

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

PROCESO: PACIENTE QUIRÚRGICO

Este plan de cuidados pretende predecir los cuidados que serán necesarios en aquellos pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica y va dirigido tanto a los pacientes como a los familiares, facilitando la educación para la salud y el fomento de la adherencia al tratamiento.

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

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

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

En este proceso se insertan todos los pacientes sometidos a cirugía de:

- Sistema Nervioso.
- Ojo, oído, nariz, boca y garganta.
- Sistema respiratorio.
- Sistema circulatorio.
- Sistema digestivo.
- Sistema hepatobiliar y páncreas.
- Sistema músculo esquelético y conectivo.
- Piel y tejido subcutáneo.
- Sistema renal y tracto urinario.
- Sistema reproductor masculino.
- Sistema reproductor femenino.
- Trastornos mieloproliferativos y neoplasia

Estancia media prevista:

Límites del proceso de cuidados:

INICIAL: Ingreso en una unidad de hospitalización quirúrgica

FINAL: Alta hospitalaria.

CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL PLAN.

Este plan de cuidados estandarizados se aplicará a todos aquellos pacientes que ingresen en una unidad de hospitalización del HGUA para un procedimiento/intervención quirúrgica.

Objetivos Generales del Plan:

- * Realizar un cuidado integral del paciente
- * Registrar todas las actividades de enfermería
- * Educar e implicar al paciente y familia sobre el proceso de su enfermedad y en los cuidados básicos
- * Contribuir a la elaboración de una Guía de Cuidados al alta para paciente/familia, en vías de conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.
- * Prevenir complicaciones derivadas del proceso quirúrgico.

VALORACIÓN ESTANDARIZADA AL INGRESO SEGÚN EL MODELO DE D. OREM

Respiración:

No alterada

Alterada: patrón respiratorio ineficaz

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Alimentación:

✘ Dependiente: dificultad de deglución, limitación para alimentarse

- Sistema Parcialmente compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Eliminación

✘ Dependiente: estreñimiento, déficit de autocuidado uso WC, incontinencia

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Descanso

✘ Alterado:, ansiedad, alteración ritmo del sueño habitual del paciente

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Higiene personal

✘ Dependiente: déficit de autocuidado en la higiene y vestido

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Movilidad

✘ Dependiente: limitación de la movilidad, deficiencias sensoriales

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Seguridad

✘ Alterado: riesgo de traumatismo, deterioro de la movilidad, disminución de la sensibilidad, obnubilación, confusión, desorientación...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Estado de consciencia: confuso, obnubilado...

Riesgo de caídas elevado, precisa elementos de seguridad.

Valoración del dolor a través de la escala analógica visual

0 _____ 5 _____ 10
(Ausencia de dolor) (Dolor moderado) (Máximo dolor)

Estatus funcional

La puntuación será de 2-3-4.

3= sólo puede cuidarse en parte. Permanece encamado más del 50% de las horas de vigilia

4= totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo.

Estado de piel y mucosas.

- ✘ Alterado: herida quirúrgica
 - Sistema Parcialmente Compensatorio
 - Sistema Totalmente Compensatorio

Riesgo UPP

Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden.

Riesgo moderado (13-14 puntos)

Riesgo alto (menor de 12 puntos)

Capacidad sensorial

No alterada

Alterada: déficit visual, táctil...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Aspectos psicológicos y sociales

Alterada: ansiedad

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse a sí mismo y su familia en los cuidados. 2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad. 3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso. 4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones. 5. Establecer procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA
Protección de los derechos del paciente (7460)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente. 2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal. 3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.
Intermediación cultural (7330)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento. 2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada. 3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...). 4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al

	paciente) de manera adecuada.
Informe de turnos (8148)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede. 2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede. 3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados. 4. Describir el régimen de tratamiento. 5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas. 6. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno. 7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo. 8. Resumir los progresos en las metas fijadas.
Planificación del alta (7370)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las capacidades del paciente para el alta 2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. 3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. 4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta. 5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

PREQUIRÚRGICOS:

ANSIEDAD (00146)

R/C intervención quirúrgica y cambio en el estado de salud

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

POSTQUIRÚRGICOS:

DOLOR AGUDO (00132)

R/C intervención quirúrgica (herida, drenajes, etc.)

NÁUSEAS (00134)

R/C medicación anestésica, intervención quirúrgica y cambios en el estado de salud

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)

R/C dolor, temor al manejo de dispositivos terapéuticos y falta de conocimientos con respecto al valor de la actividad

RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00025)

R/C deterioro eliminación urinaria y sangrado quirúrgico

RIESGO DE ESTREÑIMIENTO (00015)

R/C alteración de la ingesta e intervención quirúrgica

RETENCIÓN URINARIA (00023) (RIESGO)

R/C intervención quirúrgica

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046)

R/C incisión quirúrgica y drenajes

RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

R/C procedimientos invasivos (intervención quirúrgica, drenajes, catéteres, etc.)

RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA (00087)

R/C intervención quirúrgica

RIESGO DE CAÍDAS (00155)
R/C debilidad por intervención quirúrgica

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO (00108)
R/C inmovilidad

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO (00110)
R/C inmovilidad

RIESGO DE SANGRADO (00206)
R/C intervención quirúrgica

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126) ACERCA DEL PROCESO DE ENFERMEDAD
R/C falta de familiaridad con los recursos para obtener la información

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA HOSPITALIZACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	<u>INTERVENCIONES (NIC)</u>
PREQUIRÚRGICOS:		
Ansiedad (00146)	Autocontrol de la ansiedad (1402) Bienestar (2002)	Disminución de la ansiedad (5820): <ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
Intervención quirúrgica	Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)	Preparación quirúrgica (2930): <ul style="list-style-type: none"> - Completar lista de comprobaciones preoperatorias. - Verificar firma del consentimiento informado. - Comprobar: disponibilidad de transfusiones de sangre, realización de ECG y análisis de laboratorio y ayunas del paciente. - Extraer prótesis y alhajas. - Administrar y registrar medicamentos preoperatorios. Enseñanza prequirúrgica (5610): <ul style="list-style-type: none"> - Conocer experiencias previas y nivel de conocimiento del paciente relacionado con la cirugía. - Describir rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, etc.). - Informar al ser querido sobre sitio de espera para

		<p>recibir resultados sobre cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente acerca de la técnica de sujeción de incisión, tos y respiración profunda. - Destacar importancia de deambulación precoz y cuidados pulmonares.
POSTQUIRÚRGICOS:		
Dolor agudo (00132)	<p>Sintomatología: Nivel del dolor (2102)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor referido (/01) <p>Conducta de salud: Control del dolor (1605)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refiere dolor controlado (/11) 	<p>Manejo del dolor (1400):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la eficacia, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. - Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión. - Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. <p>Administración de analgésicos (2210):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de la intensidad del dolor mediante Escala EVA, pre-analgésica - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares (Escala EVA) después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). - Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca, estreñimiento, etc.
Náuseas (00134)	<p>Control de náuseas y vómitos (1618)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados (/12) 	<p>Manejo de las náuseas (1450):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurarse de que se ha administrado

	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliza adecuadamente medicaciones antieméticas (/08) 	<p>antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de ingestas <p>Manejo del vómito (1570):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar alivio durante el episodio del vómito (lavar cara, ropa limpia, etc.). - Controlar equilibrio de líquidos y electrolitos. - Esperar como mínimo 30 minutos tras vómito antes de dar líquidos al paciente.
<p>Riesgo de infección (00004)</p>	<p>Control del riesgo (1902): de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconoce factores de riesgo (/01) <ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas (/04) <p>Detección del riesgo (1908): de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (/01) <p>Termorregulación (0800)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertermia (/19) - Sudoración con el calor (/10) - Frecuencia del pulso radial (/12) 	<p>Protección contra infecciones (6550):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito. - Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. <p>Control de infecciones (6540):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. - Tomar constantes vitales y control de signos de shock séptico. - Vigilar la aparición de fiebre. - Hacer cultivos de sangre, orina o material exudado, si procede.
<p>Riesgo de estreñimiento (00015)</p>	<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de heces en relación con la dieta (/04) 	<p>Manejo del estreñimiento (0450):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control de la cantidad y aspecto de las

	<ul style="list-style-type: none"> - Facilidad de eliminación de las heces (/12) 	<p>deposiciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el aumento de ingesta de líquidos, si no está contraindicado. - Sugerir el uso de laxantes, si procede. - Instruir al paciente/ familia sobre el uso correcto de laxantes. <p>Manejo intestinal (0430):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente. - Control de deposiciones: número, cantidad y aspecto. - Proporcionar los dispositivos necesarios para la evacuación
<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)</p>	<p>Equilibrio de líquidos (0601) Hidratación (0602)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membranas mucosas húmedas (/02) <ul style="list-style-type: none"> - Diuresis (/11) <p>Estado de los signos vitales (0802)</p>	<p>Manejo de líquidos (4120):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar terapia intravenosa según prescripción. - Realizar registro preciso de ingesta y eliminación. - Vigilar estado de hidratación (membranas mucosas, pulso, presión sanguínea ortostática, etc.) - Incentivar ingesta hídrica progresiva tras tolerancia positiva.
<p>RETENCIÓN URINARIA (00023) (RIESGO)</p>	<p>Eliminación urinaria (0508)</p>	<p>Sondaje vesical (0580):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar fundamento y procedimiento del sondaje vesical - Hacer el sondaje de forma estéril <p>Cuidados catéter urinario (1876):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo del catéter con asepsia - Comprobar la correcta colocación del globo

		<p>y movilizarlo si procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar permeabilidad y lavar manualmente si procede. <p>Manejo de la eliminación urinaria (0590):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar eliminación urinaria: frecuencia, olor, volumen y color. - Observar signos de retención y/0 infección tracto urinario. - Realizar balances parciales.
<p>RIESGO DE CAÍDAS (00155)</p>	<p>Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909)</p> <p>Estado de seguridad: caídas (1912)</p>	<p>Prevención de caídas (6490):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente - Identificar características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caídas. - Proporcionar dispositivos de ayuda (andador, etc.) y de seguridad (barandillas). <p>Manejo ambiental: seguridad (6486):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente - Utilizar dispositivos de adaptación y de protección (barandillas, puertas cerradas, etc.)
<p>RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA (00087)</p>	<p>Estado circulatorio (0401)</p> <p>Estado neurológico (0909)</p> <p>Estado respiratorio: ventilación (0403)</p> <p>Perfusión tisular: periférica (0407)</p> <p>Estado de los signos vitales (0802)</p> <p>Función sensitiva: propioceptiva (2402)</p>	<p>Control de hemorragias (4160):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar vendaje compresivo o presión manual, si indicación. - Control de hemoglobina/ hematocrito. <p>Cuidados del embolismo periférico (4104):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar valoración de la circulación periférica (pulso, edema, etc.)

		<ul style="list-style-type: none"> - Administrar medicación anticoagulante, si procede. - Cambios posturales cada 2 horas, si no movimiento o ejercicios. - Recomendar no masaje de la zona. <p>Monitorización neurológica (2620):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar tendencias de Escala de Coma de Glasgow - Vigilar aparición respuesta de Babinski o de Cushing. - Explorar tono muscular y propiocepción. - Vigilar signos vitales - Monitorizar parámetros hemodinámicos invasivos y PIC y PPC (presión perfusión cerebral). <p>Monitorización respiratoria (3350):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar lecturas del ventilador mecánico (frecuencia, ritmo, etc,) y los valores de SaO₂ y CO₂ de gases en sangre. - Vigilar secreciones respiratorias. <p>Fisioterapia respiratoria (3230):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Practicar percusión con drenaje postural (clapping) - Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos. <p>Oxigenoterapia (3320):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxígeno a través de un sistema calefactado y humidificado. - Comprobar periódicamente el dispositivo de
--	--	--

		<p>aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede. <p>Administración de medicación (2300):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. - Seguir los cinco principios de la administración de medicación. - Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos. - Vigilar signos vitales y valores del laboratorio.
<p>Deterioro de la integridad cutánea (00046)</p>	<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura (/01) - Hidratación (/04) - Piel intacta (/13) <p>Curación de heridas (1102)</p>	<p>Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar higiene y aseo, si precisa. - Proporcionar soporte a las zonas edematosas. - Aplicar apósitos y/o geles hidrocoloides, si procede. - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. - Aplicar protectores a los talones. - Registrar grado de afectación de la piel. <p>Cuidados del sitio de incisión (3440):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar cura de la incisión de modo estéril - Mantener apósito limpio y seco. - Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas.

		<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir la aparición de seromas. Cuidados de las heridas (3662): - Medir lo drenado en cada turno - Vigilar signos de infección local y/o dehiscencia de bordes - Retirar ágrafes y/o suturas y drenajes cuando proceda - Vigilar puntos de incisión de drenajes y aspecto de volumen de drenado.
Deterioro de la movilidad física (00085)	<p style="text-align: center;">Movilidad (0208)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimiento muscular (/03) Ambulación, andar (0200) 	<p>Enseñanza: actividad/ ejercicio (5612):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilizar al paciente indicándole la importancia de moverse - Instruir en la realización de sencillos ejercicios de flexoextensión que se puedan hacer en la cama. <p>Fomento del ejercicio (0200):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantar al sillón al día siguiente de la cirugía. - Fomentar la deambulacion precoz
Déficit de autocuidado: baño (00108)	<p style="text-align: center;">Autocuidados higiene (0305)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantiene una apariencia pulcra (/14) 	<p>Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene (1801):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. - Proporcionar ayuda en la higiene hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)	<p style="text-align: center;">Autocuidados: uso del inodoro (0310)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entra y sale del cuarto de baño (/03) 	<p>Ayuda en el autocuidado: aseo/ WC (1804):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar medidas que suplan el uso del WC hasta que el paciente sea autosuficiente

		<p>(colocar la cuña).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompañar en la deambulacion para disminuir riesgos de caídas y permanecer al menos 10 minutos sentado en la cama antes de levantarse.
Riesgo de sangrado (00206)	<p>Severidad de la pérdida de sangre(4130)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida sanguínea visible (/01) - Distensión abdominal (/06) - Disminución de la presión arterial sistólica (/09) <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la presión diastólica (/10) - Aumento de la frecuencia cardíaca apical (/11) <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de calor corporal (/12) - Palidez de las membranas cutáneas y mucosas (/13) <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad (/14) - Cognición disminuida (/15) - Disminución de la hemoglobina (/16) - Disminución del hematocrito (/17) 	<p>Administración de productos sanguíneos (4030)</p> <p>Control de hemorragias (4160):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito - Control de constantes vitales, volumen drenado, y aparición de hematuria. - Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal. - Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación. - Evitar esfuerzos. - Mantener al paciente en reposo - Monitorización de constantes vitales: TA, FC, Tª. <p>Disminución de la hemorragia: heridas (4028)</p>
Conocimientos deficientes (00126) acerca del proceso de enfermedad	<p>Conocimiento: proceso de enfermedad (1803)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descripción del proceso de enfermedad (/02) <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de la causa (/03) - Descripción de los factores de riesgo (/04) - Descripción de los efectos de la enfermedad (/05) - Descripción de las complicaciones (/09) 	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir - Describir signos y síntomas

Bibliografía:

- Junta de Andalucía: Consejería de Salud. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/> Consultado en: 04-11-10
- Herdman, TH. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010
- Bulechek, GM, Butcher, HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5ª Ed. Barcelona: Mosby- Elsevier; 2009
- Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Madrid: Ed. Mosby- Elsevier; 2005