



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Andy Velázquez Sáenz

Nombre del tema: PAE de circuncisión

Parcial: Tercer parcial

Nombre de la Materia: Enfermería medico quirúrgica

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Sexto cuatrimestre

INTRODUCCIÓN

La circuncisión es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación parcial o total del prepucio, la capa de piel que cubre la cabeza del pene. Este procedimiento puede realizarse por motivos médicos, culturales, religiosos o de higiene. En el ámbito clínico, se indica comúnmente en casos de fimosis patológica, parafimosis, balanopostitis recurrente o infecciones urinarias de repetición. La intervención puede realizarse en neonatos, niños, adolescentes y adultos, siendo mínimamente invasiva en la edad temprana y más compleja en edades avanzadas debido al desarrollo anatómico y al incremento del riesgo de complicaciones.

Desde la perspectiva de enfermería, la circuncisión implica una atención integral que va más allá del acto quirúrgico, abarcando el cuidado preoperatorio, la educación al paciente y/o familiares, el acompañamiento emocional, así como la vigilancia continua en el postoperatorio inmediato y mediato. Es indispensable la valoración exhaustiva de las condiciones fisiológicas, emocionales y sociales del paciente, así como la identificación de factores de riesgo, antecedentes médicos relevantes y signos de posibles complicaciones, como sangrado excesivo, infección, dolor mal controlado o dificultades para la micción.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) representa una herramienta sistemática, científica y humanizada para brindar cuidados personalizados y eficaces. A través de sus cinco etapas valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, se establece un plan de cuidados centrado en las necesidades reales y potenciales del paciente, promoviendo su recuperación, reduciendo riesgos y favoreciendo su bienestar integral.

En el caso del paciente sometido a circuncisión, el PAE se enfoca en intervenciones relacionadas con el manejo del dolor, el control de infecciones, la promoción del autocuidado (en el caso de pacientes adultos), la orientación a padres o cuidadores (en pacientes pediátricos), y el apoyo emocional para mitigar el temor, la ansiedad o la incomodidad asociada al procedimiento. Asimismo, se enfatiza la educación sobre el adecuado aseo del área quirúrgica, los signos de alarma y el seguimiento posterior al alta hospitalaria.

En este contexto, el presente PAE tiene como propósito aplicar un enfoque holístico que asegure la calidad de la atención enfermera, el respeto a la dignidad del paciente y la mejora continua de los resultados clínicos, contribuyendo así a una experiencia quirúrgica segura, informada y humanizada.

ÍNDICE

Contenido

JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos	7
MARCO TEÓRICO.....	8
Concepto	8
Etiología.....	9
Etiología médica o clínica	9
Etiología religiosa	9
Etiología cultural o tradicional	10
Etiología preventiva o higiénica	10
Etiología bioética y social	10
Fisiopatología	10
Fase de respuesta inflamatoria	10
Fase de proliferación.....	11
Fase de remodelación o maduración	11
Cambios funcionales tras la circuncisión	12
Diagnostico.....	12
Diagnósticos quirúrgicos comunes:	12
Diagnóstico farmacológico en la circuncisión	13
Complicaciones	14
Complicaciones tempranas (primeras horas o días postoperatorios)	14
Complicaciones tardías (semanas o meses después)	15
VALORACIÓN	16
Historia natural de la enfermedad	16
14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	17
VALORACIÓN CEFALOCAUDAL	19
Diagnostico.....	21
NANDA: Dx CIRCUNCISION.....	21
PLANIFICACION	22
Diagnostico (1) 00004 Riesgo de infección	22

Diagnostico (2) 00246 Riesgo de recuperación quirúrgica tardía	23
Diagnostico (3) 00146 Ansiedad.....	24
Diagnostico (4) 00132 Dolor agudo.....	25
Diagnostico (5) 00046 Deterioro de la integridad cutánea.....	26
EJECUCIÓN.....	27
Diagnostico (1) 00004 Riesgo de infección	27
Diagnostico (2) 00246 Riesgo de recuperación quirúrgica tardía	28
Diagnostico (3) 00146 Ansiedad.....	29
Diagnostico (4) 00132 Dolor agudo.....	30
Diagnostico (5) 00046 Deterioro de la integridad cutánea.....	32
EVALUACIÓN	33
CONCLUSIÓN	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS	37

JUSTIFICACIÓN

Aunque puede tener motivaciones religiosas, culturales o sociales, desde el punto de vista clínico se realiza principalmente por razones médicas como la fimosis patológica, para fimosis, balanitis o infecciones urinarias recurrentes. La intervención puede realizarse en recién nacidos, niños o adultos, y aunque suele ser de corta duración y bajo riesgo, requiere un manejo cuidadoso para prevenir complicaciones y garantizar una recuperación adecuada.

La importancia de implementar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en pacientes sometidos a circuncisión radica en la necesidad de brindar cuidados integrales, personalizados y basados en evidencia. La enfermería desempeña un papel fundamental en todas las fases del proceso quirúrgico: desde la valoración preoperatoria, donde se identifican factores de riesgo, condiciones clínicas y aspectos emocionales, hasta el seguimiento postoperatorio, enfocado en la prevención de infecciones, el manejo del dolor, la vigilancia de signos de alarma y la educación sanitaria.

A pesar de ser una cirugía menor, la circuncisión puede generar ansiedad en los pacientes o en los padres (en el caso de niños), dudas sobre el procedimiento, y preocupaciones sobre los cuidados posteriores. Además, si no se siguen adecuadamente las recomendaciones médicas y de enfermería, pueden presentarse complicaciones como sangrado, infección, inflamación excesiva o dificultad para orinar. Ante este panorama, el PAE permite al personal de enfermería anticiparse a estos riesgos mediante una atención sistemática, organizada y continua.

Otro aspecto clave que justifica la elaboración de un PAE en circuncisión es el fomento del autocuidado y la participación activa del paciente o sus cuidadores. A través de la educación y orientación que brinda el profesional de enfermería, se asegura que las personas comprendan cómo cuidar la herida quirúrgica, cuándo acudir al servicio de salud y qué medidas deben tomarse para promover una cicatrización adecuada y libre de complicaciones. Esto se traduce en una mejor adherencia a las indicaciones médicas y una disminución de reingresos por complicaciones postquirúrgicas.

Además, el PAE permite establecer diagnósticos enfermeros adecuados que reflejan las necesidades reales y potenciales del paciente, facilitando la planificación de intervenciones eficaces, evaluables y ajustadas a la evolución clínica del caso. Así, se logra no solo una atención técnica de calidad, sino también una atención humanizada, que respeta los derechos, la dignidad y la individualidad del paciente.

En resumen, el PAE en el contexto de una circuncisión se justifica por su valor en la prevención de riesgos, el control de síntomas, el acompañamiento emocional, la promoción del autocuidado y la mejora de los resultados clínicos. Su aplicación

fortalece el rol profesional de enfermería como eje clave del equipo de salud, al proporcionar cuidados seguros, éticos y centrados en la persona.

OBJETIVOS

Objetivo general

° Brindar cuidados integrales y personalizados de enfermería al paciente sometido a circuncisión, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), con el fin de promover una recuperación segura, prevenir complicaciones postoperatorias y fomentar el autocuidado o cuidado por parte de los tutores, asegurando el bienestar físico y emocional del paciente.

Objetivos específicos

° Valorar el estado físico, emocional y social del paciente antes y después del procedimiento quirúrgico, identificando necesidades reales y potenciales relacionadas con la circuncisión.

° Detectar signos y síntomas de riesgo postoperatorio, como dolor intenso, sangrado, infección o retención urinaria, a través de una vigilancia continua y sistemática.

° Establecer diagnósticos de enfermería precisos y adecuados al contexto del paciente sometido a circuncisión.

MARCO TEÓRICO

Concepto

La circuncisión es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección parcial o total del prepucio, es decir, la capa de piel retráctil que cubre y protege el glande (cabeza del pene). Esta intervención puede realizarse en distintas etapas de la vida, desde el período neonatal hasta la edad adulta, y sus indicaciones pueden variar según el contexto cultural, religioso, médico o higiénico.

Desde el punto de vista médico, la circuncisión se indica comúnmente en casos de fimosis patológica (cuando el prepucio no puede retraerse y causa molestias o infecciones), para fimosis (cuando el prepucio retraído queda atrapado detrás del glande y no puede volver a su posición normal), balanopostitis recurrente (inflamación del glande y del prepucio), o en pacientes con infecciones urinarias de repetición. También puede ser recomendada como parte del tratamiento en ciertos casos de enfermedades dermatológicas del pene o como medida preventiva frente a infecciones de transmisión sexual en poblaciones de alto riesgo.

En el contexto religioso o cultural, la circuncisión se practica desde la antigüedad en diversas culturas y religiones, como en el judaísmo, el islam o algunas comunidades africanas, como un rito de paso o un acto de purificación. En estos casos, suele realizarse en la infancia o en etapas específicas del desarrollo, como la adolescencia.

Técnicamente, la circuncisión puede llevarse a cabo mediante diferentes métodos quirúrgicos, incluyendo técnicas con bisturí, láser o dispositivos especiales como la pinza de Gomco, Plastibell o clamp de Mogen, dependiendo de la edad del paciente, la indicación y el entorno clínico. Aunque es considerada una cirugía menor y generalmente segura, con una correcta técnica quirúrgica y cuidados posteriores adecuados, no está exenta de complicaciones como sangrado, infección, inflamación, dolor o retracción cicatricial.

Desde la perspectiva de enfermería, la circuncisión requiere una atención integral antes, durante y después del procedimiento, que incluya la valoración del estado general del paciente, la educación al paciente y/o familiares sobre los cuidados posteriores, la detección temprana de signos de alarma y la intervención oportuna ante complicaciones. Además, se considera un momento clave para promover el autocuidado, la higiene íntima y el seguimiento médico adecuado.

En suma, la circuncisión es un procedimiento quirúrgico con múltiples implicaciones médicas, éticas y sociales, que debe ser abordado con responsabilidad, información clara al paciente o tutor, y cuidados enfermeros de calidad que garanticen la seguridad, el confort y una recuperación sin complicaciones.

Etiología

La circuncisión tiene una etiología multifactorial, lo que significa que existen diversas causas y motivaciones para su realización, dependiendo del contexto médico, cultural, religioso o incluso preventivo. Aunque el procedimiento es quirúrgico, su indicación no se limita únicamente a enfermedades, sino que también responde a tradiciones ancestrales, creencias religiosas, prácticas sociales y recomendaciones sanitarias.

Etiología médica o clínica

Es la causa más comúnmente aceptada en el ámbito de la salud. La circuncisión se indica como tratamiento en diversas afecciones del pene, tales como:

- ° Fimosis patológica: Incapacidad del prepucio para retraerse completamente sobre el glande en niños mayores o adultos, causando molestias, dolor, dificultad para la higiene o infecciones recurrentes.
- ° Parafimosis: Condición en la que el prepucio retraído no puede regresar a su posición original, lo que provoca hinchazón del glande, dolor y compromiso circulatorio.
- ° Balanitis o balanopostitis recurrente: Inflamación del glande y del prepucio, causada frecuentemente por infecciones bacterianas o micóticas repetidas.
- ° Infecciones urinarias recurrentes: En niños pequeños, sobre todo en aquellos con anomalías anatómicas o problemas de higiene, la circuncisión puede reducir la frecuencia de infecciones urinarias.
- ° Condiciones dermatológicas: Enfermedades como el liquen escleroso o la esclerosis del prepucio que generan fibrosis o retracción de la piel, dificultando la retracción y causando dolor.
- ° Prevención del cáncer de pene: Aunque poco común, el cáncer de pene se ha asociado con una higiene deficiente y la presencia prolongada de esmegma bajo el prepucio; la circuncisión puede reducir ese riesgo.

Etiología religiosa

En muchas culturas, la circuncisión tiene una connotación espiritual o ritual. Es una práctica muy antigua que se ha mantenido vigente hasta la actualidad en diferentes religiones:

- ° Judaísmo: Se practica como una orden divina y símbolo del pacto entre Dios y Abraham. Generalmente se realiza al octavo día de vida del recién nacido varón.
- ° Islam: Aunque no aparece directamente en el Corán, la circuncisión es ampliamente practicada como una tradición profética y símbolo de pureza.

° Cristianismo copto y otras ramas: Algunas iglesias africanas y cristianas orientales también mantienen esta práctica como herencia religiosa o cultural.

Etiología cultural o tradicional

En muchos países de África, Asia y Oceanía, la circuncisión forma parte de ritos de paso hacia la adultez, se realiza por presión social, costumbre ancestral o como parte de una identidad comunitaria. En estos casos, su función no es médica, sino simbólica y social.

Etiología preventiva o higiénica

En algunos sistemas de salud, especialmente en países como Estados Unidos, la circuncisión neonatal se ha promovido por motivos preventivos e higiénicos:

- ° Reducción del riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH.
- ° Facilitación de la higiene genital y disminución del esmegma.
- ° Reducción del riesgo de cáncer de cuello uterino en parejas sexuales de hombres circuncidados, asociado a la menor transmisión del virus del papiloma humano (VPH).

Etiología bioética y social

En algunos casos, la circuncisión se realiza por decisión familiar basada en creencias personales, estéticas o culturales, aún en ausencia de una indicación médica. Este tipo de etiología suele generar debate ético, especialmente cuando se practica en menores sin capacidad de consentimiento.

Fisiopatología

Tras la circuncisión, se desencadena una serie de mecanismos fisiopatológicos que corresponden a una respuesta normal del organismo ante una lesión controlada:

Fase de respuesta inflamatoria

- ° Inicia inmediatamente después del procedimiento.
- ° El cuerpo percibe la resección como una lesión, lo que provoca la liberación de mediadores inflamatorios como histamina, prostaglandinas, citoquinas y bradicinina.
- ° Estos mediadores provocan vasodilatación, enrojecimiento, edema, dolor y aumento de la permeabilidad capilar, facilitando la llegada de células inmunitarias

(neutrófilos y macrófagos) al sitio quirúrgico para prevenir infecciones y comenzar la reparación.

Fase de proliferación

- ° Aparece entre los 2 y 5 días posteriores a la intervención.
- ° Inicia la proliferación de fibroblastos que producen colágeno, y angiogénesis (formación de nuevos vasos).
- ° Se forma tejido de granulación, que reemplaza al tejido dañado y cubre la herida quirúrgica.

Fase de remodelación o maduración

- ° Puede durar de semanas a meses.
- ° El tejido cicatricial se reorganiza y fortalece, y la inflamación disminuye progresivamente.
- ° En esta fase puede producirse retracción cicatricial, adherencias o queloides, si hay complicaciones o mala técnica quirúrgica.

Posibles alteraciones fisiopatológicas si hay complicaciones

Aunque la circuncisión suele tener un curso postoperatorio favorable, pueden ocurrir complicaciones que alteran el proceso fisiológico normal:

- ° Infección local: Si no se siguen medidas asépticas, pueden proliferar bacterias (como *Staphylococcus aureus*), provocando inflamación persistente, fiebre o secreción purulenta.
- ° Hemorragia: Puede presentarse si hay lesión de vasos penianos superficiales o por coagulopatías no detectadas.
- ° Necrosis del glande: Rara, pero posible, si hay compromiso vascular severo por exceso de presión (por ejemplo, con mal uso de dispositivos como el clamp).
- ° Estenosis del meato uretral: Resultado de una cicatrización anormal que estrecha la salida de la uretra, dificultando la micción.
- ° Dolor crónico: Por hipersensibilización de los nervios locales o mala cicatrización.
- ° Adherencias prepuciales: En pacientes pediátricos, cuando la piel restante se une de manera anómala al glande durante la cicatrización.

Cambios funcionales tras la circuncisión

- ° Exposición constante del glande: Esto provoca una queratinización progresiva del epitelio del glande, disminuyendo su sensibilidad con el tiempo (particularmente en adultos).
- ° Cambio en el microbiota genital: La eliminación del prepucio modifica el microambiente genital, reduciendo la humedad y los microorganismos anaerobios, lo cual se asocia a una menor incidencia de infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual.
- ° Alteraciones psicológicas o emocionales: En algunos casos, especialmente en adultos, puede haber impacto emocional o percepción alterada del cuerpo, lo que también forma parte del enfoque integral en el cuidado de enfermería.

Diagnostico

El diagnóstico quirúrgico se refiere a la indicación médica que justifica la necesidad de realizar la circuncisión como intervención quirúrgica. A continuación, se enumeran los principales diagnósticos quirúrgicos que motivan esta operación:

Diagnósticos quirúrgicos comunes:

1. Fimosis patológica

CIE-10: N47.0 — Fimosis

Descripción: Estrechez del orificio prepucial que impide la retracción del prepucio sobre el glande, ocasionando dolor, dificultades de higiene, infecciones o disfunción urinaria.

2. Parafimosis

CIE-10: N47.1 — Parafimosis

Descripción: Estrangulación del glande por un prepucio retraído que no puede volver a su posición normal, comprometiendo la circulación y generando dolor intenso e inflamación.

3. Balanopostitis recurrente

CIE-10: N48.1 — Balanitis

Descripción: Infección o inflamación repetitiva del glande y prepucio, resistente al tratamiento médico convencional.

4. Infecciones urinarias recurrentes en lactantes o niños con fimosis

CIE-10: N39.0 — Infección del tracto urinario, sitio no especificado

Descripción: La circuncisión puede indicarse como medida preventiva si las infecciones se relacionan con una higiene deficiente causada por fimosis.

5. Liquen escleroso del pene (balanitis xerótica obliterante)

CIE-10: L90.0 — Liquen escleroso y atrófico

Descripción: Enfermedad crónica inflamatoria de la piel que puede provocar fibrosis, fimosis y obstrucción uretral.

Diagnóstico farmacológico en la circuncisión

El diagnóstico farmacológico abarca el uso de medicamentos relacionados con el procedimiento quirúrgico, tanto en la fase preoperatoria, intraoperatoria como postoperatoria, para controlar el dolor, prevenir infecciones y facilitar la recuperación.

Fármacos más comúnmente utilizados:

1. Anestésicos locales

Lidocaína o mepivacaína (al 1% o 2%)

Usados para bloqueo peniano o infiltración local.

Objetivo: Bloquear la conducción nerviosa para evitar dolor durante la cirugía.

2. Anestesia general (en pediatría o casos complejos)

Se utiliza en niños pequeños o cuando no es posible realizar anestesia local de manera efectiva.

3. Analgésicos postoperatorios

Paracetamol, ibuprofeno, o en algunos casos naproxeno.

Objetivo: Control del dolor leve a moderado en las primeras 48–72 horas posteriores a la cirugía.

4. Antibióticos profilácticos (según criterio médico)

Amoxicilina con ácido clavulánico, cefalexina o ciprofloxacino (en adultos).

Objetivo: Prevenir infecciones del sitio quirúrgico, especialmente si hay riesgo elevado o condiciones asociadas.

5. Antisépticos tópicos

Yodopovidona, clorhexidina o cremas antibióticas como neomicina-bacitracina.

Objetivo: Mantener el área quirúrgica limpia y libre de contaminación.

6. Pomadas cicatrizantes o antiinflamatorias (en algunos casos)

Para favorecer la recuperación local, evitar adherencias y disminuir la inflamación.

Complicaciones

Aunque la circuncisión es un procedimiento quirúrgico menor y generalmente seguro, como cualquier intervención puede presentar complicaciones. Estas pueden variar según la edad del paciente, la técnica empleada, la experiencia del profesional, las condiciones de asepsia y el seguimiento de los cuidados postoperatorios.

Complicaciones tempranas (primeras horas o días postoperatorios)

1. Hemorragia

Es la complicación más común. Puede deberse a mala técnica hemostática o coagulopatías no diagnosticadas.

Signos: Sangrado persistente en el sitio de la herida o en el apósito.

2. Infección local

Ocurre cuando no se siguen adecuadamente los principios de asepsia o los cuidados posteriores.

Signos: Enrojecimiento, calor, secreción purulenta, fiebre, dolor intenso.

3. Edema (hinchazón) del pene o glándula

Es una respuesta inflamatoria común, pero si es excesiva, puede complicar la circulación o la micción.

4. Dolor intenso o mal controlado

Puede afectar la alimentación, el descanso y el bienestar general, especialmente en neonatos o niños pequeños.

5. Retención urinaria

Por dolor o inflamación en la uretra distal que dificulta la salida de la orina.

6. Reacción alérgica a medicamentos o apósitos

Puede provocar enrojecimiento, prurito o dermatitis de contacto.

Complicaciones tardías (semanas o meses después)

1. Cicatrización anómala (queloide, cicatriz hipertrófica)

Alteración en la fase de remodelación de la herida. Más frecuente en personas con predisposición genética.

2. Adherencias prepuciales

En niños, puede ocurrir si la piel restante se adhiere al glande durante la cicatrización, provocando molestias o dificultad en la higiene.

3. Fimosis iatrogénica (secundaria a circuncisión parcial)

Si se deja demasiado prepucio y cicatriza de forma anormal, puede desarrollarse una nueva fimosis.

4. Estenosis del meato uretral

Estrechamiento del orificio urinario externo, más frecuente en circuncisiones realizadas en neonatos. Puede dificultar la micción y requerir intervención.

5. Retracción cicatricial del pene (pene enterrado)

Puede ocurrir por mala técnica o cicatrización anómala, especialmente en niños con sobrepeso.

6. Pérdida excesiva de tejido o lesión del glande

Rara pero grave, si se produce un corte excesivo o una manipulación inadecuada.

7. Alteraciones en la sensibilidad del glande

Especialmente en adultos, puede haber hipersensibilidad inicial o, con el tiempo, hipoestesia (disminución de la sensibilidad).

8. Impacto psicológico

En adolescentes o adultos, la circuncisión puede generar ansiedad, disconformidad con la imagen corporal o alteraciones en la vida sexual si no se maneja adecuadamente el aspecto emocional.

VALORACIÓN

Historia natural de la enfermedad

14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar normalmente

Paciente normoventilando, FR 20 rpm, SatO₂ 98%. No hay compromiso respiratorio actual, pero es fundamental vigilar por posibles signos de shock hipovolémico (taquipnea, dificultad respiratoria).

2. Comer y beber adecuadamente

Paciente refiere no tener náuseas, no ha ingerido alimentos por la situación de urgencia.

Monitorizar tolerancia oral post-estabilización. Valorar ayuno si se requiere intervención

quirúrgica.

3. Eliminar por todas las vías corporales

Paciente se valora diuresis escasa desde del procedimiento. Sin náuseas, vómitos ni alteraciones intestinales. Control estricto de ingresos y egresos.

Monitorizar signos de sangrado.

4. Moverse y mantener una buena postura

Paciente deambula con ayuda, refiere dolor moderado que limita su movilidad.

Favorecer reposo relativo, ayudar en movilización si es necesario.

5. Dormir y descansar

Paciente refiere tener sueño alterado por el dolor. Ambiente tranquilo y controlar el dolor. Apoyo emocional para favorecer el descanso.

6. Vestirse y desvestirse

Paciente refiere que puede hacerlo con ayuda.

Brindar privacidad, ropa limpia y ayuda para el aseo personal si lo requiere.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Paciente se valora la Temp. 37.2 °C. Afebril, sin escalofríos. Vigilar temperatura regularmente ante el riesgo de infección.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Paciente con higiene personal afectada por el estado emocional y físico. Fomentar el autocuidado con respeto. Proveer materiales de higiene íntima.

9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otras personas

Paciente se valora posible riesgo de shock hipovolémico. Asegurar entorno seguro, monitorización constante.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

Se muestra ansioso, emocional, apoyo psicológico y orientación clara.

11. Vivir según sus creencias y valores

Posible referencia a consejería espiritual si lo desea.

12. Ocuparse de algo de manera que su labor tenga un sentido de realización personal

Orientación sobre reintegración progresiva a sus actividades según evolución física y emocional.

13. Participar en actividades recreativas

Paciente no participa

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud

Paciente muestra interés por saber cómo le fue en la intervención
información clara sobre el diagnóstico, factores de riesgo.

VALORACIÓN CEFALOCAUDAL

Cabeza

- ° Estado de conciencia: Alerta y orientado en persona, tiempo y espacio.
- ° Expresión facial: Relajada o con signos de dolor ocasional.
- ° Lenguaje: Claro; responde coherentemente.

Órganos de los sentidos

- ° Ojos: Sin alteraciones; pupilas isocóricas y reactivas.
- ° Nariz y oídos: Sin secreciones ni alteraciones aparentes.
- ° Boca: Hidratación adecuada, mucosas rosadas, sin signos de deshidratación.

Cuello

- ° Movilidad: Conservada, sin rigidez.
- ° Ganglios linfáticos: No palpables o no dolorosos.

Tórax (sistema respiratorio y cardiovascular)

- ° Frecuencia respiratoria: Normal, sin disnea.
- ° Auscultación pulmonar: Murmullos vesiculares presentes, sin ruidos anormales.
- ° Frecuencia cardíaca: Regular, sin arritmias.
- ° Coloración de piel y mucosas: Normocoloración; sin cianosis.

Extremidades superiores

- ° Fuerza y movilidad: Conservadas.
- ° Pulsos periféricos: Presentes y simétricos.
- ° Sensibilidad: Intacta.

Abdomen (sistema digestivo y urinario)

- ° Palpación abdominal: Blando, depresible, no doloroso.
- ° Peristaltismo: Presente.

- ° Eliminación urinaria: Micción disminuida.
- ° Evacuaciones: Normales o aún no presentes si es postoperatorio inmediato.

Área genital (zona intervenida)

Inspección del pene:

- ° Presencia de vendaje quirúrgico o apósito limpio.
- ° Herida quirúrgica seca, sin sangrado activo.
- ° Eritema leve normal; sin secreción purulenta.
- ° Edema leve esperado los primeros días.
- ° Dolor localizado tolerable.
- ° Orificio uretral: Visible y sin obstrucción.
- ° Signos de infección: No presentes (vigilar enrojecimiento severo, pus, fiebre).

Extremidades inferiores

- ° Movilidad: Conservada.
- ° Sensibilidad: Intacta.
- ° Marcha: Dependiendo de la edad y del dolor, puede ser normal o con ligera incomodidad.

Aspectos neurológicos/emocionales

- ° Estado emocional: Tranquilo o ansioso dependiendo del dolor.
- ° Dolor: Escala del dolor (1 a 10). Puede estar entre 2 y 5 en primeras 48 horas.

Diagnostico

NANDA: Dx CIRCUNCISION

1	2	3	4	5
00004 Riesgo de infección Dominio 11 Seguridad/protección Clase 01 Infección	00246 Riesgo de recuperación quirúrgica tardía Dominio 11 Seguridad/protección Clase 2 Lesión	00146 Ansiedad Dominio 09 Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 02 Respuesta de afrontamiento	00132 Dolor agudo Dominio 12 Confort Clase 01 Confort físico	00046 Deterioro de la integridad cutánea Dominio 11 Seguridad/protección Clase 02 Lesión física
DEFINICIÓN: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.	DEFINICIÓN: Susceptible a una extensión del número de días posoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y bienestar que puede comprometer la salud.	DEFINICIÓN: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente específico, una catástrofe o una desgracia.	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); de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.	DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis y/o de la dermis.
R/C ° Dificultad para manejar el cuidado de las heridas ° Acceso inadecuado a equipos de protección individual ° Higiene inadecuada del entorno	R/C ° Movilidad física alterada ° Desnutrición ° Respuesta emocional negativa al resultado quirúrgico	R/C ° Conflicto sobre los objetivos vitales ° Transmisión interpersonal ° Dolor	R/C ° Lesión por agentes biológicos ° Uso inapropiado de agente químico ° Lesiones por agentes químicos	R/C ° Humedad excesiva ° Excretas ° Humedad
		M/P ° Disminución de la productividad ° Llanto ° Expresa angustia		M/P ° Dolor agudo ° Alteración en el color de la piel ° Sangrado

PLANIFICACION

Diagnostico (1) 00004 Riesgo de infección

Resultado NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
(1902) Control del riesgo Dominio: 04 conocimiento y conducta de salud Clase: (T) control del riesgo y seguridad	190219) Busca información actual sobre riesgos para la salud (190220) Identifica los factores de riesgo (190201) Reconoce los factores de riesgo personales (190202) Controla los factores de riesgo ambientales (190204) Desarrolla estrategias de control de riesgo afectivas	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 3/4 3/4 4/5 M: 16 A: 21
(0702) Estado inmune Dominio: 02 salud fisiológica Clase: (H) respuesta inmune	070207) Temperatura corporal (070208) Integridad cutánea (070209) Integridad mucosa (070221) Detección de infecciones actuales	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 3/4 3/4 3/4 M: 12 A: 16
(1924) Control del riesgo: proceso infeccioso Dominio: 04 conocimiento y conducta de salud Clase: (T) control del riesgo	(192426) Identifica los factores de riesgo de la infección (192402) Reconoce las consecuencias asociadas a la infección (192405) Identifica signos y síntomas de infección (192411) Mantiene un entorno limpio (192415) Practica la higiene de manos	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 3/4 3/4 4/5 4/5 M: 17 A: 22

Diagnostico (2) 00246 Riesgo de recuperación quirúrgica tardía

Resultado NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
1103 Curación de heridas por segunda intención Dominio 02: Salud fisiológica Clase L: Integridad tisular	110312 Necrosis 110314 Fistulización 110317 Mal olor de la herida	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	5/5 5/5 5/5 M 15 A 15
2109 Nivel de malestar Dominio 05: Salud percibida Clase V: Sintomatología	210901 Dolor 210919 Tensión facial 210921 Posición Inadecuada del cuerpo 210925 Perdido de apetito	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2/4 5/5 5/5 5/5 M 17 A 19
1842 Conocimiento: Control de infección Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud Clase S: conocimiento sobre la salud	18204 Signos y síntomas de infección 180706Procedimiento en el control de infección 180707Importancia del lavado de mano 184209 Tratamiento de la infección diagnosticada	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	5/5 5/5 5/5 5/5 M 20 A 20

Diagnostico (3) 00146 Ansiedad

Diagnostico NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
(1211) Nivel de ansiedad Dominio: 03 salud psicosocial Clase: (M) bienestar psicológico	(121102) Impaciencia (121105) Inquietud (121138) Dolor (121120) Aumento de la velocidad del pulso (121129) Trastorno del sueño	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/5 3/4 2/4 3/4 M 11 A 17
(1302) Afrontamiento de problemas Dominio: 03 salud psicosocial Clase: (N) adaptación psicosocial	(130201) Identifica patrones de superación eficaces (130202) Identifica patrones de superación ineficaces (1302010) Adopta conductas para reducir el estrés	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	5/5 3/4 3/4 M 11 A 14
(1402) Autocontrol de la ansiedad Dominio: 03 salud psicosocial Clase: (O) autocontrol	(140219) Identifica factores desencadenantes de la ansiedad (140205) Planea estrategias para superar situaciones estresantes (140217) Controla la respuesta de ansiedad	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 3/4 3/4 M 9 A 12

Diagnostico (4) 00132 Dolor agudo

Diagnostico NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
(2102) Nivel del dolor Dominio: 05 salud percibida Clase: (V) sintomatología	(2102001) Dolor referido (210204) Duración de los episodios del dolor (210206) Expresiones faciales de dolor (210208) Inquietud (210224) Muecas de dolor	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2/4 2/4 2/4 3/3 2/3 M 11 A 18
(1605) Control del dolor Dominio: 04 conocimiento y conducta de salud Clase: (Q) conducta de salud	(160502) Reconoce el comienzo del dolor (160501) Reconoce los factores causales primarios (160516) Describe el dolor (160503) Utiliza medidas preventivas para el control del dolor (1605005) Utiliza analgésicos como se recomienda	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2/3 3/4 3/4 2/4 4/5 M 11 A 14
(2109) Nivel de malestar Dominio: 05 salud percibida Clase: (V) sintomatología	(210901) Dolor (210914) Inquietud (210918) Muecas (210919) Tensión facial (210922) Posición inadecuada del cuerpo	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2/4 3/4 3/4 3/4 4/5 M 15 A 21

Diagnostico (5) 00046 Deterioro de la integridad cutánea

Diagnostico NOC	Intervenciones	Escala de medición	Puntuación DIANA
(1101) Integridad tisular: piel y mucosas Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: (L) Integridad tisular	(110104) Hidratación (1101005) Pigmentación anormal (110113) Integridad de la piel	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 4/5 4/5 M 11 A 14
(0602) Hidratación Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: (G) Líquidos y electrolitos	(060201) Turgencia (060215) Ingestión de líquidos (060217) Percusión tisular	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 4/5 4/5 M 11 A 14
(0407) Perfusión tisular: periférica Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: (E) Cardiopulmonar	(040715) Llenado capilar de los dedos de las manos (040713) Dolor localizado en extremidades (040744) Debilidad muscular	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	4/4 2/3 3/4 M 9 A 11

EJECUCIÓN

Diagnostico (1) 00004 Riesgo de infección

Intervenciones NIC	Intervenciones NIC	Intervenciones NIC
INTERVENCIONES NIC: (3660) Cuidado de las heridas Dominio: 02 Fisiológico: complejo Clase: (L) Control de la piel/heridas Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación	INTERVENCIONES NIC: (6550) Protección de infecciones Dominio: 04 Seguridad Clase: (V) control de riesgo Definición: Prevención y detección precoz de la infección en pacientes de riesgo	INTERVENCIONES NIC: (6650) Vigilancia Dominio: 04 Seguridad Clase: (V) control de riesgo Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas
Actividades	Actividades	Actividades
➤ Despegar los apósitos y esparadrapo ➤ Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario ➤ Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor ➤ Extraer el material incrustado (astilla, garrapata, cristal, grava, metal) según sea necesario ➤ Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no toxico, según corresponda ➤ Administrar cuidados de la ulcera cutánea si es necesario ➤ Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida ➤ Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje ➤ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida ➤ Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida	➤ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada ➤ Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones ➤ Limitar el número de visitas según corresponda ➤ Mantener la asepsia para el paciente de riesgo ➤ Aplicar técnicas de aislamiento si es necesario ➤ Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas ➤ Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y en las mucosas ➤ Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica ➤ Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones ➤ Revisar los antecedentes de viajes internacionales y globales	➤ Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda ➤ Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales ➤ Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud ➤ Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes ➤ Monitorizar a los pacientes inestables o estables, pero en estado critico ➤ Comprobar el estado neurológico ➤ Monitorizar la capacidad cognitiva ➤ Controlar el estado emocional ➤ Colaborar con el médico para instaurar la monitorización hemodinámica invasiva, según corresponda ➤ Observar si hay infección, según corresponda

Diagnostico (2) 00246 Riesgo de recuperación quirúrgica tardía

Intervenciones NIC	Intervenciones NIC	Intervenciones NIC
INTERVENCIÓN Cuidados de la herida (3660) Campo 02 Fisiológico: complejo Clase L Control de la piel / herida Definición Prevención de complicaciones de las heridas y estipulación de su curación	INTERVENCIÓN Control de infecciones (6540) Campo 04 Seguridad Clase V Control de riesgo Definición Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos	INTERVENCIÓN Vigilancia de la piel (3590) Campo Fisiológico completo Clase Control de la piel/ herida Definición Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de la mucosa
Actividades	Actividades	Actividades
☐ Monitor las características de la herida incluyendo drenaje color, olor, tamaño ☐ Medir el lecho de la herida según corresponda ☐ Limpiar con solución salina fisiológico o un limpiador no tóxico, según corresponda ☐ Administrar cuidados en el sitio de incisión según sea necesario ☐ Aplicar una crema adecuada para la piel/lesión según corresponda ☐ Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida ☐ Mantener una técnica de 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 la tensión sobre la herida según corresponda	☐ Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes ☐ Cambiar el equipo de cuidado del paciente según protocolo del centro ☐ Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles ☐ Aplicar las precauciones de aislamiento designada que sea apropiada ☐ Limitar el número de visitas según corresponda ☐ Instruir al paciente acerca de las técnicas del correcto lavado de manos ☐ Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de mano que sea apropiado ☐ Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente ☐ Poner en práctica precauciones universales ☐ Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado	☐ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo edema o drenaje en la piel y las mucosas ☐ Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel ☐ Vigilar color temperatura de la piel ☐ Observar si hay infecciones especialmente en la zona edematosas ☐ Documentar los cambios de la piel y mucosas ☐ Observar si la ropa queda ajustada ☐ Instaurar medidas para evitar mayor deterioro ☐ Observar color, calor, tumefacción pulsos textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades ☐ Observar si hay erupciones y abrasiones de la piel ☐ Valorar el estado de la zona de incisión según corresponda

Diagnostico (3) 00146 Ansiedad

Intervenciones NIC	Intervenciones NIC	Intervenciones NIC
INTERVENCIONES NIC: (5820) Disminución de la ansiedad Dominio: 03 Conductual Clase: (T) Fomento de la comodidad psicológica Definición: Minimizar la opresión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.	INTERVENCIONES NIC: (5270) Apoyo emocional Dominio: 03 Conductual Clase: (R) Ayuda para el afrontamiento Definición: proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión	INTERVENCIONES NIC: (5230) Mejorar el afrontamiento Dominio: 03 Conductual Clase: (R) Ayuda para el afrontamiento Definición: facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes
Actividades	Actividades	Actividades
➤ Utilizar un enfoque sereno que de seguridad ➤ Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente ➤ Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento ➤ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico ➤ Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo ➤ Escuchar con atención ➤ Crear un ambiente que facilite la confianza ➤ Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad ➤ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante ➤ Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso	➤ Identificar las necesidades de seguridad del paciente y su historial de conducta ➤ Retirar del ambiente los objetos peligrosos ➤ Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente ➤ Proporcionar un entorno limpio y cómodo ➤ Evitar exposiciones innecesarias, como corrientes de aire, exceso de frío o calor ➤ Proporcionar comidas o tentempiés agradables ➤ Limitar el número de visitas ➤ Facilitar el uso de objetos personales como pijamas, productos de aseo, etc. ➤ Ayudar al paciente y a la familia a crear un ambiente confortable y no amenazador ➤ Evitar producir situaciones emocionales intensas	➤ Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo ➤ Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes ➤ Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva ➤ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones ➤ Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel ➤ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad ➤ Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación ➤ Proporcionar un ambiente de aceptación ➤ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones ➤ Animar al paciente a desarrollar relaciones

Diagnostico (4) 00132 Dolor agudo

Intervenciones NIC	Intervenciones NIC	Intervenciones NIC
INTERVENCIONES NIC: (1400) Manejo del dolor: agudo Dominio: 01 Fisiológico: básico Clase: (E) Fomento de la comodidad física Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente	INTERVENCIONES NIC: (2210) administración de analgésicos Dominio: 02 Fisiológico: complejo Clase: (H) Control de fármacos Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor	INTERVENCIONES NIC: (1380) Aplicación de calor o frío Dominio: 01 Fisiológico: básico Clase: (E) Fomento de la comodidad física Definición: Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío para disminuir el dolor, los espasmos musculares o la inflamación
Actividades	Actividades	Actividades
➤ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor o factores desencadenantes. ➤ Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente. ➤ Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. ➤ Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor. ➤ Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. ➤ Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor. ➤ Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. ➤ Enseñar los principios del manejo del dolor. ➤ Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación	➤ Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente ➤ Comprobar el historial de alergias a medicamentos ➤ Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno ➤ Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor ➤ Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo ➤ Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales ➤ Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia ➤ Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso ➤ Animar al paciente a utilizar medicación analgésica adecuada ➤ Monitorizar signos vitales	➤ Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectara a los síntomas del paciente ➤ Detectar si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación ➤ Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde ➤ Enseñar a evitar una lesión tisular asociada con el calor/frío ➤ Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, conductuales y biológicas de la persona ➤ Aplicar calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible ➤ Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento ➤ Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor/frío ➤ Determinar la disponibilidad y el buen estado de funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frío

		➤ Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaciones de la estimulación
--	--	---

Diagnostico (5) 00046 Deterioro de la integridad cutánea

Intervenciones NIC	Intervenciones NIC	Intervenciones NIC
Intervenciones NIC: (1100) Manejo de la nutrición. Clase Dominio 1: Fisiológico básico Clase D: Apoyo nutricional Definición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes	INTERVENCIÓN (NIC): (6540) Control de infecciones DOMINIO: 4 Seguridad CLASE: V- Control del riesgo DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.	INTERVENCIÓNES NIC: (3590) Vigilancia de la piel Dominio: 02 Fisiológico: Complejo Clase: (L) Control de la piel/heridas Definición: recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas
Actividades	Actividades	Actividades
➤ Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales ➤ Determinar las presencias alimentarias del paciente ➤ Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos) ➤ Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales ➤ Aconsejar al paciente que se siente en posición erguida en la silla, si es posible ➤ Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso ➤ Identificar las alergias o las intolerancias alimentarias del paciente ➤ Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales ➤ Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario ➤ Ajustar la dieta, según sea necesario	➤ Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos ➤ Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente. ➤ Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. ➤ Usar guantes estériles, según corresponda. ➤ Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. ➤ Limitar el número de visitas, según corresponda. ➤ Rasurar y limpiar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía. ➤ Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada. ➤ Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. ➤ Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)	➤ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. ➤ Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. ➤ Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda. ➤ Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden). ➤ Vigilar el color y la temperatura de la piel. ➤ Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. ➤ Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. ➤ Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. ➤ Observar si hay zonas de presión y fricción. ➤ Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.

EVALUACIÓN

Dolor agudo relacionado con procedimiento quirúrgico.

Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica.

Ansiedad del paciente o familiar relacionada con el procedimiento y recuperación.

Evaluación de Objetivos Propuestos:

1. Objetivo: Disminuir el dolor postoperatorio en 24-48 horas.

Resultado: El paciente refiere disminución del dolor, calificándolo de 8/10 a 2/10 con apoyo de analgésicos y cuidados locales.

Evaluación: Objetivo cumplido.

2. Objetivo: Mantener la herida quirúrgica limpia y seca para prevenir infecciones.

Resultado: No se presentan signos de infección (enrojecimiento excesivo, secreción purulenta, fiebre). Se observaron condiciones higiénicas adecuadas en cada curación.

Evaluación: Objetivo cumplido.

3. Objetivo: Reducir la ansiedad relacionada con el procedimiento mediante educación al paciente/familia.

Resultado: El paciente y/o cuidador demostraron comprensión de los cuidados posteriores (curación, higiene, signos de alarma) y expresaron mayor tranquilidad.

Evaluación: Objetivo cumplido.

4. Objetivo: Promover la cicatrización adecuada en 7 días.

Resultado: Se observa avance en la cicatrización sin complicaciones.

Evaluación: Objetivo en progreso favorable.

Valoración Final del Estado del Paciente:

Signos vitales: Dentro de parámetros normales.

Zona quirúrgica: Sin infección, inflamación leve esperada, sin sangrado activo.

Estado emocional: Tranquilo, sin signos de ansiedad o temor persistente.

Conocimiento sobre autocuidados: Adecuado, según evaluación de comprensión.

Recomendaciones Finales:

Continuar con los cuidados locales hasta cicatrización total.

Acudir a consulta médica de control.

Suspender baño de inmersión hasta nueva indicación.

Observar signos de alarma: fiebre, secreción purulenta, sangrado, aumento del dolor.

CONCLUSIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un paciente sometido a circuncisión permitió proporcionar cuidados integrales, sistematizados y centrados en las necesidades individuales del usuario. A través de una valoración completa basada en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se identificaron alteraciones específicas derivadas del procedimiento quirúrgico, como el dolor agudo, el riesgo de infección, la ansiedad pre y postoperatoria, y la necesidad de conocimientos adecuados sobre los cuidados posteriores.

Durante la planificación, se establecieron objetivos claros, medibles y realistas, orientados a mantener la integridad de la piel, aliviar el dolor, prevenir complicaciones y fomentar la participación activa del paciente o sus cuidadores en el proceso de recuperación. Las intervenciones de enfermería se enfocaron en el control del dolor mediante la administración de analgésicos prescritos, la realización de curaciones bajo condiciones asépticas, la educación sanitaria sobre la higiene genital y la detección oportuna de signos de alarma, así como el acompañamiento emocional para reducir la ansiedad y fomentar la confianza en el tratamiento recibido.

La ejecución del plan de cuidados se realizó de forma continua, respetando los principios éticos y científicos de la profesión, asegurando la seguridad, el confort y el bienestar del paciente. Se observaron mejoras progresivas en el estado general del usuario, con una evolución favorable del sitio quirúrgico, ausencia de infecciones, disminución del dolor referido y una actitud positiva frente al proceso de recuperación. Además, los cuidadores adquirieron los conocimientos necesarios para continuar los cuidados en casa, lo que demuestra el impacto positivo de la educación sanitaria brindada por el personal de enfermería.

En la etapa de evaluación, se constató el cumplimiento de los objetivos propuestos, confirmando la efectividad del PAE en este contexto quirúrgico. El paciente presentó una evolución adecuada, sin complicaciones, con signos claros de cicatrización y adherencia a las recomendaciones brindadas.

En conclusión, el Proceso de Atención de Enfermería demostró ser una herramienta fundamental para garantizar una atención de calidad, personalizada y segura en pacientes sometidos a circuncisión. Este proceso no solo contribuyó al bienestar físico del paciente, sino que también promovió la participación activa del entorno familiar, fortaleciendo así el autocuidado y la prevención de complicaciones a largo plazo. Se recomienda continuar con el seguimiento ambulatorio para verificar la resolución completa del proceso quirúrgico y reforzar la educación en salud como pilar fundamental del trabajo de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/circumcision/about/pac-20393550#:~:text=La%20circuncisi%C3%B3n%20es%20una%20cirug%C3%ADa,incluso%20en%20los%20Estados%20Unidos.>

<https://www.gob.mx/issste/articulos/hablemos-de-la-circuncision?idiom=es>

<https://kidshealth.org/es/parents/circumcision.html>

ANEXOS

INTERVENCIONES NIC: (3660) Cuidado de las heridas

Dominio: 02 Fisiológico: complejo

Clase: (L) Control de la piel/heridas

Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación

- Despegar los apósitos y esparadrapo
- Rasurar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor
- Extraer el material incrustado (astilla, garrapata, cristal, grava, metal) según sea necesario
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda
- Administrar cuidados de la úlcera cutánea si es necesario
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida
- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida

INTERVENCIONES NIC: (6550) Protección de infecciones

Dominio: 04 Seguridad

Clase: (V) control de riesgo

Definición: Prevención y detección precoz de la infección en pacientes de riesgo

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada
- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones
- Limitar el número de visitas según corresponda
- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo
- Aplicar técnicas de aislamiento si es necesario
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y en las mucosas
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones
- Revisar los antecedentes de viajes internacionales y globales

INTERVENCIONES NIC: (6650) Vigilancia

Dominio: 04 Seguridad

Clase: (V) control de riesgo

Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas

- Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda
- Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales
- Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud
- Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes
- Monitorizar a los pacientes inestables o estables, pero en estado crítico
- Comprobar el estado neurológico
- Monitorizar la capacidad cognitiva
- Controlar el estado emocional
- Colaborar con el médico para instaurar la monitorización hemodinámica invasiva, según corresponda
- Observar si hay infección, según corresponda



UDS PLANTEL COMITAN

PRACTICAS DE ENFERMERÍA

SAJUD



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON:

ED 00004 Riesgo de infección
Dominio 11 Seguridad/protección
Clase 01 Infección

DEFINICIÓN: ED Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

R/C

* Dificultad para manejar el cuidado de las heridas

* Acceso inadecuado a equipos de protección individual

* Higiene inadecuada del entorno

RESULTADO(NOC): EQUILIBRIO HÍDRICO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(1902) Control del riesgo Dominio: 04 conocimiento y conducta de salud Clase: (T) control del riesgo y seguridad	(190218) Busca información actual sobre riesgos para la salud (190220) Identifica los factores de riesgo (190201) Reconoce los factores de riesgo personales (190202) Controla los factores de riesgo ambientales (190204) Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 3/4 3/4 4/5 M: 16 A: 21
(0702) Estado inmune Dominio: 02 salud fisiológica Clase: (H) respuesta inmune	(070207) Temperatura corporal (070208) Integridad cutánea (070209) Integridad mucosa (070221) Detección de infecciones actuales	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 3/4 3/4 M: 12 A: 16
(1924) Control del riesgo: proceso infeccioso Dominio: 04 conocimiento y conducta de salud Clase: (T) control del riesgo	(192426) Identifica los factores de riesgo de la infección (192402) Reconoce las consecuencias asociadas a la infección (192405) Identifica signos y síntomas de infección (192411) Mantiene un entorno limpio (192415) Practica la higiene de manos	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 3/4 4/5 4/5 M: 17 A: 22

Intervención Cuidados de la herida (3660)**Campo 02** Fisiológico: complejo**Clase I** Control de la piel / herida**Definición** Prevención de complicaciones de las heridas y estipulación de su curación

- Monitor las características de la herida incluyendo drenaje color, olor, tamaño
- Medir el lecho de la herida según corresponda
- Limpiar con solución salina fisiológico o un limpiador no tóxico, según corresponda
- Administrar cuidados en el sitio de incisión según sea necesario
- Aplicar una crema adecuada para la piel/lesión según corresponda
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida
- Mantener una técnica de 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 la tensión sobre la herida según corresponda

Intervención Control de infecciones (6540)**Campo 04** Seguridad**Clase V** Control de riesgo**Definición** Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos

- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes
- Cambiar el equipo de cuidado del paciente según protocolo del centro
- Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles
- Aplicar las precauciones de aislamiento designada que sea apropiada
- Limitar el número de visitas según corresponda
- Instruir al paciente acerca de las técnicas del correcto lavado de manos
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de mano que sea apropiado
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente
- Poner en práctica precauciones universales
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado

Intervención Vigilancia de la piel (3590)**Campo** Fisiológico completo**Clase** Control de la piel/ herida**Definición** Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de la mucosa

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo edema o drenaje en la piel y las mucosas
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel
- Vigilar color temperatura de la piel
- Observar si hay infecciones especialmente en la zona edematosas
- Documentar los cambios de la piel y mucosas
- Observar si la ropa queda ajustada
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro
- Observar color, calor, tumefacción pulsos textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades
- Observar si hay erupciones y abrasiones de la piel
- Valorar el estado de la zona de incisión según corresponda



UDS PLANTEL COMITAN
PRACTICAS DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON:

ED 00246 Riesgo de recuperación quirúrgica tardía
Dominio 11 Seguridad/protección
Clase 2 Lesión

DEFINICIÓN: ED Susceptible a una extensión del número de días posoperatorios necesarios para iniciar y realizar actividades que mantengan la vida, la salud y bienestar que puede comprometer la salud.

R/C

* Movilidad física alterada

* Desnutrición

* Respuesta emocional negativa al resultado quirúrgico

RESULTADO(NOC): EQUILIBRIO HIDRICO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
1103 Curación de heridas por segunda intención Dominio 02: Salud fisiológica Clase I: Integridad tisular	110312 Necrosis 110314 Fistulización 110317 Mal olor de la herida	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	5/5 5/5 5/5 M 15 A 15
2109 Nivel de malestar Dominio 05: Salud percibida Clase V: Sintomatología	210901 Dolor 210919 Tensión facial 210921 Posición Inadecuada del cuerpo 210925 Perdido de apetito	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	2/4 5/5 5/5 5/5 M 17 A 19
1842 Conocimiento: Control de infección Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud Clase S: conocimiento sobre la salud	18204 Signos y síntomas de infección 180706 Procedimiento en el control de infección 180707 Importancia del lavado de mano 184209 Tratamiento de la infección diagnosticada	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	5/5 5/5 5/5 5/5 M 20 A 20

INTERVENCIONES NIC: (5820) Disminución de la ansiedad
 Dominio: 03 Conductual
 Clase: (T) Fomento de la comodidad psicológica
 Definición: Minimizar la opresión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente
- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
- Escuchar con atención
- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso

INTERVENCIONES NIC: (5270) Apoyo emocional
 Dominio: 03 Conductual
 Clase: (R) Ayuda para el afrontamiento
 Definición: proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión

- Identificar las necesidades de seguridad del paciente y su historial de conducta
- Retirar del ambiente los objetos peligrosos
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente
- Proporcionar un entorno limpio y cómodo
- Evitar exposiciones innecesarias, como corrientes de aire, exceso de frío o calor
- Proporcionar comidas o tentempiés agradables
- Limitar el número de visitas
- Facilitar el uso de objetos personales como pijamas, productos de aseo, etc.
- Ayudar al paciente y a la familia a crear un ambiente confortable y no amenazador
- Evitar producir situaciones emocionales intensas

INTERVENCIONES NIC: (5230) Mejorar el afrontamiento

Dominio: 03 Conductual
 Clase: (R) Ayuda para el afrontamiento
 Definición: facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
- Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación
- Proporcionar un ambiente de aceptación
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
- Animar al paciente a desarrollar relaciones



UDS PLANTEL COMITAN
PRACTICAS DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON:

ED 00146 Ansiedad
 Dominio 09 Afrontamiento/ tolerancia al estrés
 Clase 02 Respuesta de afrontamiento

DEFINICIÓN: ED Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente específico, una catástrofe o una desgracia.

R/C

- * Conflicto sobre los objetivos vitales
- * Transmisión interpersonal
- * Dolor

M/P

- * Disminución de la productividad
- * Llanto
- * Expresa angustia

RESULTADO(NOC): EQUILIBRIO HIDRICO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
1211) Nivel de ansiedad Dominio: 03 salud psicosocial Clase: (M) bienestar psicológico	(121102) Impaciencia (121105) Inquietud (121138) Dolor (121120) Aumento de la velocidad del pulso (121129) Trastorno del sueño	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/5 3/4 2/4 3/4 M 11 A 17
(1302) Afrontamiento de problemas Dominio: 03 salud psicosocial Clase: (N) adaptación psicosocial	(130201) Identifica patrones de superación eficaces (130202) Identifica patrones de superación ineficaces (1302010) Adopta conductas para reducir el estrés	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	5/5 3/4 3/4 M 11 A 14
(1402) Autocontrol de la ansiedad Dominio: 03 salud psicosocial Clase: (O) autocontrol	(140219) Identifica factores desencadenantes de la ansiedad (140205) Planea estrategias para superar situaciones estresantes (140217) Controla la respuesta de ansiedad	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 3/4 3/4 M 9 A 12

INTERVENCIONES NIC: (1400) Manejo del dolor: agudo

Dominio: 01 Fisiológico: básico

Clase: (E) Fomento de la comodidad física

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor o factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Enseñar los principios del manejo del dolor.
- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación

INTERVENCIONES NIC: (1380) Aplicación de calor o frío

Dominio: 01 Fisiológico: básico

Clase: (E) Fomento de la comodidad física

Definición: Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío para disminuir el dolor, los espasmos musculares o la inflamación

- Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente
- Detectar si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación
- Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde
- Enseñar a evitar una lesión tisular asociada con el calor/frío
- Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, conductuales y biológicas de la persona
- Aplicar calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible
- Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento
- Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor/frío
- Determinar la disponibilidad y el buen estado de funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frío
- Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o las contraindicaciones de la estimulación

INTERVENCIONES NIC: (2210) administración de analgésicos

Dominio: 02 Fisiológico: complejo

Clase: (H) Control de fármacos

Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno
- Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso
- Animar al paciente a utilizar medicación analgésica adecuada
- Monitorizar signos vitales



UDS PLANTEL COMITAN PRACTICAS DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON:

ED 00132 Dolor agudo

Dominio 12 Confort

Clase 01 Confort físico

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); de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.

R/C

* Lesión por agentes biológicos

* Uso inapropiado de agente químico

* Lesiones por agentes químicos

RESULTADO(NOC): EQUILIBRIO HIDRICO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(2102) Nivel del dolor Dominio: 05 salud percibida Clase: (V) sintomatología	(2102001) Dolor referido (210204) Duración de los episodios del dolor (210206) Expresiones faciales de dolor (210208) Inquietud (210224) Muecas de dolor	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2/4 2/4 2/4 3/3 2/3 M 11 A 18
(1605) Control del dolor Dominio: 04 conocimiento y conducta de salud Clase: (Q) conducta de salud	(160502) Reconoce el comienzo del dolor (160501) Reconoce los factores causales primarios (160516) Describe el dolor (160503) Utiliza medidas preventivas para el control del dolor (1605005) Utiliza analgésicos como se recomienda	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2/3 3/4 3/4 2/4 4/5 M 11 A 14
(2109) Nivel de malestar Dominio: 05 salud percibida Clase: (V) sintomatología	(210901) Dolor (210914) Inquietud (210918) Muecas (210919) Tensión facial (210922) Posición inadecuada del cuerpo	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	2/4 3/4 3/4 3/4 4/5 M 15 A 21

Intervenciones NIC: (1100) Manejo de la nutrición.
Clase Dominio 1: Fisiológico básico
Clase D: Apoyo nutricional
Definición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales
- Determinar las presencias alimentarias del paciente
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos)
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales
- Aconsejar al paciente que se siente en posición erguida en la silla, si es posible
- Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso
- Identificar las alergias o las intolerancias alimentarias del paciente
- Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario
- Ajustar la dieta, según sea necesario

INTERVENCIONES NIC: (3590) Vigilancia de la piel
Dominio: 02 Fisiológico: Complejo
Clase: (L) Control de la piel/hendidas
Definición: recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden).
- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.

INTERVENCIÓN (NIC): (6540) Control de infecciones
DOMINIO: 4 Seguridad
CLASE: V- Control del riesgo
DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

- Enseñar el personal de cuidados el lavado de manos
- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Usar guantes estériles, según corresponda.
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
- Limitar el número de visitas, según corresponda.
- Rasurar y limpiar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía.
- Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)



UDS PLANTEL COMITAN
PRACTICAS DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: A PACIENTE CON:

ED 00046 Deterioro de la integridad cutánea
Dominio 11 Seguridad/protección
Clase 02 Lesión física

DEFINICIÓN: ED Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

R/C

- * Humedad excesiva
- * Excretas
- * Humedad

M/P

- * Dolor agudo
- * Alteración en el color de la piel
- * Sangrado

RESULTADO(NOC): EQUILIBRIO HIDRICO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(1101) Integridad tisular: piel y mucosas Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: (L) Integridad tisular	(110104) Hidratación (1101005) Pigmentación anormal (110113) Integridad de la piel	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 4/5 4/5 M 11 A 14
(0602) Hidratación Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: (G) Líquidos y electrolitos	(060201) Turgencia (060215) Ingestión de líquidos (060217) Percusión tisular	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	3/4 4/5 4/5 M 11 A 14
(0407) Perfusión tisular: periférica Dominio: 02 Salud fisiológica Clase: (E) Cardiopulmonar	(040715) Llenado capilar de los dedos de las manos (040713) Dolor localizado en extremidades (040744) Debilidad muscular	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	4/4 2/3 3/4 M 9 A 11

