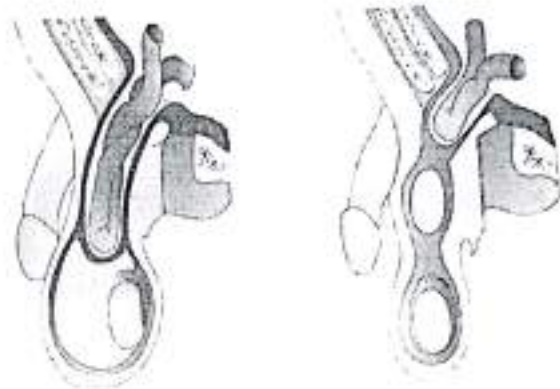
Páginas 93 - 107



VII. ANEXOS.



Source: Anatomical and Medical Illustrations and Research by Robert Williams

Hernia inguinal



 PERÚ Ministerio de Salud	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRE Y POST OPERADO DE HERNIA INGUINAL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA SERVICIO DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA	 Edición N.º 001 Páginas 93 - 107
--	--	--

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA

1. Fruchaud H. Man of courage anatomist and surgeons. *Hist Sci Med* 1997; 31: 281-28.
2. Grau Talents EJ, Vinagre Velasco LM, télles Peralta F. Anatomía quirúrgica de la región inguinal. Criterios de importancia quirúrgica. En: Alvarez Caperochipi J. Porrero Carro JL, Dávila Dorta D, eds. *Cirugía de la pared abdominal*. Madrid: Arán, 2002.p.155-64.
3. [http. //www.sld.cu](http://www.sld.cu) capítulo 4 PDF.
4. Fuentes: Mayo Clinic y otras fuentes.
5. Jenkins J T, Ó Dwyer P J. Inguinal hernias. *BMJ* 2008; 336: 269-272.
6. Primatesta P, Gold acre MJ. Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. *Inter J Epidem* 1996; 25: 835-839.
7. Kingsnorth A. Treating inguinal hernias. *BMJ* 2004,328:59-60.
8. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet* 2003; 362:1561-1571.
9. Millikan K. The management of hernia: Consideration sin cost effectiveness. *Surg Clin N Am* 1996; 76:105- 116.
10. Comunicación CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA | Cirugía Española | Cirugía Española (elsevier.es)
11. http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/SSA_015_08_HERNIAS_INGUINALES/SSA_01