



**Nombre de alumno: Shareni  
Guadalupe Becerra Gutiérrez**

**Nombre del profesor: María  
Cecilia Zamorano**

**Nombre del trabajo: Informe de  
prácticas**

**Materia: calidad de los servicios**

**Grado: 8°**

**Grupo: A**

Comitán de Domínguez Chiapas, abril de 2023.

## **METATARSIANO**

Los huesos metatarsianos son los huesos largos del pie que conectan el tobillo con los dedos. También ayudan a guardar el equilibrio al estar de pie y caminar. Una torcedura grave del pie o un golpe repentino o sobrecarga en el pie pueden causar una ruptura o fractura aguda (repentina) de uno de los huesos.

## **FX METATARSIANO**

El quinto metatarsiano es el hueso externo que se conecta al dedo pequeño del pie. Es el hueso metatarsiano que más comúnmente se fractura. Un tipo común de fractura en la parte del quinto hueso metatarsiano que está más cerca de la base se llama fractura de Jones. Esta zona del hueso tiene bajo flujo sanguíneo.

Cuidados de enfermería:

- Inmovilizar el miembro
- Vendaje
- Administración de fármacos
- Control del dolor

## **TOXICIDAD A ANESTESIA**

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, hipotensión, arritmias ventriculares y paro cardíaco

El manejo de la toxicidad sistémica por anestésicos locales se basa en medidas de reanimación y soporte, aunque las emulsiones lipídicas emergen como antídoto efectivo

# CARDIOUERSIÓN

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

Cuidados de enfermería durante el procedimiento: técnica

- Lavado de manos del personal sanitario
- Comprobar permeabilidad de la vía venosa
- Colocar mascarilla de oxígeno al 50% antes de sedar al paciente
- Comprobar tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno
- Iniciar sedación según prescripción médica, con un fármaco de acción rápida como propofol o midazolam debido a que el choque eléctrico resulta doloroso. Tras esto, lavad vía venosa
- Seleccionar la derivación del monitor que ofrezca una onda R de suficiente amplitud para activar la modalidad de sincronización(se recomienda pasar a derivación II)
- Preparación del desfibrilador: hay que asegurarse que esté en modo sincronizado, seleccionar la energía de choque (normalmente entre 100 y 120 J para flutter y taquicardia auricular, y 120-150 J para fibrilación auricular)
- Aplicar la pasta conductora en palas o colocar electrodos
- Una vez que el enfermo esté dormido, el facultativo colocará una pala en el 2º espacio intercostal derecho del esternón y la otra pala en el 5º espacio intercostal izquierdo (ápex), (figura 2)
- El facultativo avisará al personal que evite el contacto con la cama y cargará la energía seleccionada
- Debe apretar simultáneamente los botones de ambas palas. Puede ser que la descarga no se produzca de inmediato, por lo que mantendrá la posición hasta que se produzca el análisis del QRS y la descarga correspondiente

- Visualizar el monitor del electrocardiograma y comprobar si ha entrado en ritmo sinusal
- Si persiste la arritmia se dará un nuevo choque, máximo tres descargas separadas por un tiempo de 2-3 minutos

#### Cuidados de enfermería post-cardioversión

- Vigilar el nivel de consciencia del paciente
- Control de constantes
- Realizar ECG que verifique la ausencia de arritmia (figura 3)
- Mantener oxigenoterapia hasta que el nivel de consciencia lo aumente
- Valoración de la piel por posibles quemaduras
- Dejar en ayunas dos horas más
- Registrar el procedimiento

## **NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA**

Complicación pulmonar que se desarrolla después de 48 a 72 horas de la intubación endotraqueal, en pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Signos y síntomas:

La neumonía en pacientes críticos con ventilación mecánica causa fiebre y aumento de la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca o cambios en los parámetros respiratorios, como un incremento de las secreciones purulentas o empeoramiento de la hipoxemia.

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 H<sub>2</sub>O.)
- Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0°.

## **CHOQUE REFRACTARIO**

El choque refractario con vasodilatación se caracteriza por hipotensión secundaria a vasodilatación periférica, la cual es refractaria a fármacos empleados como dopamina, norepinefrina y que evoluciona a un estado de hiperdinamia descompensada con hipoperfusión tisular y a disfunción orgánica múltiple.

Signos y síntomas:

- Brazos y piernas fríos y pálidos.
- 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:

- Canalizar catéter arterial para control de TA y control analítico.
- Canalizar al menos 2 vías venosas periféricas de grueso calibre para administración de tratamiento.
- Administrar volumen para restablecer volemia y TA.
- Administrar antibiótico de amplio espectro hasta recibir resultados de cultivos.
- Cuando la glucemia está elevada se administrará insulina rápida, realizándose controles cada 1 ó 2 horas.

## ABORTO EN EVOLUCIÓN

El aborto puede ser clasificado desde diferentes puntos de vista o desde la disciplina de análisis o aplicación. Desde un punto de vista del proceso clínico anormal o patológico evoluciona desde los primeros síntomas y signos, por los cuales se sospecha que un embrión o feto podría ser expulsado desde el útero. Esta clasificación se usa más por el equipo de salud que atiende en las maternidades o servicios de ginecología donde ocurre estos eventos. Aquí hay una tercera definición funcional que se refiere al proceso de expulsión, ya sea del embrión o del feto.

Aborto en evolución: 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:

- sangrado o manchado vaginal.
- dolor intenso en el abdomen.
- cólicos muy fuertes.
- dolor, presión o molestia en la espalda baja.
- cambios en tu flujo vaginal.

Cuidados de enfermería:

- 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.

## REVISIÓN DE CAVIDAD

- Revisión de la cavidad uterina 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, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas.
- Revisión manual de la cavidad uterina: Se denomina así, al tipo de revisión en la cual, la persona encargada de la atención del parto verifica la integridad de las paredes uterinas, realiza un arrastre de los restos placentarios o trofoblásticos hacia el exterior de la cavidad, verifica su temperatura y valora la involución uterina, inmediatamente después de la salida de la placenta, es decir en el posparto inmediato<sup>6</sup>.
- Revisión instrumentada gentil de la cavidad uterina: A diferencia de la conocida revisión instrumental de cavidad uterina que requiere de legras para su aplicación, y se realiza en el legrado uterino instrumentado o en casos de retención de restos placentarios, la revisión instrumentada gentil se refiere al

procedimiento que se realiza utilizando una pinza de Forester con una gasa “montada”. Esta revisión tiene por objeto también verificar la integridad de las paredes uterinas y realizar un arrastre de los restos trofoblásticos hacia el exterior de la cavidad uterina en el posparto inmediato.

## **HISTERECTOMÍA ABDOMINAL POR RUPTURA UTERINA**

Cirugía para extirpar el útero y el cuello uterino. En ocasiones también se extirpan los ovarios y las trompas de Falopio. La histerectomía total se puede hacer a través de la vagina (sin hacer cortes en el abdomen) o mediante una incisión (corte) en el abdomen.

Cuidados de enfermería:

- Basados en las 14 necesidades de Virginia Henderson

## **SEPSIAS POR HERIDA QUIRÚRGICA**

Es definida como un cuadro de SIRS más una infección que requiere de una intervención quirúrgica para el control de la fuente. Algunos autores amplían el concepto a la sepsis postoperatoria, definiéndola como SIRS más una infección dentro de los 14 días de un procedimiento quirúrgico mayor.

Signos y síntomas:

- Fiebre
- Escalofríos
- respiración
- frecuencia cardiaca rápidas
- sarpullido
- confusión y desorientación

cuidados de enfermería:



- Administración de antibióticos.
- Drenaje amplio de las colecciones purulentas localizadas.
- Medidas higieno-dietéticas: Restitución de déficit proteico y vitamínico.
- Medicación antianémica.
- Terapéutica orientada y específica, según la localización de la infección.
- Tratamiento del shock si está presente.
- Uso de la cámara hiperbárica en casos de infección por anaerobios.

## AHOCICO SÉPTICO

Es una afección grave que se produce cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente presión arterial baja peligrosa.

Signos y síntomas:

- Brazos y piernas fríos y pálidos
- 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
- Dificultad para respirar
- Erupción cutánea o cambio de color de la piel
- Disminución en el estado mental y confusión

Cuidados de enfermería:

- Canalizar catéter arterial para control de TA y control analítico.
- Canalizar al menos 2 vías venosas periféricas de grueso calibre para administración de tratamiento.

- Administrar volumen para restablecer volemia y TA.
- Administrar antibiótico de amplio espectro hasta recibir resultados de cultivos.
- Cuando la glucemia está elevada se administrará insulina rápida, realizándose controles cada 1 ó 2 horas.

## **CUIDADOS POSTMORTEM**

Los cuidados post mortem son aquellos cuidados que se realizan una vez que se certifica el fallecimiento de un paciente por parte del médico, estos cuidados son llevados a cabo por el técnico en cuidados auxiliar de Enfermería, en algunos casos también con la colaboración del personal titulado en Enfermería.

- El médico certificara el fallecimiento y la hora en que se ha producido y procederá a rellenar le certificado de defunción.
- Se informará a los familiares del paciente fallecido y se les permitirá que puedan estar un rato con él antes de comenzar los cuidados Post mortem.
- Recogeremos las pertenencias del fallecido y las entregaremos a un familiar siempre registrando el nombre y las pertenencias entregadas en el registro de Enfermería.
- Pediremos a la familia que abandone la habitación para poder realizar los cuidados Post mortem.
- Una vez la familia abandona la habitación colocaremos la cama del paciente en decúbito supino.
- Comenzaremos retirando catéteres, vías, sonda nasogástrica, sonda Urinaria o cualquier material utilizado anteriormente en los cuidados del paciente anterior a su fallecimiento.
- Limpiaremos el cuerpo con cuidado comenzando por la cara y cerraremos los ojos en caso de que estén abiertos.
- Una vez que el cuerpo está limpio y procederemos a la colocación de un pañal y un empapador para evitar fugas por salida de líquidos corporales.

- Colocaremos la pulsera identificativa si no la llevara o en su defecto colocaríamos otra nueva.
- Finalmente procederemos a introducir el cuerpo del fallecido en el sudario y cerraremos el sudario hasta la altura de los hombros y elevaremos la cabeza un poco con la ayuda de una almohada, por ultimo colocaremos la dentadura en caso de que llevara.
- Una vez finalizamos los cuidados post mortem procederemos a recoger todo el material retirado y avisaremos a la familia para que estén con el fallecido hasta el momento de la recogida por parte del servicio fúnebre.
- Por último, en la recogida del fallecido se hará entrega del parte de defunción al personal de servicios fúnebres.
- Tras la retira del fallecido se limpiará toda la habitación por parte del servicio de limpieza junto con el técnico de auxiliar de Enfermería que retirará todo el aparato médico utilizado anteriormente como, por ejemplo: Monitores, material quirúrgico, respiradores.

## **POSTMORTIN**

Post mortem (expresión latina que significa 'después de la muerte') puede referirse a: La autopsia o examen post mortem, procedimiento por el cual se examina anatómicamente un cadáver.

## **RECTORRACIA**

La rectorragia es un signo que se define como la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces. La sangre emitida de forma aislada puede aparecer tanto en el papel higiénico al limpiarse como directamente en el inodoro.

Cuidados de enfermería:

**SEGÚN LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON**

- Respirar normalmente: Ritmo y frecuencia respiratorios normales, ausencia de ruidos respiratorios anormales, saturación 97% basal.
- Comer y beber adecuadamente: Alimentación autónoma en domicilio, traga y mastica sin dificultad. Dieta adecuada, buena hidratación. Actualmente a dieta absoluta.
- Eliminar por todas las vías corporales: Eliminación habitual autónoma, patrones de eliminación habituales adecuados. Actualmente se encuentra en reposo relativo, por lo que podrá realizar sus necesidades en el baño.
- Moverse y mantener posturas adecuadas: Movilidad habitual autónoma con hábitos de vida no sedentarios (sale a pasear todas las mañanas). Actualmente solo puede moverse para acudir al baño, el resto del día deberá descansar en la cama.
- Dormir y descansar: Descanso insuficiente, refiere no descansar bien si no toma la pastilla que le recetó el médico.
- Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse: autónomo.
- 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.
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: Se encuentra alerta y orientada. Sin datos de interés.
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: Discurso orientado en tiempo y espacio. Visión adecuada. Expresa preocupación por su estado de salud actual, siente miedo a que le vuelva a pasar el mismo episodio. Refiere tener dudas sobre el episodio ocurrido.
- Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores: Refieren ir a misa todos los domingos.

- Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal: sin datos de interés.
- Participar en actividades recreativas: Sin datos de interés.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles: se encuentra interesada en conocer lo que le ha ocurrido y refiere tener dudas acerca del mismo.

## **HEMORRAGIA DIGESTIVA**

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.

Signos y síntomas:

- deposiciones negras o con apariencia de alquitrán.
- sangre color rojo vivo mezclada con el vómito.
- calambres en el abdomen.
- sangre de color rojo oscuro o vivo mezclada con las heces.
- mareo o desmayo.
- sensación de cansancio.
- palidez.
- dificultad respiratoria.

Cuidados de enfermería:

- Verificar la legalización del ingreso, con el formulario 001/2008 de admisión.
- Aplicar práctica organizacional requerida: Transferencia de la información del cliente en los puntos de transición SGC-EN-POR-TIC-002.
- Comprobar identidad del paciente. Práctica Organizacional Requerida Verificación de Clientes SGC-AD- P-VDP-001.

- Realizar higiene de manos, Práctica Organizacional Requerida Prevención Higiene de Manos SGC POR-HM- 001.
- Comprobar que el paciente tenga una vía intravenosa permeable, sin flebitis y extravasación. Práctica Organizacional Requerida Cuidados de Enfermería en pacientes con Terapia Intravenosa Segura (vías venosas periféricas y centrales) HCAM- EN-PR-1400.
- Revisar que el paciente tenga uñas cortas de manos y pies y sin barniz de uñas.
- Valorar al paciente y aplicar la Práctica Organizacional Requerida: Prevención de Caídas Código: SGC-EN- POR-PDC-008.
- Valorar al paciente y aplicar si fuera necesario la Práctica Organizacional Requerida Prevención de Úlceras por Presión SGC-EN-POR-PUP-009.
- Dar apoyo emocional a paciente y familia, manifestando confianza para tratar de evitar ansiedad ante lo desconocido por tratamiento terapéutico.
- Registrar los datos de peso y talla al ingreso del paciente a la unidad.
- Realizar informe de ingreso del paciente en el sistema informático AS400.

Cuidados de enfermería en hemorragia digestiva alta y baja:

- Monitorizar signos vitales cada 15 minutos por 6 horas cuando la hemorragia es activa, una vez controlada la hemorragia, cada hora por 6 horas y después cada 4 horas por doce horas, siempre dependiendo de la condición hemodinámica del paciente y luego controlar signos vitales en cada turno por razones necesarias (PRN).
- Vigilar signos de shock hipovolémico como: estado de conciencia a través de la escala de Glasgow, disnea mediante la Frecuencia Respiratoria (FR), palidez y frialdad de la piel, cianosis, pulso acelerado mediante la Frecuencia Cardíaca (FC) y débil en ocasiones hipotensión, mediante la toma de Presión Arterial (PA).
- Mantener al paciente en estricto reposo absoluto por 24 a 48 horas según la hemodinámica del paciente para prevenir nuevos episodios de hemorragia y descompensación hemodinámica.

- 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.
- Valorar el tipo de hemorragia si es hematemesis, melena o hematoquecia.
- Controlar en cada turno am, pm, hs y PRN la perfusión tisular (color, temperatura y llenado capilar).
- Administrar oxígeno en caso de alteración en la saturación del paciente.
- Colaborar y circular al médico en la colocación de Sonda Nasogástrica (SNG) en caso de hemorragia digestiva alta para prevenir broncoaspiración.
- Canalizar una segunda vía venosa periférica de gran calibre por posible transfusión sanguínea y administración de líquidos en grandes cantidades: Práctica Organizacional Requerida Cuidados de Enfermería en pacientes con Terapia Intravenosa Segura (vías venosas periféricas y centrales) HCAM-EN-PR-1400.
- Extraer muestras de sangre, y verificar que se transporten a laboratorio correctamente por el personal auxiliar de enfermería en los tiempos correctos.
- Administrar líquidos intravenosos indicados de acuerdo a prescripción médica, utilizando bombas de infusión, Práctica Organizacional Requerida Capacitación en Bombas de Infusión SGC-EN-POR-CBI-006.
- Administrar componentes sanguíneos, según prescripción médica. Instructivo Práctica de Enfermería en Unidades Médicas SGC-EN-I-PE001.
- Realizar control de ingesta y excreta estricto y reportar novedades.
- Observar las características de las deposiciones, color, olor, cantidad, frecuencia, y reportar a médico de turno.
- Circular en el procedimiento de colocación de sonda vesical, si el paciente requiere.

- Valorar en cada turno (am, pm, hs) la evolución del paciente, por si aparecen signos de nuevos episodios de la hemorragia, informar al médico inmediatamente.
- Preparar al paciente para realización de procedimientos endoscópicos.

## **PERFORACIÓN INTESTINAL**

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:

- Algunas veces, se debe extirpar una pequeña parte del intestino. Una parte del intestino se saca a través de abertura (estoma) hecha en la pared abdominal. Esto se llama colostomía o ileostomía.
- También se puede necesitar un drenaje del abdomen u otro órgano

## **ASCARIS LUMBRICOIDES**

Ascaris lumbricoides es un nematodo parásito del intestino delgado del ser humano, 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*.

Perforación intestinal por arcaris lumbricoides La ascariasis es una infección helmíntica de distribución mundial, que afecta aproximadamente un billón de personas en el mundo.

Según la UNAM, existen alrededor de 7,072,164,006 personas en el planeta, de acuerdo a la proyección realizada por The U.S. Census Bureau y alrededor de 1/6 de esta población se encuentra infectada por geohelminetos, nematodos intestinales cuyos huevos no embrionados son eliminados en el ambiente y requieren de aproximadamente 2 semanas en suelos adecuados para el desarrollo de las formas infectantes: Huevos embrionados o larvas filariformes. Estos nematodos son: *Áscaris lumbricoides*, uncinarias (*Necator americanus*, *Ancylostoma duodenale*), *Trichuris trichiura* y *Strongyloides stercoralis*. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud reconoce 17 enfermedades tropicales menospreciadas (NTDs – por sus siglas en inglés), que incluyen a varias enfermedades gastrointestinales causadas por helmintos, entre las cuales se consideran, de manera muy importante, las geohelmintiasis, es decir, las helmintiasis transmitidas por el suelo: Ascariasis, trichuriasis, infecciones causadas por *Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale* (uncinariasis), y la estromyloidiasis. En relación a las complicaciones más frecuentes tenemos la obstrucción intestinal, obstrucción de la vía biliar principal, absceso hepático y perforación intestinal, la cual es muy poco frecuente. Por ser extremadamente raro, presentamos un caso de perforación intestinal por *áscaris lumbricoides*.

## **DESHIDRATACIÓN CON PLANES DE HIDRATACIÓN**

La deshidratación es un cuadro clínico caracterizado por un balance negativo de agua y electrolitos. La causa más frecuente es la gastroenteritis aguda. El riesgo de deshidratación en los niños es más elevado que en los adultos, debido a las características específicas de su metabolismo hidrosalino. La edad más común es

en menores de 18 meses. El diagnóstico de la deshidratación es eminentemente clínico. El mejor parámetro para estimar el grado de deshidratación es la pérdida de peso. El tipo de deshidratación, extracelular o intracelular, puede establecerse en función de los síntomas y signos que presenta el paciente. No existe ninguna prueba de laboratorio con suficiente sensibilidad y especificidad para estimar el grado de deshidratación.

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. Cada vez son más utilizadas las técnicas de hidratación rápidas que consisten en la infusión del déficit en un corto espacio de tiempo mediante la administración de sueros isotónicos.

La rehidratación oral es el tratamiento de elección en los niños con deshidratación leve y moderada. Consiste en la administración de soluciones de rehidratación oral (SRO) para restablecer el equilibrio hidroelectrolítico. La SRO fue diseñada inicialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 para el tratamiento de los niños deshidratados por diarrea en los países en vías de desarrollo. Su composición tiene una concentración de sodio de  $90 \text{ mmol/L}$  y una osmolaridad de  $330 \text{ mOsm/L}$ .

La rehidratación oral está indicada en las deshidrataciones leves y moderadas. Puede utilizarse en todas las edades y en cualquier tipo de deshidratación. En los lactantes al pecho, se recomienda combinarla con tomas de lactancia materna.

Los niños con vómitos también pueden ser rehidratados por vía oral, cuando estos no son muy intensos. Algunos autores recomiendan la administración de SRO por sonda nasogástrica antes de recurrir a la vía intravenosa.

La rehidratación intravenosa debe realizarse cuando la rehidratación oral no sea posible, porque esté contraindicada o porque haya fracasado.

Tradicionalmente, la rehidratación intravenosa se ha realizado utilizando las “pautas clásicas”, que consistían en la administración de sueros hipotónicos con diferente contenido en sodio (suero glucosalino 1/3, 1/5) en función de los niveles de la natremia y del déficit de iones. La velocidad para la reposición del déficit también estaba condicionada por el tipo de deshidratación (hiponatémica: 12 h, isonatémica: 24 h, hipertónica: 48 h). Se trataba de pautas complejas que favorecían los errores de cálculo, no acordes a la fisiopatología del equilibrio hidroelectrolítico y con las que debía transcurrir un tiempo prolongado hasta que los niños recuperaban la normalidad.

## **CÓDIGO AZUL**

La llamada de código azul en adultos debe realizarse inmediatamente para cualquier paciente que no reaccione, que esté apneico y/o sin pulso. Según las directrices de la American Heart Association (AHA), se debe pedir ayuda a la vez que se inicia la reanimación cardiopulmonar (RCP). Los protocolos para llamar a un equipo de código pueden variar según la política del centro; todo el personal debería estar familiarizado con el proceso de llamada de código azul en su centro.

Pedir ayuda en voz alta es la solicitud inicial de ayuda, y en el centro hay unos empleados designados para llamar formalmente al código azul a través del sistema de llamada<sup>6</sup>. Mientras se espera a que lleguen los miembros del equipo de respuesta rápida, una enfermera debería iniciar la RCP y otras intervenciones. Los miembros del equipo del código deberán identificarse por tarea al entrar en la sala con frases como “yo cojo la vía aérea” o “yo documento”. Un miembro de la unidad de enfermería debería ponerse en contacto con el médico del paciente en cuanto se active el código.

Las claves para llevar a cabo un código azul eficazmente son la calidad y la puntualidad de las intervenciones. Una RCP de alta calidad a tiempo y una

desfibrilación rápida, en caso indicado, antes de las intervenciones de soporte vital avanzado (SVA) son dos principios esenciales al iniciar la fase de reanimación. A pesar del hecho de que los profesionales sanitarios con formación avanzada conocen la fisiopatología implicada en el paro cardiorrespiratorio, en plena emergencia a menudo se olvidan de que el primer paso esencial es restablecer la perfusión mediante compresiones torácicas eficaces. La AHA ha presentado el eslogan “empuja fuerte y rápido” en su programa de RCP para transeúntes

## **PARO CARDIORESPIRATORIO**

Pérdida inesperada y repentina de la función cardíaca, la respiración y el conocimiento. El paro cardíaco suele estar ocasionado por una alteración eléctrica en el corazón. No es lo mismo que un infarto.

Los síntomas principales son el desmayo y la ausencia de respuesta. Esta emergencia médica necesita RCP inmediata o el uso de un desfibrilador. El cuidado hospitalario consiste en el uso de fármacos, un dispositivo implantable y otros procedimientos.

Signos y síntomas:

- cae de repente y queda inconsciente (se desmaya)
- no respira, o su respiración es ineficaz o respira agitadamente
- no responde a los gritos o a las sacudidas
- no tiene pulso

cuidados de enfermería:

- Soporte respiratorio.
- Manejo de la isquemia miocárdica.
- Manejo hemodinámico.

- Optimización de la recuperación neurológica.
- Valoración del pronóstico neurológico.
- Donación de órganos
- Rehabilitación.

## **16 CORRECTOS EN ENFERMERÍA**

**1. Higiene de la manos antes de cualquier procedimiento (sobre todo antes de la preparación y administración de fármacos)**

**2. Estar enterado de antecedentes alérgicos del paciente**

**3. Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco**

**4. Medicamento correcto**

**5. Dosis correcta**

La enfermera (o) que va a administrar el medicamento debe verificar simultáneamente con otra que la acompañe el cálculo de la dosis exacta. Especialmente en medicamentos como: Digitálicos, heparina, insulina, etc.

**6. Vía de administración correcta**

Verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía parenteral, oral, respiratoria, tópica o local).

**7. Hora correcta**

Tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima.

**8. Paciente correcto**

Verificar el nombre en el brazalete, Núm. De registro, Núm. de cama, prescripción en el expediente clínico y corroborar con el diagnóstico y evolución del paciente. Llamar por su nombre al paciente (si él está consciente).

Productos Seleccionados para el Procedimiento

**9. Técnica de administración correcta.**

**10. Velocidad de infusión correcta**

**11. Verificar la fecha de caducidad**

Comprobar por lo menos tres veces al sacarlo del recipiente, al prepararlo, antes de administrarlo y verificar fecha de vencimiento del fármaco

**12. Preparare y administre usted mismo el medicamento**

**13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos**

**14. No administrar medicamentos bajo ordenes verbales**

**15. Educar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra.**

**16. Tratamiento correcto**

## **SÍNDROME DE ADDISON**

La insuficiencia suprarrenal, que incluye la enfermedad de Addison, es un trastorno que se presenta cuando las glándulas suprarrenales no producen la cantidad suficiente de ciertas hormonas. Estas incluyen el cortisol, que es fundamental para la vida y conocido a veces como la "hormona del estrés"

Signos y síntomas:

- Fatiga
- debilidad muscular
- inapetencia
- adelgazamiento
- dolor abdominal

cuidados de enfermería:

La enfermera se centra en la recuperación física, como en la atención a su estado emocional y mental y fomenta la adaptación al hogar y a la comunidad. abordaje de este tipo de pacientes

## ICTERICIA NEONATAL

La ictericia en recién nacidos sucede cuando un bebé tiene un alto nivel de bilirrubina en la sangre. La bilirrubina es una sustancia amarilla que el cuerpo produce cuando reemplaza los glóbulos rojos viejos. El hígado ayuda a descomponer la sustancia de manera que pueda eliminarse del cuerpo en las heces.

Signos y síntomas:

- La piel del bebé se vuelve más amarilla.
- La piel del abdomen, los brazos o las piernas del bebé tiene una tonalidad amarillenta.
- Las partes blancas de los ojos del bebé tienen una tonalidad amarillenta.
- El bebé parece débil o enfermo, o es difícil despertarlo.

Cuidados de enfermería:

- Diagnóstico NANDA: Ictericia neonatal 00194. Coloración amarillo anaranjada de la piel y membranas del neonato que aparece a las 24h de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en sangre.

Ictericia neonatal r/c edad del neonato de 1 a 7 días, patrón de alimentación mal establecido y pérdida de peso anormal m/p coloración de la piel amarillo anaranjado y esclerótica amarilla.

NOC: Adaptación del recién nacido (0118).

Indicadores:

Concentración de bilirrubina.

Coloración cutánea.

NIC: Fototerapia del neonato. 6924.

Actividades:

Observar signos de ictericia.

Explicar a los padres los procedimientos y cuidados de la fototerapia.

Aplicar gafas para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión.

Vigilar signos vitales.

Colocar las luces encima del bebé a la altura adecuada.

Cambiar la posición del bebé cada tres horas o según protocolo.

- Diagnóstico NANDA Riesgo de conducta desorganizada del lactante(00115).

Riesgo de conducta desorganizada del lactante r/c sobreestimulación ambiental y procesos dolorosos

NOC: Adaptación del recién nacido 0118.

Indicadores:

Respuesta a estímulos.

NOC: Termorregulación del lactante 0801.

Indicadores

Uso de postura conservadora de calor.

NIC. Manejo ambiental; confort 6482.

Actividades:

Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.

Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

NIC: Cuidados del recién nacido 6880.

Actividades:



Mantener contacto con él bebé y hablar mientras se le administran cuidados.

Responder a la necesidad de cuidados del recién nacido para desarrollar su confianza.

Comprobar el buen estado del bebé.

- Diagnóstico NANDA Lactancia materna ineficaz (00104). La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de amamantamiento.

Lactancia materna ineficaz r/c anomalías del lactante y reflejo de succión débil del lactante m/p signos de aporte inadecuado al lactante.

NOC: Mantenimiento de la lactancia materna (1002).

Indicadores:

Técnicas para prevenir la hipersensibilidad mamaria.

Reconocimiento de signos de disminución del aporte de leche.

NOC: Establecimiento de la lactancia materna; madre.

Indicadores:

Satisfacción en el proceso de lactancia.

Reconoce rápidamente los signos de hambre.

NIC: Ayuda en la lactancia materna (1054).

Actividades:

Controlar la integridad de la piel de los pezones.

Proporcionar fórmulas suplementarias solo en caso necesario.

Vigilar la capacidad del bebé para mamar.

Animar a la madre a usar los dos pechos en cada toma.

Facilitar la comodidad y la intimidad al dar el pecho.

- Diagnóstico NANDA Déficit de volumen de líquidos (00027). Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

Déficit de volumen de líquidos r/c déficit de entradas.

NOC: Equilibrio hídrico (0601).

Indicadores:

Entradas y salidas diarias equilibradas.

Peso corporal estable.

NIC: Manejo de líquidos(4120).

Actividades:

Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede.

Pesar a diario y controlar la evolución.

Contar o pesar pañales, si procede.

Realizar un registro preciso de la ingesta y eliminación.

NIC: Monitorización de líquidos.

Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina.

Vigilar la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado respiratorio.

Vigilar ingresos y egresos: llevar registro exhaustivo.

Durante el ingreso la ingesta del recién nacido fue correcta tanto con la lactancia materna y la suplementación de las tomas con leche de fórmula, se incrementó el peso del recién nacido desde el primer día de ingreso, se controló el tiempo que se sacaba de la luz de la fototerapia para que el tratamiento fuera efectivo. El control de la diuresis y de las deposiciones fue el esperado, con todo ello, el análisis de la bilirrubina capilar plasmática bajo a niveles normales y el neonato fue dado de alta a los dos días tras su ingreso.

# HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

La hiperbilirrubinemia aparece cuando hay demasiada bilirrubina en la sangre de su bebé. Alrededor de 6 cada 10 bebés nacidos a término y de 8 cada 10 bebés prematuros tienen ictericia. El síntoma más común es la coloración amarillenta de la piel de su bebé y la parte blanca de sus ojos.

Signos y síntomas:

- Los síntomas incluyen un color amarillo en la piel y los ojos que aparece pocos días después del nacimiento

Cuidados de enfermería:

- Observar signos de ictericia.
- Explicar a los padres los procedimientos y cuidados de la fototerapia.
- Aplicar gafas para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión.
- Vigilar signos vitales.
- Colocar las luces encima del bebé a la altura adecuada.
- Cambiar la posición del bebé cada tres horas o según protocolo
- Mantener contacto con él bebé y hablar mientras se le administran cuidados.
- Responder a la necesidad de cuidados del recién nacido para desarrollar su confianza.
- Comprobar el buen estado del bebé.
- Controlar la integridad de la piel de los pezones.
- Proporcionar fórmulas suplementarias solo en caso necesario.
- Vigilar la capacidad del bebé para mamar.
- Animar a la madre a usar los dos pechos en cada toma.
- Facilitar la comodidad y la intimidad al dar el pecho.
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede.
- Pesar a diario y controlar la evolución.
- Contar o pesar pañales, si procede.
- Realizar un registro preciso de la ingesta y eliminación.

# **CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE NEONATO DE BAJO PESO**

## **Cuidados para medir signos vitales**

Preferentemente el recién nacido debe mantenerse cardiomonitorizado para mantener un control constante de los signos vitales (Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno y tensión arterial). Para el control de la temperatura corporal se colocará un sensor cutáneo. En otros casos cuando no existan sensores cutáneos la medición de la temperatura corporal axilar se va a realizar con termómetro cada 2 horas o según indicación médica.

## **Cuidados para proteger la piel**

Al utilizar esparadrapo debe ser del menor tamaño posible, preferentemente de un tipo especial. Al retirarlo humedecerlo previamente con agua destilada tibia o aceite. Para instalar el sensor del saturómetro de oxígeno colocar protector de gasa previamente a la colocación directa del esparadrapo en piel y así evitar las lesiones. Durante la fijación de la sonda nasogástrica y el tubo endotraqueal se deben utilizar esparadrapos pequeños tratando de dañar la piel lo menos posible. Se deben realizar cambios posturales frecuentes para favorecer la circulación y evitar úlceras. Masajes suaves en los puntos de apoyo del recién nacido favorecen la circulación. Evitar fuentes de calor muy intensas, que pudieran quemar al neonato.

## **Cuidados para evitar ruidos e iluminación excesiva**

Hay que mantener al recién nacido en un ambiente de semioscuridad, para facilitar el sueño y reducir el estrés. Esto se puede conseguir colocando cobertores encima de la incubadora y manteniendo la mínima iluminación necesaria para permitir el trabajo que se esté realizando. Para disminuir la intensidad de los ruidos se realizará como medidas: cerrar las puertas de la incubadora suavemente, disminuir la intensidad del sonido de las alarmas, evitar las conversaciones alrededor del recién nacido; se colocaran mantas sobre las incubadoras, que no sólo lo protegen de la luz, sino que también amortiguan los ruidos para establecer de este modo periodos de horas tranquilas.

### **Cuidados para la manipulación mínima**

Se debe evitar el exceso de estimulación sensorial y la salida de la incubadora innecesariamente, manipulando siempre al recién nacido de forma lenta y suave, los masajes y la estimulación cutánea con golpeteos en el prematuro no deben realizarse pues pueden desencadenar respuestas fisiológicas tan intensas como el propio estímulo doloroso. Es importante intentar que las exploraciones, toma de muestras y otras manipulaciones coincidan en el tiempo y se establezcan así los periodos de sueño, para permitir la organización del sistema nervioso central del recién nacido.

### **Cuidados para el posicionamiento adecuado del recién nacido**

Colocar al recién nacido en posición prona y en flexión, con un soporte alrededor del cuerpo que simule los límites físicos impuestos por las paredes uterinas en el periodo fetal (realizar un nido). Si el recién nacido permanece dentro de la incubadora desprovisto de estos límites, aumenta su irritabilidad, actividad motora y gasto calórico. La posición en extensión, contraria a la que mantiene durante la gestación, dificulta la evolución motora del niño. La posición prona permite la flexión, facilita el sueño, mejora la oxigenación, la ventilación y el patrón respiratorio y facilita el control de la temperatura, ya que la superficie expuesta es menor.

### **Cuidados para la alimentación**

La alimentación de estos recién nacidos se inicia dependiendo de las condiciones en las que se encuentre, preferentemente después de las 24 horas de vida con leche materna exclusiva, debe colocarse una sonda orogástrica fija la cual servirá para alimentarlo. El cambio de la sonda se realizará cada 12 horas. Debe realizarse vigilancia estricta y evaluar los residuos gástricos una vez iniciada la vía oral. Durante la vigilancia de la tolerancia digestiva se debe observar la aparición de distensión abdominal, acumulación de restos gástricos, vómitos, tipo y frecuencia de las deposiciones.

## **Cuidados a explicar a los Padres**

Se mantendrá informado a los padres del estado del recién nacido aclarando sus miedos y dudas, utilizando un lenguaje sencillo y claro. El equipo de Enfermería fomenta las relaciones entre el recién nacido y los padres a través del contacto táctil de los padres con el recién nacido y la aplicación del método piel a piel ( método realizado por ambos padres).

## **PRECAUCIONES ESTÁNDAR PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

Las precauciones estándar (PS) son medidas de protección que deben utilizar los profesionales de la salud teniendo en cuenta su vulnerabilidad al riesgo biológico, el tiempo de exposición y el contacto directo con la sangre y los fluidos corporales de los pacientes. Estas medidas consisten en la higiene de las manos (HM), el uso de equipos de protección personal (EPP), el cuidado en la manipulación y eliminación de los materiales corto punzantes, el cuidado en la manipulación de artículos contaminados o bajo sospecha de contaminación y el cuidado en el entorno del paciente. Las PS fueron establecidas por el Centers for Disease Control and Prevención (CDC) y tienen como objetivo proteger a los profesionales de la salud, además de garantizar una atención segura a los pacientes, previniendo las en la prestación de la atención.

Medidas preventivas de caídas:

- Comprobar que la barandilla de la cama este elevada
- Verificar que el freno de la cama está puesto
- Mantener alguna iluminación nocturna
- Retirar todo material que pueda producir caídas
- Promover el uso de ropa/calzado adecuado
- Verificar que los dispositivos de ayuda (bastones, andador,) está a su alcance
- Lavabos accesibles y con asideros

- Mantener el paciente incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo
- Aplicar medidas de sujeción si precisa

Deambulaci3n:

- Evitar suelos h3medos y encerados
- Acompa1ar al paciente, que lo necesite al aseo
- Ayudar/acompa1ar al paciente a caminar, si necesita dispositivos de ayuda facilitar su aprendizaje

Medidas Generales en el 1rea Quir3rgica:

- Las barandillas de la cama estar1n siempre en posici3n elevada
- Cuando el paciente no est3 protegido por barandillas, permanecer1 vigilado por personal del 1rea
- Se asegurar1 convenientemente al paciente antes de realizar ning3n movimiento de cambio de posici3n (del paciente o de la mesa quir3rgica) y antes de realizar un cambio de mesa a camilla (o viceversa)

## **UENOCLISIS INSTALADA**

El t3rmino m3dico venoclipis o cateterismo venoso perif3rico significa la introducci3n de l3quido a la luz de una vena y se refiere a establecer una v3a permeable entre un contenedor de soluci3n y el torrente sangu3neo venoso.

Cuidados de enfermer3a:

- Datos del paciente como el nombre, identificaci3n y/o cama de hospitalizaci3n.
- Los f1rmacos que se est1n pasando.
- Cuando fue colocada la soluci3n.
- Y a qu3 goteo est1 pasando.
- Evaluaci3n de zona de punci3n

## SONDA UESICAL

Es un tubo delgado y flexible que se introduce a través de la uretra hasta la vejiga para la evacuación continua de la orina, fijada por un globo.

Cuidados de enfermería:

- Antes de manipular la sonda debe realizarse un cuidadoso lavado de manos
- Después de la limpieza se puede utilizar solución antiséptica (clorhexidina acuosa). La sonda puede rotarse para evitar adherencias.
- En las mujeres, la limpieza debe realizarse de delante hacia atrás. En hombres, es importante retraer el prepucio para limpiar el glande y luego devolverlo a su posición para evitar lesiones. Limpiar desde la punta del pene hacia atrás, sin volver de zonas sucias a limpias
- Limpiar con una esponja o una toalla impregnada en jabón. Es muy importante aclarar y secar bien.
- Se debe eliminar cualquier incrustación que haya en la sonda o en la conexión con la bolsa.

## PRE, TRANS Y POST OPERATORIO

Cuidados de enfermería en el preoperatorio:

- Identificar a paciente
- Exploración física
- Preparación psicológica
- Educación sanitaria del enfermo durante el periodo preoperatorio para evitar complicaciones futuras
- Higiene preoperatoria general y preparación de la zona que va a intervenirse
- Preparación de la piel: la finalidad del cuidado perioperatorio de la piel, es hacer que quede en lo posible, libre de microorganismos sin menoscabo de su integridad fisiológica. Actualmente el rasurado no es necesariamente una



rutina pues los cortes y micro abrasiones crean un campo propicio para el desarrollo bacteriano (el tiempo transcurrido entre el rasurado y la intervención impacta en el número de infecciones en heridas quirúrgicas, por ello de estar indicado debe hacerse lo más cerca al acto quirúrgico, limitándose al sitio de la incisión y al área de curación). La piel debe ser lavada y pintada desde la noche anterior para lograr un efecto antiséptico previo a la remoción del vello (cirugías cardiorácicas). Posteriormente al rasurado se pincela nuevamente con antiséptico, se completará la preparación de la piel con una higiene minuciosa no sólo del vello restante sino también del área circundante. Se recomienda realizar este procedimiento en un área limpia del servicio de internación habilitada para estos fines.

- Enema evacuante. Si la cirugía compromete el aparato gastrointestinal, puede indicarse este procedimiento con la finalidad de limpiar el tubo digestivo, impedir el estreñimiento postoperatorio o la incontinencia durante la cirugía, luego entonces el intestino vacío reduce el riesgo de lesión y reduce al mínimo la contaminación de la herida operatoria en caso de apertura de un asa. El enema se realiza antes del baño.
- Baño: se recomienda uso de jabón neutro o si es posible con jabón antiséptico poniendo especial cuidado en la higiene del cabello, pliegues, ombligo, manos y pies.
- Uñas de manos y pies: estarán sin esmalte (permite observar la aparición de cianosis) y recortadas.
- Dieta: durante la anestesia general los músculos se relajan y el contenido gástrico puede refluir al esófago, por lo que el ayuno generalmente se indica desde la noche anterior a la cirugía o en su defecto de 6 a 8 horas para sólidos y 4 horas para líquidos, de esta forma el riesgo de vómitos y/o aspiración de alimentos se reduce.
- Control de signos vitales y registros: una alteración en cualquier parámetro puede posponer una cirugía, de ahí la importancia de su verificación, informe y registro.

- Venoclisis periférica, catéteres nasogástricos y/o vesical: La tendencia actual es colocar estos catéteres en quirófano con el paciente ya anestesiado, lo que disminuye el trauma. No es de rutina colocar una sonda nasogástrica, pero a veces es imprescindible al requerir una evacuación gástrica correcta, evitar la posible dilatación aguda y el vómito. El cateterismo vesical es necesario en la cirugía ginecológica y en algunas operaciones del aparato urinario.
- Expansión del volumen circulatorio. El sometimiento a una cirugía mayor requiere de corregir la deshidratación de forma previa. En todo evento quirúrgico se necesita contar con un buen acceso venoso periférico por lo que la canalización debe realizarse con el catéter de mayor calibre posible, pues también será usado por anestesia.
- Aseo escrupuloso de la boca y retiro de prótesis odontológicas.
- Retirar maquillaje para lograr valorar coloración de piel y mucosas.
- Retirar joyas (seguir normativa de la institución) para impedir conductividad eléctrica. Si el paciente no desea desprenderse de alguna imagen religiosa o amuleto, se lo debe fijar con tela adhesiva a la bata, pero ello dependerá del reglamento.
- Medias antiembolia o vendas elásticas: su colocación ayuda a prevenir la formación de coágulos intravasculares en pacientes con una movilidad restringida o presencia de várices, lo que se busca es favorecer el paso de la sangre a las venas del sistema profundo acelerando el flujo y evitando estancamiento y la coagulación. Evitando el riesgo de una trombosis venosa o un tromboembolismo pulmonar potencialmente fatal. También puede administrarse un profiláctico como heparina de bajo peso molecular (enoxaparina sódica 20 mg s.c. antes que el paciente vaya al quirófano o 2 horas antes del acto quirúrgico).
- El vaciado de vejiga es importante antes que el paciente pase a quirófano y prevenir un vaciamiento involuntario por efectos anestésicos.

- Los servicios hospitalarios dentro de su normatividad cuentan con la ropa para pacientes (bata o pijamas), en base a la cirugía se solicita el uso de bata y gorro desechable.
- Se controlará y revisará la disponibilidad de Unidades de sangre, placas radiográficas, catéteres, sustancias de contraste, etc.
- Fármacos:
- Medicación preoperatoria: algunos pacientes requieren uso de tranquilizantes para reducir la ansiedad y relajar los músculos. Los analgésicos narcóticos atenúan el dolor y la ansiedad. Los anticolinérgicos reducen las secreciones bronquiales y evitan el espasmo de los músculos laríngeos. Toda administración preoperatoria indicada será registrada en la hoja de enfermería.
- Profilaxis antibiótica: En general debe limitarse a intervenciones en las cuales se espera que exista contaminación y aquellas en que la concurrencia de la infección puede ser muy grave, sin embargo puede indicarse en cirugías limpias y limpias contaminadas. Se inicia en las 2 horas previas al acto quirúrgico y suspenderse a las 12 horas. De este modo se logran concentraciones terapéuticas de los antibióticos en el foco operado.
- Los fármacos preanestésicos deben administrarse 45 a 75 minutos antes de la anestesia, en algunas instituciones se acostumbra realizar la medicación en el momento de confirmar el transporte al quirófano.

#### Cuidados de enfermería en el postoperatorio:

- Ingreso a la sala: Es necesario (a pesar de la visita preoperatoria), presentarse de forma breve, tratando de ganarse la confianza y provocar un ambiente de tranquilidad y seguridad.
- Identificación
- Preguntar el nombre.
- Corroborar datos en el brazalete de identificación.
- Revisión del expediente clínico, Consentimiento informado, Hoja quirúrgica, resultados de exámenes de laboratorio y radiológicos.

- Checar lista de verificación
- Conformar la técnica quirúrgica a realizar.

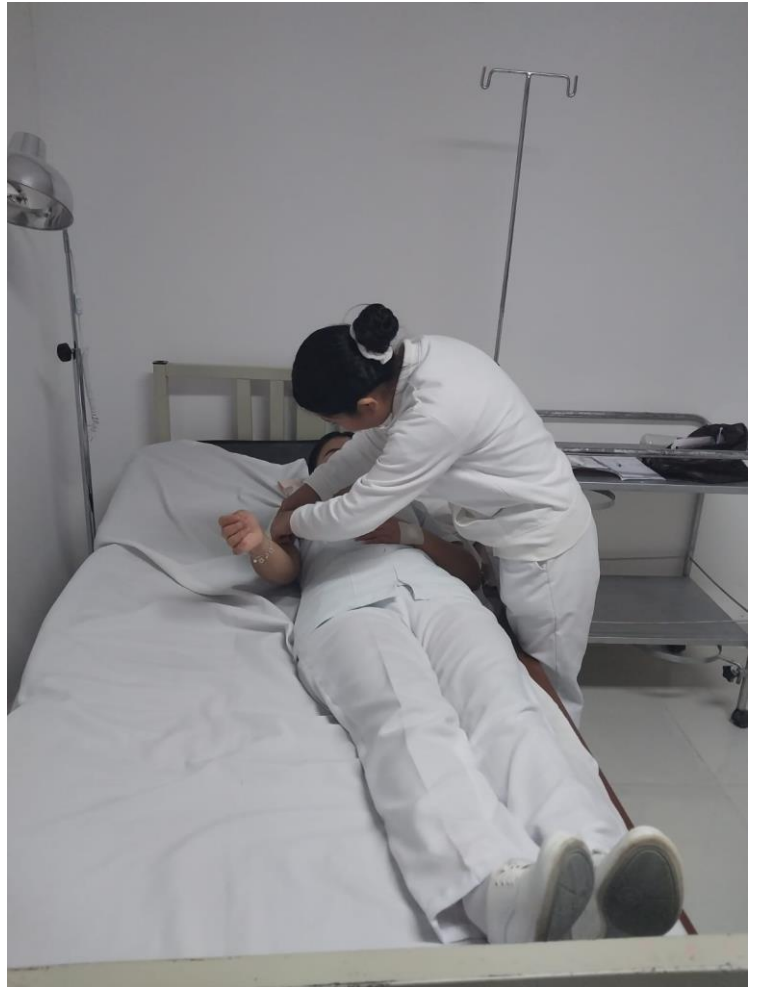
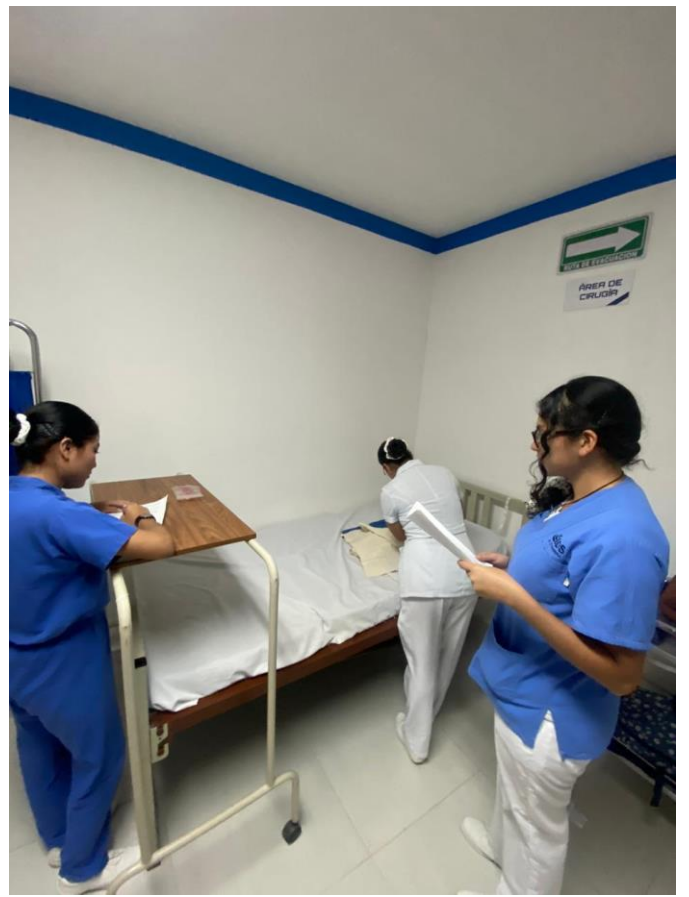
Otros:

- Garantizar la información y la instrucción preoperatoria
- Localización y verificación de la intervención
- Monitorizar la seguridad ambiental
- Comprobar el funcionamiento del equipo
- Proveer las medidas de comodidad y seguridad del paciente
- Colocar al paciente según procedimiento
- Monitorización psicológica y fisiológica del paciente
- Comunicar la información intra operatoria requerida en base a normatividad
- Procedimientos básicos según la función de enfermería
- Colocación del paciente en la mesa quirúrgica (posiciones)
- Colocación de campos quirúrgicos
- Recuento de gasas, compresas, instrumental y agujas.

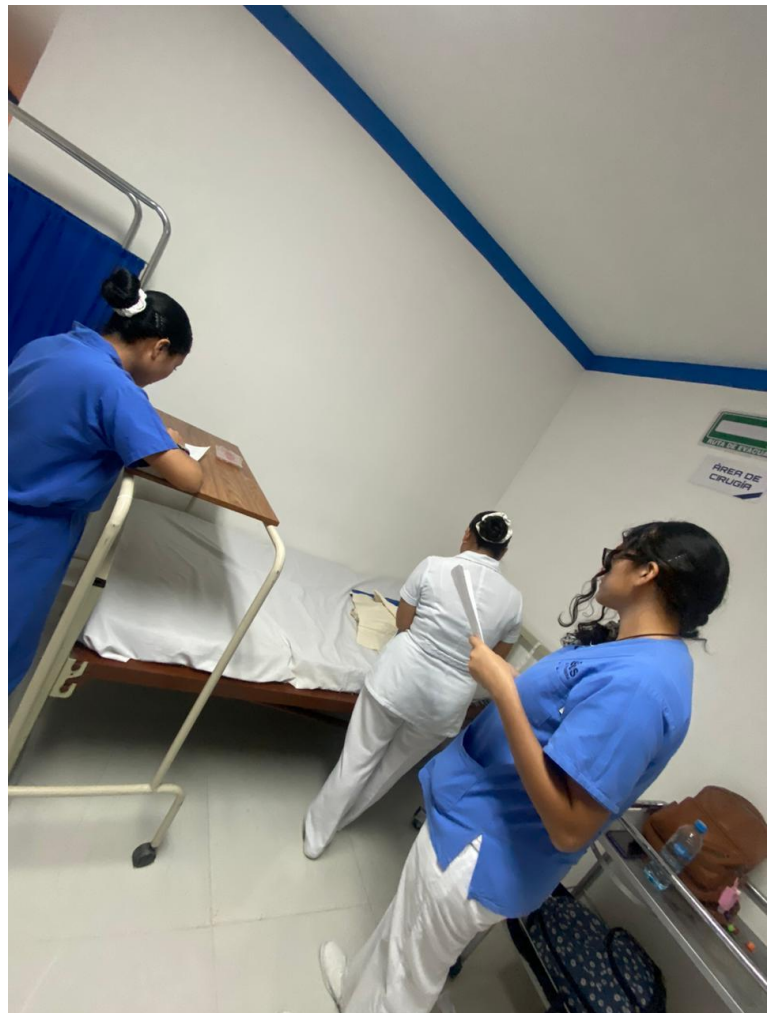
Cuidados de enfermería en el postoperatorio:

- Iniciar la vía oral gradualmente siguiendo la prescripción médica.
- Tomar los analgésicos indicados por el especialista para aliviar el dolor postoperatorio.
- Cumplir con exactitud la prescripción de los medicamentos indicados tales como antibióticos, entre otros.
- Controlar náuseas y vómitos mediante los medicamentos indicados.
- Vigilar la temperatura corporal. Si presenta fiebre, debe informar al médico. Sin embargo, debe saber que esta puede ser normal en las primeras 48 horas, como respuesta del cuerpo humano a la agresión de la cirugía.
- Retirar el apósito antes del baño y realizar limpieza de la herida con agua y jabón durante el aseo

- Curar la herida quirúrgica con soluciones antisépticas como el yodo povidona y dejar secar, sin cubrir la herida, al menos 2 veces al día.
- Si nota cambios en la herida como inflamación, dolor, enrojecimiento, aumento de volumen y salida de líquido a través de ella, debe informar al especialista de inmediato.
- Si aparecen síntomas como fiebre, falta de aire o vómitos, debe acudir a su médico inmediatamente.
- Dormir adecuadamente para recuperar las fuerzas y disminuir el estrés.
- Evitar cargar objetos pesados después de la cirugía.
- Deambular, a partir de las 12-24 horas de la operación, para expulsar gases y disminuir las molestias.
- Vigilar posibles infecciones postoperatorias.
- Nutrirse adecuadamente. Debe consumir proteínas y vitaminas. Por otro lado, debe evitar el café, el alcohol, así como los alimentos ricos en azúcares o grasas.















# Lista de verificación de la seguridad de la cirugía



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

## Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesiólogo, 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 anestésica?  Sí
- ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?  Sí
- ¿Tiene el paciente...
  - ... Alergias conocidas?  No  Sí
  - ... Vía 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  Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y vías IV o centrales

## Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesiólogo 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 sistematizados?
  - ¿Cuánto durará la operación?
  - ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?
- Anestesiólogo:
  - ¿Presenta el paciente algún problema específico?
- Equipo de enfermería:
  - ¿Se ha confirmada 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  No procede

## Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesiólogo 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 en voz alta, incluido el nombre del paciente)
  - Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
- Cirujano, anestesiólogo y enfermero:**
- ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

SALUD

INDICADOR TRATO DIGNO POR ENFERMERIA

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE DE LA UNIDAD: Oxigenios TIPO DE UNIDAD:  Hospital

SERVICIO O ÁREA QUE SE EVALÚA: \_\_\_\_\_ FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESPECIALIDADES MÉDICAS  ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

No. de caso	Número de expediente	1.- ¿La enfermería lo saludó en forma amable?		2.- ¿Se presenta la enfermería con un tacto?		3.- ¿Cuando la enfermería se dirige a usted lo hace por su nombre?		4.- ¿La enfermería le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?		5.- ¿La enfermería se interesa por que dentro de lo posible su estancia sea agradable?		6.- ¿La enfermería procura ofrecerle las condiciones necesarias que garanticen su intimidad y/o privacidad?		7.- ¿La enfermería le hace sentirse seguro(a) al atenderlo?		8.- ¿La enfermería lo trata con respeto?		9.- ¿La enfermería le ayuda a usted a enfrentar las situaciones que ella enfrenta las 24 horas del día?		10.- ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?		11.- ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermería?				
		SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No			
5																										
9																										
9																										
6																										

- No todos los enfermeros le explicaban al paciente que le iban a realizar  
 - No cuidaron integridad del paciente.

