



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Luz Alejandra Pérez Hernández.

Nombre del tema: Definiciones.

Parcial: 4to.

Nombre de la Materia: Calidad en los servicios de enfermería.

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez.

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería.

Cuatrimestre: 8vo.

1.-DX metatarsiano.

Concepto:

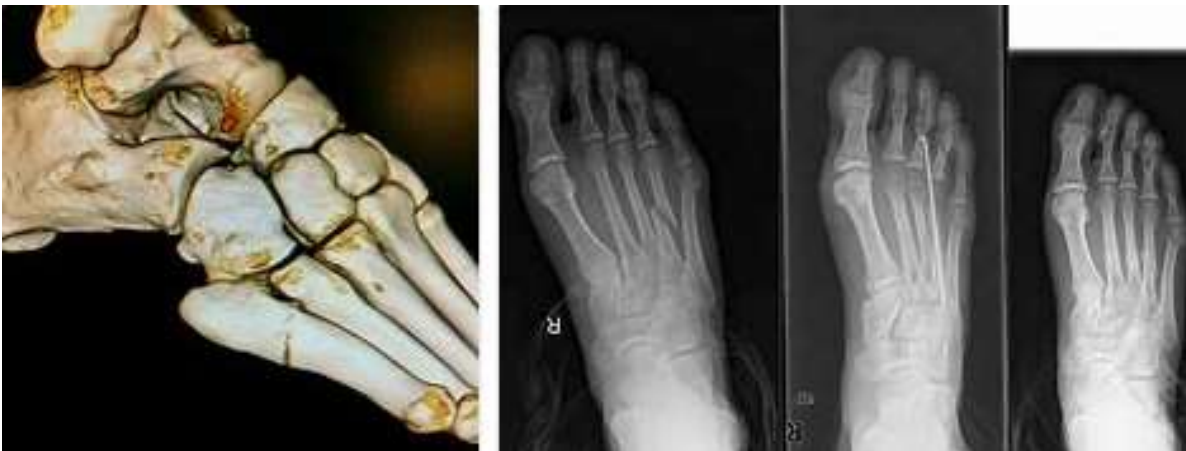
Es una afección que produce dolor e inflamación en la bola del pie (metatarso). Podrías sufrir esta afección si participas en actividades como correr o saltar.

Signos y síntomas: Actividades intensas que implican correr y saltar, zapatos demasiado sueltos o demasiado ajustados, exceso de peso corporal, ciertos tipos de pies, como arcos altos, sensación de hormigueo o entumecimiento en los dedos de los pies. Normalmente suele aparecer acompañado de molestias en esta región corporal, sensación de tener una piedra en el zapato debido al intenso dolor que padece el sujeto en la región plantar. Por norma general esta afección se acentúa al caminar y puede hacer caminar de manera incorrecta a la persona en cuestión. Sin embargo, la alteración suele remitir si el paciente se encuentra sentado, tumbado o en cualquier otra situación de reposo, dolor de cadera o espalda al cojear o intentar soportar todo el peso sobre el pie que no se encuentra afectado, formación de durezas o callos.

Cuidados de enfermería:

Realizar una evaluación de enfermería precisa con regularidad permite al personal de enfermería controlar el dolor del paciente y prevenir complicaciones.

Fotos:



2.-toxicidad por anestesia:

Concepto:

La toxicidad del anestésico local se produce debido a las concentraciones plasmáticas elevadas después de altas dosis o la administración intravenosa inadvertida. La intoxicación por AL no es una complicación nueva, fue descrita en 1928 y publicada en 1979(1), la mayoría de estos casos en pacientes obstétricas.

Signos y síntomas:

La toxicidad sistémica por anestésicos locales tiene un amplio espectro de manifestaciones, que van desde síntomas prodrómicos (tinnitus, agitación, sabor metálico, disartria, adormecimiento perioral, confusión, obnubilación y mareo) hasta convulsiones, depresión del sistema nervioso central y coma, paro respiratorio.

Cuidados de enfermería:

Debe recordarse que como la toxicidad por los anestésicos locales se puede presentar incluso después de 15 minutos de la inyección, los pacientes que reciben dosis potencialmente tóxicas, deben ser monitorizados hasta 30 minutos después de su administración de estos.

Fotos:



3.-cardioversión:

Concepto:

La cardioversión es un procedimiento médico en el que se utilizan choques rápidos y de baja energía para restablecer un ritmo cardíaco normal. Es un tratamiento para determinados tipos de latidos cardíacos irregulares (arritmias), como la fibrilación auricular. Algunas veces, la cardioversión se realiza con medicamentos.

Cuidados de enfermería:

Preparar el material necesario Reducir la ansiedad del paciente Procurar lo antes posible una correcta anticoagulación (en caso de flutter/fibrilación auricular Proporcionar los cuidados de Enfermería antes, durante y después de la cardioversión eléctrica personal.

Fotos:



Cardioversion vs Defibrillation



4.-Neumonía nosocomial por ventilador:

Concepto:

La neumonía asociada al ventilador se refiere a la neumonía adquirida 48 horas después de la intubación endotraqueal en un paciente sometido a soporte ventilatorio. Es la presencia del tubo endotraqueal, más que la propia ventilación mecánica, la causante del desarrollo de la neumonía. Así, los pacientes que reciben ventilación no invasiva con presión positiva mediante mascarilla presentan una incidencia significativamente menor. Aunque los microorganismos implicados en la neumonía asociada al ventilador pueden tener un origen exógeno (biofilm del tubo endotraqueal, circuito ventilatorio, humidificador, etc.), con mayor frecuencia derivan de la flora endógena del paciente (nariz, senos paranasales, boca, orofaringe, tráquea o estómago).

Signos y síntomas: Inflamación del parénquima pulmonar ocasionada por un proceso infeccioso, adquirido después de 48 horas de su estancia hospitalaria, que no estaba en periodo de incubación a su ingreso y que puede manifestarse hasta 72 horas después de su egreso.

Cuidados de enfermería:

- Higiene estricta de manos antes de manipular la vía aérea.
- Higiene bucal con clorhexidina (0,12%-0,2%). - Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento (> 20 cm H₂O.)
- Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0°.

Fotos:



5.-choque refractario:

Concepto:

El choque refractario con vasodilatación es secundario a sepsis, choque hemorrágico, posterior a bypass cardiopulmonar, intoxicación con milrinona, trasplantes de órganos, quemaduras, posterior a colocación de dispositivo de asistencia ventricular y en el postoperatorio de puente aortocoronario. Se caracteriza por cursar con niveles inapropiadamente bajos de vasopresina (VP) la cual es fundamental para mantener el índice de resistencia vascular sistémica (IRVS) y la presión arterial (PAM).

Signos y síntomas:

Mareos, vértigo o desmayo, piel pálida, fría y pegajosa. Disminución o ausencia del gasto urinario. Sudoración profusa, piel húmeda.

Cuidados de enfermería:

Las metas de tratamiento dentro de las primeras 6 horas son: mantener la presión venosa central (PVC) entre 8 y 12 mmHg, tensión arterial media mayor o igual a 65 mmHg, gasto urinario mayor o igual a 0.5ml/kg/hr, y una saturación de oxígeno en sangre venosa mayor de 70%.

Fotos:



6.-aborto en evolución:

Concepto:

Es una etapa más avanzada en la cual los síntomas son más intensos y hay modificaciones anatómicas del cuello del útero que pueden llevar a la salida del contenido uterino, embrión o feto y sus anexos. En general el pronóstico es malo para la reversibilidad del proceso.

Signos y síntomas:

- Manchado o sangrado vaginal.
- Dolor o calambre en el abdomen o en la región lumbar.
- Líquido o tejido que sale de la vagina

Si secretaste tejido fetal por la vagina, colócalo en un recipiente transparente y llévalo al consultorio de tu proveedor de atención médica o al hospital para que se lo analice.

-La mayoría de las mujeres que tienen manchado o sangrado vaginal durante el primer trimestre tienen embarazos sin complicaciones.

Cuidados de enfermería:

Se debe explicar a la mujer el procedimiento, así como la resolución de todas las dudas sobre el tratamiento, antes de la intervención. Debe permanecer en ayunas de 8-10 horas antes de la intervención, así como abandonar cualquier tratamiento que interfiera en el sangrado.

Después de la intervención, se debe vigilar el sangrado, dolor y temperatura de la paciente. En unas 24-48 horas si no existe complicación será dada de alta y le explicaremos los signos y síntomas a los que debe atender, puesto que el cuello uterino permanecerá dilatado tras el alta las principales recomendaciones serán:

- Vigilar color, olor y duración del sangrado. Si existe alguna alteración, consultar con su médico y/o acudir a urgencias.

- Control de la temperatura durante la primera semana.

- No usar tampones o duchas vaginales durante 15 días. No realizar baños, solo duchas.

- Abstinencia durante los primeros 15 días.

- Apoyo en la búsqueda de ayuda para fomentar una actitud alegre y positiva. Fomentando que no repriman sus sentimientos y miedos futuros, mediante la comunicación entre ambos miembros de la pareja.

- Colocación de calor local en abdomen para disminuir dolores abdominales.

- Evitar actividades físicas durante la primera semana.

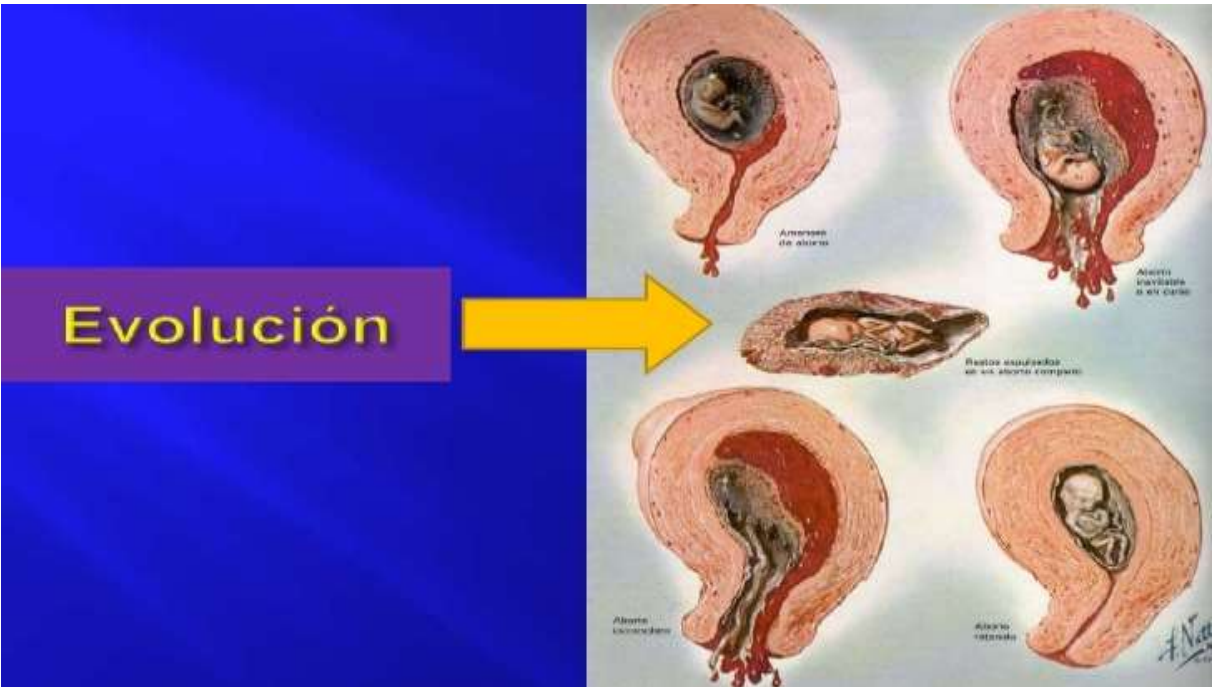
- Tomar analgesia si existe dolores uterinos.

- Acudir a revisión médica a las dos semanas para comprobación ecográfica.

- Si desea buscar nuevo embarazo, se aconseja dejar pasar 5 ciclos menstruales.

Se debe explicar todas las recomendaciones así como resolver todas las dudas que le puedan surgir a la mujer o a su pareja.

Fotos:



Clasificación según la evolución clínica del aborto



7.-revisión de cavidad uterina:

Concepto:

La revisión manual de cavidad uterina se asocia estrechamente con la aparición de hemorragia posparto, en contraste con la revisión instrumentada gentil, en la que se registró menor incidencia de esta complicación. La revisión de cavidad uterina debe

practicarse bajo indicaciones precisas, hecho que contribuye a la disminución de complicaciones en el posparto.

Se define como la exploración manual o instrumentada de la cavidad que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas.

Cuidados de enfermería:

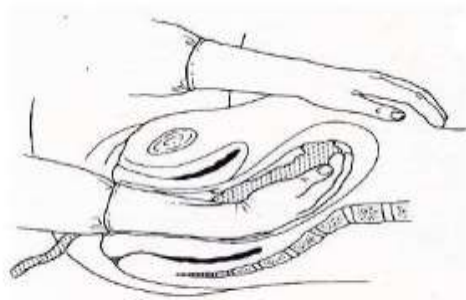
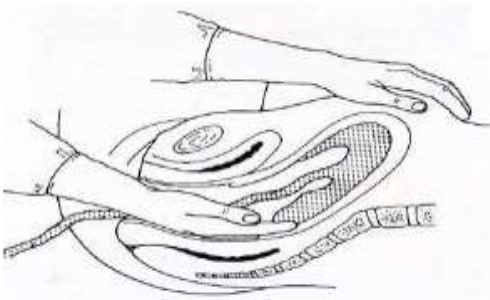
-Las medicaciones que causan contracciones uterinas: oxitócina, alcaloides ergóticos, prostaglandinas.

-Las medicaciones que promueven la coagulación o que corrigen sus anomalías.

Fotos:

REVISIÓN UTERINA

— TÉCNICA:



8.-Histerectomía abdominal por ruptura uterina:

Concepto:

La rotura uterina espontánea es el desgarro del útero que puede dar lugar a que el feto sea expulsado en la cavidad peritoneal. La rotura uterina es rara. Puede ocurrir durante la última etapa del embarazo o el trabajo de parto activo.

La rotura uterina ocurre más frecuentemente a lo largo de la línea cicatrizal en mujeres cesáreas previas. Otros factores predisponentes incluyen anomalías uterinas congénitas, traumatismos y otros procedimientos quirúrgicos, y otros procedimientos quirúrgicos como miomectomías o cirugía abierta materno fetal.

Signos y síntomas:

Incluyen bradicardia fetal, desaceleraciones variables, evidencia de hipovolemia, pérdida de la estación fetal (detectada durante el examen cervical) y dolor abdominal grave o constante. Si el feto ha sido expulsado del útero y se encuentra dentro de la cavidad peritoneal, la morbimortalidad fetal y materna aumentan significativamente.

Cuidados de enfermería:

-Canalizar dos vías periféricas de un calibre grueso. Una con solución salina normal para preparar el tratamiento con derivados hemáticos o transfusión de sangre en caso de que fuese necesario y otro para administrar una solución cristaloide como Ringer Lactato.

-Solicitar pruebas cruzadas al banco de sangre.

-Observación del sangrado, cantidad, color.

-Valorar la pérdida sanguínea y mantener el control de exámenes hematológicos.

-Debe realizarse una palpación abdominal (dinámica uterina, hipertoniá, estática fetal).

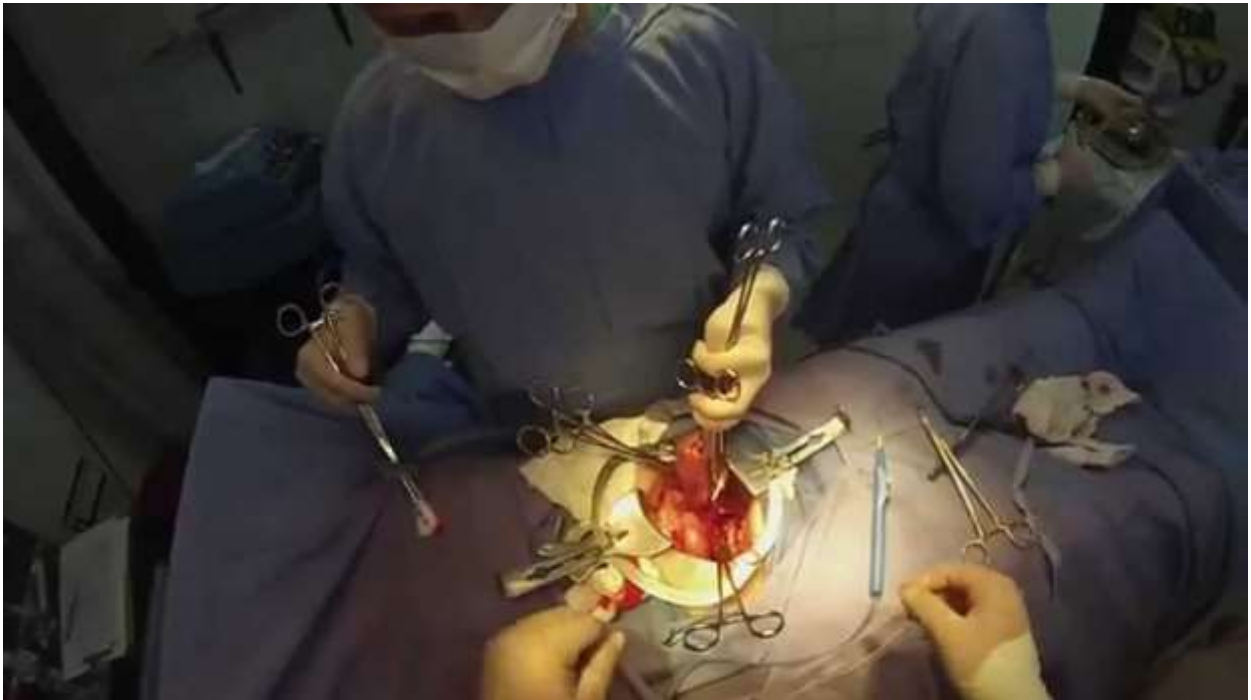
-Vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal.

-Monitorización de signos vitales.

-Observar signos de shock.

- Sondaje vesical y cuantificación de diuresis.
- Oxigenoterapia por cánula 3-5 litros por minuto.
- Debe realizarse una laparotomía urgente. La morbilidad neonatal es mayor si el tiempo transcurrido entre el establecimiento de una bradicardia y el parto supera los 18 minutos.
- Preparar a la gestante para el procedimiento quirúrgico.
- Preparación de los recursos necesarios ante la posibilidad de tener que realizar una reanimación neonatal.
- Registrar las indicaciones cumplidas y observaciones realizadas en la historia clínica.
- Orientar a los familiares sobre el peligro de este accidente en la madre y en el feto.

Fotos:





9.-sepsis por herida quirúrgica:

Concepto: La cirugía que involucra un corte (incisión) en la piel puede llevar a una infección en la herida tras la operación. La mayoría de las infecciones por heridas quirúrgicas se presentan en los primeros 30 días luego de la cirugía.

Las infecciones de heridas quirúrgicas pueden estar rojas y despidiendo pus, doler o estar calientes al tacto. Usted puede tener fiebre y sentirse enfermo.

Signos y síntomas:

- Pus o secreción.
- Mal olor procedente de la herida.
- Fiebre, escalofríos.
- Está caliente al tacto.
- Enrojecimiento.

-Dolor o molestia al tocarse.

Cuidados de enfermería:

-Use una técnica aséptica de no tocar para modificar y quitar los apósitos

-Mantenga la frecuencia de los cambios de apósito al mínimo para evadir perturbar el tejido en cicatrización.

-Use solución salina estéril para limpiar las heridas hasta 48 horas después de la cirugía.

-Use agua del grifo para limpiar la herida luego de 48 horas si la herida se ha separado o se ha abierto quirúrgicamente para drenar el pus.

-Informe a los pacientes de que tienen la posibilidad de ducharse de manera segura 48 h después de la cirugía.

-No use antimicrobianos tópicos en heridas quirúrgicas que permanecen cicatrizando por primera intención.-Derive al paciente a especialistas en el cuidado de heridas si requiere que le aconsejen sobre los cuidados y apósitos adecuados.

Fotos:



FIGURA 1. *Laparostomía en sepsis abdominal: ausencia de peritoneo parietal, retracción de la piel y la aponurosis*



10.-shock séptico.

Concepto:

El choque séptico es un tipo de shock que se produce como resultado de una respuesta inflamatoria generalizada del organismo debido a una infección. Es una Sepsis, en la que los trastornos de los sistemas cardiovascular, metabólico y a nivel celular son tan profundos que aumenta de manera significativa la mortalidad.

Signos y síntomas:

- Brazos y piernas frías y pálidas.
- Temperatura alta o muy baja, escalofríos.
- Sensación de mareo.
- Disminución o ausencia del gasto urinario.
- Presión arterial baja, en especial al estar parado.
- Palpitaciones.
- Frecuencia cardíaca rápida.
- Inquietud, agitación, letargo o confusión.

Cuidados de enfermería:

- Respirador (ventilación mecánica).
- Diálisis.
- Medicamentos para tratar la presión arterial baja, la infección o la coagulación de la sangre.
- Alto volumen de líquidos administrados directamente en la vena (por vía intravenosa).
- Oxígeno.
- Sedantes.

Fotos:

11.-cuidados post mortem:

Concepto:

Proporcionar los cuidados necesarios que garanticen un aspecto digno y limpio al paciente fallecido/a para su posterior traslado al tanatorio.

Cuidados de enfermería:

-Asegurar que todo el material necesario esté a mano.

-Higiene de manos.

-Colocación de guantes.

Procedimiento:

-Avisar al celador encargado de turno.

-Avisar al médico para que confirme y verifique el fallecimiento.

-Avisar al coordinador de trasplantes, (698184) antes de comenzar el amortajamiento, por posible DONACIÓN.

-Identificación del paciente. Δ2 OMS

-Presentarse a la familia e Informarle del procedimiento a realizar, siempre que su estado lo permita. i

-Preservar en todo momento la intimidad del paciente fallecido. Para ello procurar realizar los cuidados en habitación individual, si no es posible aislar al paciente fallecido con cortinas o biombos.

-Levantar el cabecero de la cama ligeramente, para evitar la acumulación de líquidos en la cabeza o la cara.

-Realizar la higiene del cadáver cuidadosamente y retirar sondas, drenajes, catéteres, etc.

-Aspirar cavidad orofaríngea de secreciones, sangre, etc.

-Taponar los orificios naturales en caso necesario.

-Colocar la prótesis dental, si fuera posible.

-Cerrar los ojos y sujetar la mandíbula inferior con una venda elástica.

- Sellar los labios con aerosol de película plástica para evitar que la boca se quede abierta.
- Colocar un pañal de incontinencia bien sujeto debajo de las nalgas y entre las piernas.
- Mantener una alineación corporal correcta.
- Colocar apósitos limpios en las heridas.
- Colocar en decúbito supino sobre el sudario, con los brazos cruzados y pies juntos (en caso de necropsia, los brazos se mantendrán a lo largo del cuerpo).
- Unir tobillos y muñecas con esparadrapo o vendas.
- Colocar las tres etiquetas identificativas, en brazo, pierna y parte superior y externa del sudario. Cerrar el sudario y cubrir con una sábana hasta el nivel del cuello, por si la familia desea verlo.
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar bata, guantes, mascarilla.
- Higiene de manos. Δ9 OMS
- Permitir a los familiares si lo desean, permanecer junto al difunto durante unos minutos, para despedirse.
- Recoger y entregar todas las pertenencias del fallecido a los familiares, si no es posible, el celador encargado de turno se hace cargo de los objetos, que posteriormente entregará a la familia tras la firma del documento correspondiente.
- Disponer de intimidad y proporcionar apoyo emocional a la familia y allegados en el proceso de duelo.
- Cubrir el cadáver totalmente con una sábana para su traslado.
- Simultáneamente a los cuidados realizados al paciente fallecido, el celador encargado de turno actuará según su protocolo.
- Retirar los guantes.

-Higiene de manos.

Material y equipo:

-Sudario

-Útiles de higiene.

-Toallas

-Sábanas.

-Batas no estériles.

-Mascarillas

-Guantes no estériles.

-Tijeras

-Pinzas de disección largas.

-Material de sutura.

-Algodón.

-Gasas y compresas.

-Vendas

-Esparadrapos

-Jeringas 10cc y 20cc.

-Aspirador

-Sondas de aspiración.

-Biombo

-Bolsas para residuos.

-Tres etiquetas identificativas (nombre, fecha, hora, habitación y cama).

Documentación para traslado al tanatorio.

Fotos:



12.-rectorragia:

Concepto:

El término "rectorragia" hace referencia a la emisión, por vía rectal, de sangre roja, siendo por tanto un término puramente descriptivo que en ningún caso conlleva una

atribución específica respecto a la gravedad o a la localización de la lesión causante de las pérdidas hemáticas. Esta apreciación debe tenerse en cuenta, puesto que en este artículo se abordan preferentemente las actitudes diagnósticas y terapéuticas que se deben emprender en los casos de hemorragia digestiva baja leve (atendiendo a la magnitud de la pérdida sanguínea), que corresponden precisamente a aquellas situaciones susceptibles de recibir atención en el ámbito primario.

Aunque habitualmente las hemorragias originadas en el tracto digestivo superior suelen manifestarse en forma de melena (deposición de sangre negra), cuando el tránsito digestivo es muy rápido o la pérdida hemática es masiva, la sangre puede exteriorizarse por el recto prácticamente inalterada, en forma roja y brillante, aunque en estos casos, los pacientes presentan una marcada alteración de su estado hemodinámico (hipotensión, taquicardia), por lo que deben ser derivados a un centro hospitalario para su estabilización, diagnóstico etiológico y tratamiento.

Signos y síntomas:

Los síntomas clásicos son dolor, rectorragia y prurito anal. El dolor es a menudo intenso y puede durar desde minutos a varias horas, durante y/o después de la defecación. En la fase crónica de la lesión pueden aparecer prurito y/o secreción mucosa o mucopurulenta. ocasiones con moco además de sangre.

Cuidados de enfermería:

El tratamiento consiste principalmente en medidas conservadoras como reposo del colon, reposición del volumen sanguíneo para compensar la pérdida través de transfusiones sanguíneas y/o infusiones de cristaloides. Se añaden otras opciones de tratamiento como son endoscópicas, radiológicas o quirúrgicas siendo la colonoscopia la técnica diagnóstica de elección recomendándose realizarla de forma precoz. Ante cualquier sangrado por el recto y hemodinámicamente inestable, se recomienda realizar una gastroscopia para descartar un sangrado gastrointestinal alto.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente: Afebril, adecuada adaptación a cambios de temperatura.

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Adecuada higiene y cuidado de la piel.

Fotos:



13.-hemorragia digestiva:

Concepto:

La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre por el tubo digestivo. Atendiendo a su evolución, esta pérdida puede ser aguda o crónica, según el volumen de sangre perdido y el tiempo en el que se ha perdido.

Según su origen, se clasifican en hemorragia digestiva alta o baja. Son hemorragias altas las que se originan en esófago, estómago y duodeno, y bajas las que se originan en el resto del intestino delgado y en el colon.

Signos y síntomas:

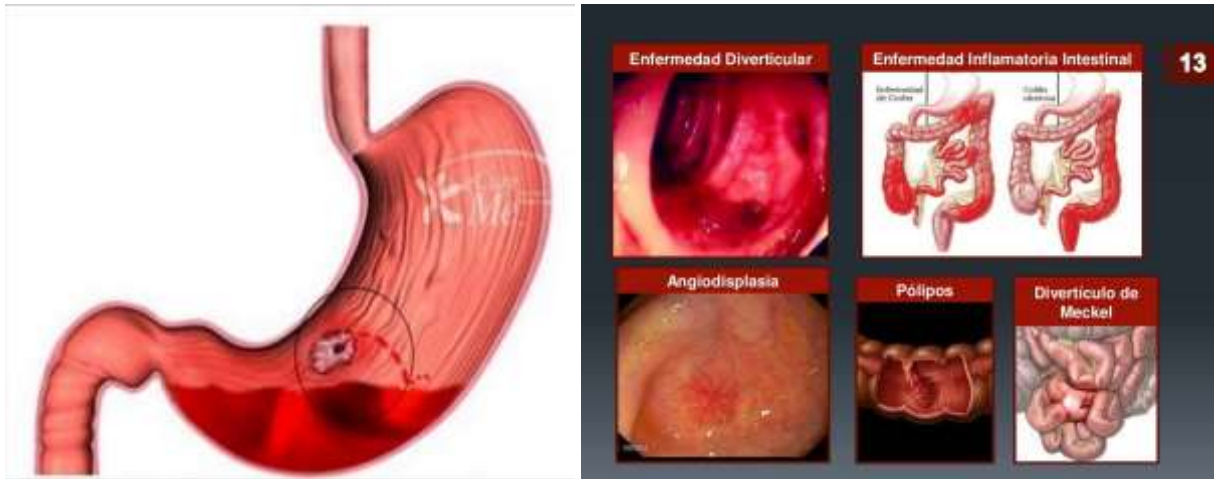
-Visualización al hacer de vientre de sangre fresca, semidigerida.

-Melenas.

Cuidados de enfermería:

Mantener el decúbito lateral para evitar aspiración si el paciente presenta hematemesis. Mantener al paciente en posición de semifowler si amerita, elevar miembros inferiores a 45° para obtener un adecuado retorno venoso, cuando sea una hemorragia activa.

Fotos:



14.-perforación intestinal:

Concepto:

Una perforación intestinal es una ruptura a través de todas las capas del intestino delgado. Esta perforación puede ser una complicación donde se produce la liberación del contenido intestinal a la cavidad peritoneal produciendo peritonitis.

Signos y síntomas:

- Dolor abdominal intenso.
- Escalofríos.
- Fiebre.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Asfixia.

Cuidados de enfermería:

-Realizar una valoración que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

-Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales.

-Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

-Explorar los factores que alivian o empeoran el dolor en el paciente.

-Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga).

-Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

-Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.

– 2210 Administración de analgésicos: 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 las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

-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 antiinflamatorios no esteroideos) según el tipo y la severidad del dolor.

-Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

Fotos:



15.-Ascáris lumbricoides:

Concepto:

Ascaris lumbricoides es un nematodo parásito del intestino delgado del ser humano,[1] A este gusano se le llama también lombriz intestinal por su forma alargada que lo asemeja a la lombriz de tierra. En el cerdo se encuentra una especie prácticamente idéntica, llamada Ascaris suum.

La ascariasis constituye un problema de salud pública en situaciones con condiciones higiénicas inadecuadas del agua y alimentos. El contagio se produce por la ingestión de los huevos larvados de segundo estadio (L2),[2] que habían sido eliminados con las heces; los huevos después de ser ingeridos eclosionan liberando las larvas las cuales salen a la luz del intestino delgado y recorren la circulación y los pulmones (realizando dos mudas y aumentando de tamaño), para retornar al intestino delgado donde se convierten en adultos.[3] Los huevos son enormemente resistentes respecto al calor extremo y la desecación, por lo que pueden sobrevivir varios años en ambientes húmedos y templados.

Posee una gran resistencia metabólica y una gran capacidad de reproducción, lo que explica la gran incidencia de casos en la que infecta a las personas. Es el mayor nematodo que parasita al ser humano, pues llega a medir hasta 35 cm (centímetros), aproximadamente.

Signos y síntomas:

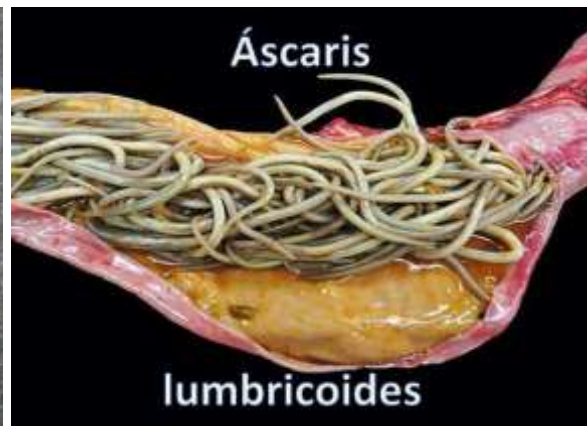
- Tos con sangre (moco expulsado de las vías respiratorias inferiores)
- Tos, sibilancias.
- Fiebre baja.
- Expulsión de lombrices en las heces.
- Dificultad para respirar.
- Erupción cutánea.
- Dolor de estómago.
- Vomitarse o toser expulsando lombrices.

Cuidados de enfermería:

Los medicamentos más utilizados para el tratamiento son el albendazol, el pamoato de pirantel y el mebendazol. Otros medicamentos también usados para el tratamiento son la ivermectina, la nitazoxanida, tiabendazol e hidroxinaftoato de bifenio.

Cabe destacar la importancia de los métodos profilácticos que se basan básicamente en evitar la diseminación de los huevitos, como puede ser evitar la defecación en el suelo, no utilizar excretas humanas como abono y tratar a los enfermos adecuadamente.

Fotos:



16.-perforación intestinal por ascariasis lumbricoide:

Concepto:

La perforación intestinal debida a *Áscaris Lumbricoides* es controvertida. Se piensa que el parásito es simplemente un pasajero dentro del lumen intestinal y solo podría escapar a la cavidad peritoneal a través de una perforación preformada causada por otro patógeno entérico.

Signos y síntomas:

La mayoría de las personas infectadas con ascariasis no presentan signos ni síntomas. Las infestaciones moderadas a graves causan diversos signos o síntomas, según la parte del cuerpo afectada.

Una vez que ingieres huevos microscópicos de ascariosis, estos se incuban en el intestino delgado y luego las larvas se trasladan a través del torrente sanguíneo o el sistema linfático hasta los pulmones. En este estadio, puedes presentar signos y síntomas similares a los del asma o la neumonía, entre ellos, los siguientes:

-Tos continúa

-Falta de aire

-Sibilancia

Las larvas maduran y se convierten en gusanos adultos en el intestino delgado, y los gusanos adultos comúnmente viven en los intestinos hasta que mueren. En la ascariosis leve o moderada, la infestación intestinal puede causar:

* Dolor abdominal leve

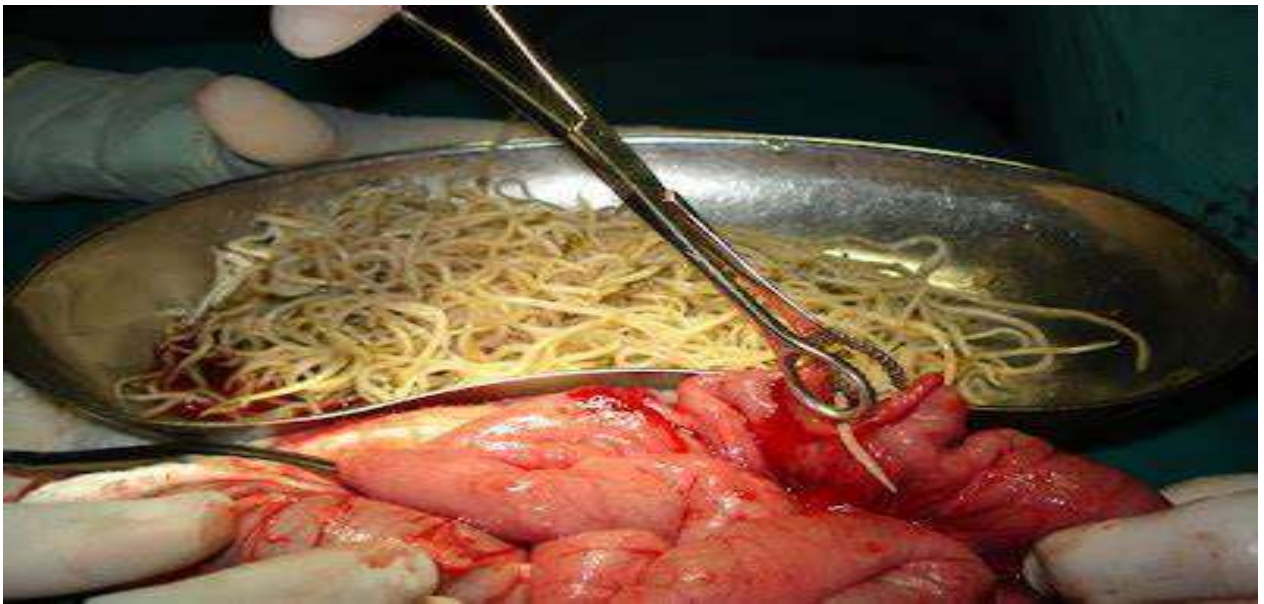
* Náuseas y vómitos

* Diarrea o heces con sangre

Si tienes un gran número de gusanos en el intestino, es posible que tengas:

- Dolor abdominal intenso
- Fatiga
- Vómitos
- Pérdida de peso o malnutrición
- Un gusano en el vómito o en las heces.

Fotos:





17.-deshidratacion planes de rehidratación.

Concepto:

El tratamiento de la deshidratación es la rehidratación oral. Actualmente, se recomiendan las soluciones de rehidratación hiposódicas ($\text{Na} < 60 \text{ mEq/L}$). La rehidratación intravenosa está indicada cuando la rehidratación oral ha fracasado, está contraindicada o las pérdidas son demasiado intensas.

Signos y síntomas:

- Boca seca o pegajosa o lengua hinchada.
- Fatiga o debilidad.
- Irritabilidad.
- Mareos o vahídos.
- Náuseas y vómitos.
- Dolores de cabeza.
- Estreñimiento.

-Sequedad de la piel.

Cuidados de enfermería:

-Lleve un diario de alimentos y líquidos.

-Beba líquidos.

-Recuerde que los alimentos contienen líquidos.

-Use crema humectante para suavizar la piel seca.

-Trate de eliminar la causa de la deshidratación, como los vómitos, la diarrea o la fiebre.

Fotos:



18.-código azul:

Concepto:

Un código azul es tan grave como el que se presenta en un hospital. Un paciente entra en paro cardíaco o respiratorio y necesita atención inmediata para salvar su vida.

El equipo de médicos, enfermeros y otros miembros del personal debe tomar decisiones en fracciones de segundos mientras se apuran por realizar reanimación cardiopulmonar (RCP), colocan sondas intravenosas y conectan monitores.

Más allá de lo que vemos en televisión, el código azul no es muy común; en la mayoría de los hospitales se presenta en promedio uno por mes. Sin embargo, cuando solo el 15 % de los pacientes sobrevive a un código azul por paro cardíaco en todo el país, la práctica puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte.

Fotos:



19.-paro cardiorrespiratorio:

Concepto:

Se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

Signos y síntomas:

dolor en el abdomen, náuseas y vómitos. dolor en el pecho, principalmente, angina: los hombres son más propensos que las mujeres a informar dolor en el pecho. mareos o desmayos repetidos, en especial mientras se hace ejercicio vigoroso, estando sentado o acostado boca arriba.

Cuidados de enfermería:

Reconocer de inmediato el paro. Activar el sistema de respuesta a emergencias. Realizar la reanimación cardiopulmonar precoz con énfasis en compresiones torácicas, desfibrilación rápida si está indicado. Continuar con el soporte vital avanzado efectivo.

Fotos:



20.-16 indicadores de enfermería:

16 indicadores de calidad en enfermería.

Los 16 indicadores de calidad en enfermería son herramientas de medición que buscan mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud (México) y que nacen del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

“SI calidad”

Tiene como objetivo crear lineamientos e instrumentos enfocados a los usuarios, los profesionales de la salud y las organizaciones, lo que contribuye a elevar la calidad de los servicios y la Seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud.

SI calidad Objetivos:

- * Calidad técnica y seguridad del paciente. Mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería.
- * Calidad percibida por los usuarios. Considerar las expectativas y la voz de los ciudadanos desarrollando acciones destinadas a mejorar la calidad con la que perciben los ciudadanos los servicios.
- * Calidad en la gestión de los servicios de salud. Conducir bajo la rectoría de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad.

Organización del Programa

El Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD busca la integración de los proyectos de calidad y por eso propone:

* Un sistema de calidad total: de la acreditación a la mejora continua, que garantice la continuidad de las iniciativas de calidad.

* Incluir esfuerzos en todas las dimensiones de la calidad: técnica y seguridad del paciente, percibida y organizacional.

* Entender la calidad como un atributo especial tanto en los programas de salud pública como en los de gestión de las enfermedades. La falta de integración de estos programas afecta a la eficiencia del sistema.

* Integrar a todo el Sistema Nacional de Salud, lo que incluye al sector público, el sector privado y las organizaciones no lucrativas. Se trata de contar con una política nacional única de calidad en salud.

* Finalmente, integra proyectos referidos a la calidad, evitando acciones incomunicadas y aprovechando las sinergias de un modelo integrado de calidad total; el sí a favor de la calidad en la atención a la salud que inspira, guía y debe hacer posible el programa.

Con la finalidad de lograr dichos objetivos se creó un proceso de implantación de la calidad, para la Evaluación de los servicios de enfermería con lo que se crean los 16 indicadores de calidad en enfermería.

1. Trato digno

2. Ministración de medicamentos vía oral

3. Vigilancia y control de venoclisis Instalada

4. Prevención de infección en pacientes con sonda vesical Instalada

5. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados

6. Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizado

7. Registros Clínicos de Enfermería

8. Manejo del recién nacido con peso menor a 1500 gr.

9. Vigilancia y control al neonato con riesgos para hiperbilirrubinemia

10. Trato digno en pacientes con problemas de salud mental adulto
11. Trato digno con problemas de salud mental pediátrico
12. Vigilancia y control del neonato con alimentación a través de sonda nasogástrica
13. Vigilancia y control del neonato con aspiración de secreciones a través de cánula endotraqueal
14. Vigilancia y control del neonato con catéter intravascular
15. Atención a pacientes con tratamiento de hemodiálisis
16. Atención a pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal
13. Vigilancia y control del neonato con aspiración de secreciones a través de cánula endotraqueal
14. Vigilancia y control del neonato con catéter intravascular
15. Atención a pacientes con tratamiento de hemodiálisis
16. Atención a pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal

Fotos:

Indicadores de calidad En Enfermería

ENFERMERO ALEX SANTIAGO

Son: **16.**

Su objetivo es **Mejorar la calidad de los servicios de enfermería**



21.-síndrome de admisión:

Concepto:

Es un trastorno psicológico en el cual las personas son incapaces de asimilar sus logros. Esta condición psicológica se da mayormente en personas exitosas, y que logro tras logro minimizan sus capacidades. ¿Te imaginas no ser capaz de reconocer tus logros? ¡No debe ser nada agradable!

No hablamos de alguien que tiene baja autoestima o falta de confianza, lo que sucede se acerca más al perfeccionismo, para estas personas sus logros no representan algo especial, creen que no dieron lo mejor, aunque así haya sido, es por esto que minimizan cada logro y buscan la perfección. Pero tú y yo sabemos que para los mortales ¡La perfección no existe!

No pueden ver por sí mismos lo que han ganado y creen que no lo merecen porque no dieron lo mejor. Piensan que sus logros fueron por suerte y rechazan cualquier muestra de admiración; Se le llama “síndrome del impostor” o “auto boicot” porque muchas personas los consideran impostores al ver su comportamiento minimizando logros que claramente fueron por sus méritos y pueden llegar a parecer hipócritas, se puede pensar que tratan de meterse el pie solitos, sin embargo, no son capaces de ver la realidad y aceptar la felicidad.

En este síndrome lo más importante es creer en tus propias habilidades y reconocer los pequeños logros.

En el ámbito de enfermería el síndrome del impostor puede presentarse en 2 ámbitos:

Primero: en el cuidado del paciente. Es probable que una persona que esté en rehabilitación física no sea capaz de notar los grandes esfuerzos que está haciendo, minimice sus logros y llegue a perder el ánimo de seguir con su tratamiento. Como enfermeras y enfermeros, debemos ayudarle a reconocer logros por más pequeños que estos puedan parecer pero que para nuestro paciente son gigantes y muy importantes.

Segundo: en el ámbito administrativo y clínico de la enfermería, refiriéndonos a las capacidades del personal enfermero, resaltar las habilidades y confianza para llevar a cabo procedimientos y cuidados. Rosa M. Salazar, directora del Hospital Guadarrama menciona que el personal de enfermería debe tener más confianza en ellos mismos y sentirse más seguros porque tienen mucho potencial y deben tener menos temor a levantar la mano y alzar la voz

La enfermería no debería pasar por el síndrome del impostor y minimizar los logros de la profesión, hay que reconocer a cada uno y celebrar cada paso que damos hacia el futuro.

Fotos:



Indicadores y hojas de enfermería:

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestésista, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Sí

No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación manténica?

Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Sí

¿Tiene el paciente...

...algún canalón?

No

Sí

... Via aérea difícil / riesgo de aspiración?

No

Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

No

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestésista y el cirujano)

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

Sí

No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

¿Cuáles serán los pasos críticos o no tematizados?

¿Cuanto durará la operación?

¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestésista:

¿Presente el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?

¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Sí

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestésista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

El recuento de instrumentos, gasas y agujas

El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta es voz alta, incluido el nombre del paciente)

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestésista y enfermero:

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

RIESGO DE ULCERAS POR PRESION (UPP)								VALORACIÓN DE ESCALAS	
RIESGO	PUNTOS	TM		TV		TN		FECHA Y HORA DE DETECCIÓN DE UPP:	
		1era	2da	1era	2da	1er	2da	ESTADIO I	ESTADIO II
ALTO	<12	8							
MEDIANO	13-14								
BAJO	15 y +	8:00							

ESCALA DE GLASGOW ADULTO								ESTADIO:	
NIVEL	PUNTOS	TM		TV		TN		SITIO DE UBICACIÓN:	
		1era	2da	1er	2da	1er	2da	ESTADIO III	ESTADIO IV
LEVE	15-13	8:00							
MODERADO	12-9								
SEVERO	<9								

RIESGO DE CAIDA								IDENTIFICACION DEL SITIO Q	
RIESGO	PUNTOS	TM		TV		TN		HERIDA QUIRURGICA	ULCERA POR PRESIÓN
		1era	2da	1era	2da	1era	2da		
ALTO	4-10	8:00						X	
MEDIAN	3-4								
BAJO	1-2								

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA								
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA		RESULTADOS/ INDICADORES/		PUNTAJES		INTERVENCIONES Y/O RECOMENDACIONES		
MATUTINO	<p>ANAMN: Temor = /C Falta de familiaridad con la situación de enfermedad m/p impiedad y nerv.</p> <p>00152 Dolor agudo.</p>	<p>Autocontrol del miedo</p> <p>Aumentar el afrontamiento</p>	<p>64</p> <p>Manejo ambiente!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar necesidades - Identificar riesgos. - Disponer dispositivos adaptati 	<p>2805 Recuperación qx: Desaparato en inmediato</p>	<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Explicar todos los proced</p> <p>Escuchar con atención</p>	<p>64</p> <p>Manejo ambiente!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar necesidades - Identificar riesgos. - Disponer dispositivos adaptati 	<p>2805 Recuperación qx: Desaparato en inmediato</p>	<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Explicar todos los proced</p> <p>Escuchar con atención</p>
	<p>00155 Riesgo de caídas - Condiciones posop.</p> <p>00221 Riesgo de infección</p>							
<p>00221 Riesgo de infección</p>	<p>1808 Empujamiento: Prev de caídas</p> <p>2305 Recuperación.</p>	<p>64</p> <p>Manejo ambiente!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar necesidades - Identificar riesgos. - Disponer dispositivos adaptati 	<p>2805 Recuperación qx: Desaparato en inmediato</p>	<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Explicar todos los proced</p> <p>Escuchar con atención</p>	<p>64</p> <p>Manejo ambiente!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar necesidades - Identificar riesgos. - Disponer dispositivos adaptati 	<p>2805 Recuperación qx: Desaparato en inmediato</p>	<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Explicar todos los proced</p> <p>Escuchar con atención</p>	
NOCTURNO								



INDICADOR TRATO DIGNO POR ENFERMERIA

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TIPO DE UNIDAD:

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

SERVICIO O ÁREA QUE SE EVALÚA: _____

ESPECIALIDADES MÉDICAS

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

No. de caso	Género a) Mujer b) Hombre	Número de expediente	1.- ¿La enfermera(o) lo saludó en forma amable?		2.- ¿Se presenta la enfermera(o) con usted?		3.- ¿Cuándo la enfermera(o) se dirige a usted lo hace por su nombre?		4.- ¿La enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?		5.- ¿La enfermera(o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?		6.- ¿La enfermera(o) procura procurar las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?		7.- ¿La enfermera(o) le hace sentirse seguro(a) al atenderla?		8.- ¿La enfermera(o) lo trata con respeto?		9.- ¿La enfermera(o) le enseña a usted o a algún familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?	
			SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No		
443	a)		✓			✓	✓		✓		✓						✓			
444	b)		✓			✓	✓		✓		✓						✓			
445	a)																			

MONITORIZACIÓN NUTRIMENTAL

Fecha de inicio	MEDICAMENTO	FREC	DOSES	VIA	HORARIO	8	9	10	11	12	13	14
23/02	Paracetamol		50mg	IV								
23/02	Paracetamol		2mg	IV								
23/02	Moxicidona		3mg	IV								
	Ser de sulfato			IV								
	Riboflavin		10mg	IV								
	Desamociclina			IV								
	Tramadol			IV								
	Paracetamol			IV								
	Amoxiclavina			IV								
	Fluoxetina			IV								
SUBTOTALES												
LIQUIDOS PARENTERALES												

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS
HOSPITAL GENERAL "MARÍA IGNACIA GANDULFO"
HOJA DE NOTAS Y REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 17-03-23

NOMBRE: Loce Leonardo Aguilar Ruiz FECHA NACIMIENTO: 27/09/2002
 EDAD: 20 GÉNERO: M PESO ACTUAL: 39 IMC: 30.5 GRUPO Y RH:
 ALERGIAS: ninguna ETNIA: IDIOMA RELIGIÓN: Católica
 ESCOLARIDAD: Licenciada SERVICIO: Urgencias FAMILIAR ACOMPAÑANTE: madre
 DX.MEDICO: nefrotitis SC:

MAYESTUS EXTERIORES	CONCIENCIA	ALERTA	POSITIVO	NORMAL	FEB.	NORM.
	REACTIVO	COLABORADOR	FEBRIL	SECA		
	LETÁRGICO	INDIFERENTE	DOLOROSA	RUBIC.		
	ESTUPOR	NEGATIVO	AGÓNICA	MARM.		
	INCONSCIENTE	TIRTE	OTROS:	PALID.		
		INTOLERANTE		CIANO.		
		OTROS:				

HORAS			07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	
FC	FR	TEM																					
160 o +	70 o -	41 o +																					
150	65	40.5																					
140	60	40																					
130	55	39.5																					
120	50	39																					
110	45	38.5																					
100	40	38																					
90	35	37.5																					
80	30	37																					
70	25	36.5																					
60	20	36																					
50	15	35.5																					
40 o -	10 o -	35 o -																					

TENSIÓN ARTERIAL: 120/80

PAM: 94/6

SPO₂: 94

LENADO CAPILAR: X1

PERÍMETRO CEFÁLICO: 51cm

PERÍMETRO TORÁCICO: 112cm

PERÍMETRO ABDOMINAL: 108

OTRO:

HORAL

DISPOSITIVO:

LITROS POR MINUTO:

GLUCEMIA CAPILAR

LABORATORIOS

GABINETE

INTERCONSULTA

CULTIVOS

Tipo de cultivo:

Fecha y hora de toma:

Nombre del responsable de la toma:

Fecha de entrega del reporte:

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	TIPOS	No. Catéter o dispositivo	Instalación			Cuidado / Limpieza de sitio e inserción	
			Fecha y hora	Nombre del Responsable	Sitio de inserción	Fecha y hora	Nombre del Responsable
	Catéter venoso central						
	Catéter Central inserción periférica						
	Catéter venoso periférico corto	<u>1122</u>	<u>17-03-23</u>			<u>17-03-23</u>	
	Cánula Orotraqueal						
	Cánula de traqueotomía						
	Sonda gastrointestinal						
	Sonda vesical						
	Otro:						
	Otro:						

TIPOS	LOCALIZACIÓN	TAMANO	FECHA Y HORA	OBSERVACIONES	RESPONSABLE
HERIDAS					
ESTOMAS					

FECHA:

FECHA NACIMIENTO:

NOMBRE:

EDAD: 37 GENERO: Femenino PESO ACTUAL: 60 kg IMC: 25 GRUPO Y RH: O⁻ SERVICIO: Alergia

ALERGIAS: Nueces ETNIA: IDIOMA: Español RELIGION: Cristiana ESC: SC

EX MEDICO:

CONCIENCIA	ALERTA	
	REACTIVO	
	LETARGICO	
	ESTUPOR	
	INCONSCIENTE	X
	COMA	
	OTRO:	
ACTITUD	POSITIVO COLABORADOR	
	INDIFERENTE	
	NEGATIVO	
	TRISTE	
	INTOLERANTE	
	OTROS:	X
FACIE	NORMAL	
	FEBRIL	
	DOLOROSA	
	AGÓNICA	X
	OTROS:	

HORA: 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

SIGNOS VITALES	FC	FR	TEM																	
	160 o+	70 o-	41 o+																	
	150	65	40.5																	
	140	60	40																	
	130	55	39.5																	
	120	50	39																	
	110	45	38.5																	
	100	40	38																	
	90	35	37.5																	
	80	30	37																	
	70	25	36.5																	
	60	20	36																	
	50	15	35.5																	
40 o-	10 o-	35 o-																		

TENSIÓN ARTERIAL	80																			
PAM	120	100	80																	
INDICE DE CHOQUE																				
SPO ₂			98%	98%	98%															
LLENADO CAPILAR			3-4s																	

DIAMETRO PUPILAR																				
Derecho / izquierdo																				
REFLEJO FOTOMOTOR																				
N: normal, L: lenta, F: fija																				
PERIMETRO CEFÁLICO			52.0																	
PERIMETRO TORÁCICO			42.5																	
PERIMETRO ABDOMINAL			41.5																	
OTRO:																				

PH																				
PaO ₂ mmHg																				
PaCO ₂ mmHg																				
HCO ₃ mmol/L																				
SPO ₂ %																				
EB mEq/L																				
LACTATO mmol/L																				
OTROS:																				

HORA:																				
DISPOSITIVO:																				
LITROS POR MINUTO:																				
MODO VENTILATORIO:																				
FIO ₂ %:																				
PEEP (cm H ₂ O):																				
FRECUENCIA RESPIRATORIA:																				
PRESIÓN INSPIRATORIA (cm H ₂ O):																				
Rat: I:																				
VOLUMEN CORRIENTE (ml):																				
OTRO:																				

GLUCEMIA CAPILAR																				
Resultado (mg/dl)																				

HORA:	HEMATIMETRIA						QUIMICA SANGUÍNEA						FUNCION HEPATICA						ELEC	
	HE	HCT	LEUC	LYM	NS	PLT	GLUC	UREA	BUN	CREA	BT	BD	BI	ALB	FA	TGO	TGP	CL	K	

Tipo de cultivo: CULTIVO Estudios de gabinete:

Evidencias de prácticas:





