



PASIÓN POR EDUCAR

**CATEDRÁTICO:**

**MARÍA CECILIA ZAMORANO RODRÍGUEZ**

**ALUMNA:**

**FANY YARENI HERNANDEZ LOPEZ**

**OCTAVO**

**A**

**MATERIA:**

**CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA**

**TEMA:**

**INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICAS**

PASION POR EDUCAR

**LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS 31 DE MARZO 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.

### Síntomas

Dolor fuerte, continuo e intenso justo detrás de los dedos del pie.

Dolor que empeora cuando te pones de pie, corres, doblas el pie o caminas, en especial descalzo sobre una superficie dura, y que mejora cuando descansas.

Dolor agudo o punzante, entumecimiento u hormigueo en los dedos del pie.

Sensación de tener una piedra en el zapato.

### Cuidados de enfermería

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de alimentación.
3. Eliminación: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de evacuación.
4. Movilidad / Postura: Valorar la capacidad del paciente para ambular, mantener la posición corporal, realizar una marcha eficaz, bajar y subir escaleras.
5. Dormir / Descansar: Valorar la capacidad del paciente para preparar la vestimenta y vestirse.
6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones
7. Temperatura corporal: Sin alteraciones
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de baño/higiene.
9. Evitar peligros: Determinar el grado de dolor referido por el paciente, así como la existencia de irritabilidad e inquietud. Determinar el grado de seguridad del hogar del paciente, así como su conducta frente a la prevención de lesiones.
10. Comunicación / Relaciones sociales: Valorar los sentimientos del paciente (autoestima, desesperanza, tristeza, depresión, etc.).
11. Valores / Creencias: Sin alteraciones
12. Autorrealización: Valorar el grado de adaptación a la discapacidad física.
13. Entretenimiento: Sin alteraciones



## TOXICIDAD ANESTESIA

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. El objetivo de este artículo es revisar las medidas disponibles según la evidencia actual, consistentes en soporte cardiopulmonar, manejo de convulsiones y uso de antídoto (emulsiones lipídicas)\*.

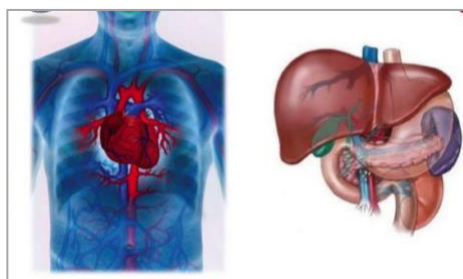
Cardioversión

### Síntomas

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

Cúbrase adecuadamente a la persona dentro de lo posible, tanto para mantenerla abrigada como para respetar su pudor. -Contrólese de manera continuada el estado general y las constantes vitales, vigilando la aparición de reacciones adversas a la anestesia (reflejos vaso vágales, hipersensibilidad al fármaco).



## NEUMONÍA NOSOCOMIAL POR VENTILADOR

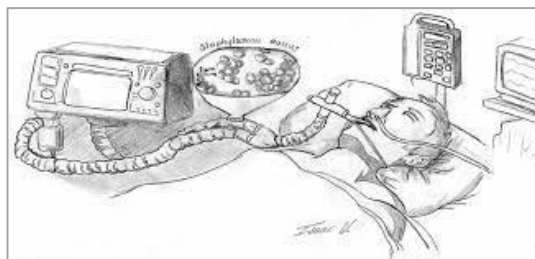
La neumonía asociada al ventilador se refiere a la neumonía adquirida 48 horas después de la intubación endotraqueal en un paciente sometido a soporte ventilatorio. Es la presencia del tubo endotraqueal, más que la propia ventilación mecánica, la causante del desarrollo de la neumonía.

### 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

Los cuidados que se debe brindar están encaminados a la administración de medicación, de líquidos, el control de las constantes vitales, dieta adecuada, terapia respiratoria y apoyo suplementario de oxígeno



## 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.

### 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

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%.



## ABORTO EN EVOLUCIÓN

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.

### Síntomas

Corresponde a la primera etapa o primeros síntomas o signos de anormalidad de un embarazo. Por ejemplo pérdida de sangre proveniente del interior del útero por desprendimiento del embrión recién implantado por desprendimiento de la placenta. Otro signo es el dolor abdominal tipo contracción uterina. En general en esta etapa el problema es reversible en la mayoría de los casos. Se trata con reposo y antiespasmódicos.

### Cuidados de enfermería

El aborto es definido como la interrupción precoz del embarazo, pudiendo ser espontáneo, inducido o provocado, seguido de la expulsión del producto gestacional antes de la 22a semana de gestación o cuando el concebido pesa menos de 500 gramos y mide menos de 25 cm.



## REVISIÓN DE CAVIDAD

La revisión uterina postparto es la exploración manual de la cavidad uterina 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. Este es un procedimiento que se practica en la mayoría de los casos en el postalumbramiento inmediato

### Síntomas

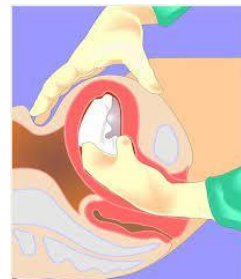
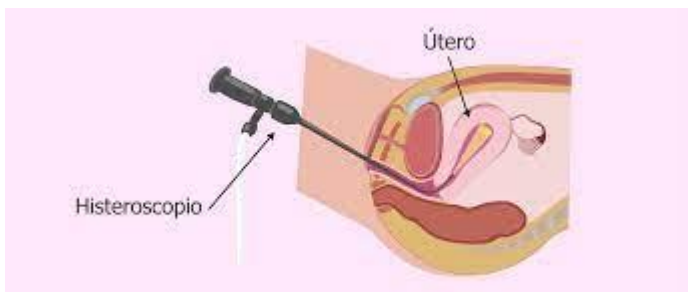
Hemorragia posparto, distinguiendo entre adolescentes, en edad reproductiva óptima y en edad materna avanzada. La relación entre hemorragia posparto y tipo de técnica de revisión de cavidad uterina, mostró mayor incidencia en la revisión

manual. Los casos analizados según la instrucción del personal que brindó la atención, mostraron mayor número de casos de hemorragias, en quienes fueron atendidos por personal en formación.

### **Cuidados de enfermería**

Cualquier parturienta es susceptible de desarrollar una HPP, y por lo tanto, los profesionales deben estar preparados para afrontar esta situación. Constituye una emergencia obstétrica que requiere un tratamiento multidisciplinar inmediato, así como estrategias de prevención. El momento que sucede al nacimiento del bebé y las primeras horas posparto son cruciales en lo que se refiere a la prevención, el diagnóstico y el manejo del sangrado. En ocasiones, podemos encontrarnos un parto inminente tanto extra hospitalario como intrahospitalario (fuera del área de partos), así como puérperas en planta. Debemos detectar la aparición de una HPP, puesto que las repercusiones de esta urgencia obstétrica requieren de una rápida detección y actuación.

- Disminución de la hemorragia: útero posparto
- Revisar el historial obstétrico y el registro de partos para ver los factores de riesgo de hemorragia posparto
- Controlar los signos vitales maternos. Monitorización de la paciente: TA, FC, pulsioximetría.
- Fomentar la evacuación o cateterizar la vejiga distendida. El sondaje vesical favorece la contracción del útero
- Establecer vía venosa de calibre adecuado 16 ó 14.
- Administrar oxitócicos por vía iv o im, según protocolo u órdenes
- Valorar la contracción uterina y altura uterina



## HISTERECTOMÍA ABDOMINAL POR RUPTURA UTERINA

Es la presencia de cualquier desgarro del útero, no se consideran como tales la perforación translegrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea. La ruptura uterina, es la complicación, más grave de una prueba de trabajo de parto o después de una cesárea. Se define como la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina peritoneal y requiere de una cesárea de emergencia o de una lapatotomía. Sin embargo es una complicación rara después de un parto, o después de una cesárea previa pero es asociada al aumento de la mortalidad y morbilidades maternas y perinatales. El signo más común asociado en la ruptura uterina son las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

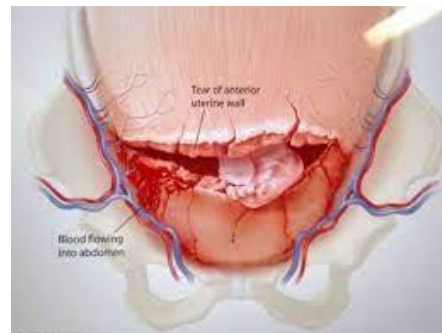
### Síntomas

- Cirugía uterina previa
- Miomectomía
- Cesárea Anterior
- Plastía úterina
- Periodo intergenésico de 18-24 meses de una cesárea anterior
- Ruptura uterina previa
- Cesárea corporal o segmento corporal
- Uso de prostaglandina E2 (dinoprostona) con cesárea previa
- Uso de prostaglandina E1 (misoprostol) con cesárea previa
- Tener más de una cesárea

### Cuidados de enfermería

Ante la sospecha de ruptura uterina es la laparotomía exploradora oportuna, la cual se realizará después de estabilización y anestesia maternas. Una vez que el feto es entregado al pediatra, la hemorragia materna debe controlarse, y si el útero no puede conservarse, la histerectomía puede ser requerida. El enfoque a hemorragia postparto incoercible será individualizado dependiendo de la situación clínica y las habilidades quirúrgicas y la tecnología disponibles. Continuar con la vigilancia y reposición de líquidos y reemplazo de componente de sangre y el uso de toda la pericia disponible son esenciales.

### Histerectomía Abdominal



## SEPIAS POR HERIDA QUIRÚRGICA

La mayoría de las heridas quirúrgicas agudas presenta una cicatrización rápida y sin complicaciones. Determinados factores predisponentes del enfermo o del tipo de cirugía pueden condicionar retrasos en la cicatrización, dehiscencias e infección de la herida.

-Contaminación: presencia de microorganismos en la herida que no son capaces de superar las defensas del huésped. La presencia de los microorganismos es transitoria, y no implica retraso en la cicatrización.

-Colonización: la proliferación de microorganismos tiene lugar sin implicar daños al huésped ni desencadenar una infección.

-Colonización crítica: aparece retraso en la cicatrización de una herida lo que puede implicar un crecimiento desmesurado de microorganismos aún sin datos de infección microbiológicos. Se trata, por lo tanto, de un estadio intermedio entre la colonización y la infección manifiesta de la herida.

- Infección: los microorganismos se multiplican, crecen e invaden los tejidos provocando lesiones celulares y reacciones inmunitarias, por lo que la cicatrización de la herida se interrumpe

### Síntomas

Fiebre, Sensación de malestar general, Drenaje verde, tostado o fétido, Mayor dolor en la herida, Enrojecimiento alrededor de la herida, Hinchazón del área herida, Piel más cálida que rodea la herida, Pérdida de función y movimiento.

### 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.





## SHOCK SÉPTICO

Es una afección grave que se produce cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente presión arterial baja peligrosa. El shock séptico ocurre con más frecuencia en las personas de edad muy avanzada y en las muy jóvenes. También puede ocurrir en personas que tienen un sistema inmunitario debilitado. El shock séptico puede ser causado por cualquier tipo de bacteria. Hongos y (en pocas ocasiones) virus pueden también causar la afección. Las toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular. Esto puede llevar a que se presente presión arterial baja y funcionamiento deficiente de órganos. Algunos investigadores creen que los coágulos sanguíneos en las pequeñas arterias ocasionan la falta de flujo de sangre y el funcionamiento deficiente de órganos.

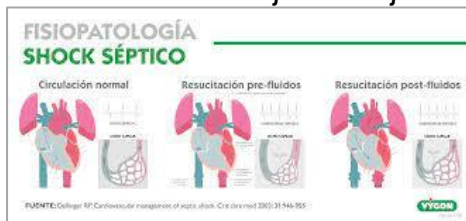
### Síntomas

Los síntomas y signos de sepsis pueden ser sutiles y a menudo se confunden fácilmente con las manifestaciones de otros trastornos (p. ej., delirio, disfunción cardíaca primaria, embolia pulmonar), en especial en pacientes posoperatorios. En la sepsis, el paciente normalmente presenta fiebre, taquicardia, sudoración y taquipnea; la tensión arterial es normal. Pueden haber otros signos de la infección causal. A medida que la sepsis empeora o aparece choque séptico, la confusión o la disminución del estado de alerta puede ser un signo temprano, en particular en pacientes muy mayores o muy jóvenes. La tensión arterial disminuye, aunque, paradójicamente, la piel está caliente. Más adelante, las extremidades se vuelven frías y pálidas, con cianosis periférica y aspecto moteado. La disfunción orgánica produce síntomas y signos adicionales específicos del órgano afectado (p. ej., oliguria, disnea)

### Cuidados de enfermería

Destaca la función de un órgano que en la fisiopatología de la sepsis es de crítica importancia, el endotelio. En condiciones normales, la célula endotelial tiene cuatro funciones básicas:

- control de la coagulación manteniendo un balance entre la coagulación y la fibrinólisis,
  - regulación del tono vascular,
  - control de la permeabilidad vascular, y
  - regulación de la adhesión y migración de los leucocitos y macrófagos.
- Durante la sepsis estas funciones reguladoras del endotelio se afectan significativamente, lo cual puede traducirse en grados variables de coagulación intravascular, así como en disfunción vascular y un tráfico anómalo de leucocitos a diversos tejidos alejados del foco infeccioso.



## **CUIDADOS POST MORETÓN**

Ocurre cuando una lesión rompe los vasos sanguíneos pequeños, pero no rompe la piel. Estos vasos se abren y dejan salir la sangre por debajo de la piel. Los moretones o hematomas suelen ser dolorosos e hinchados. Los hematomas pueden ser en la piel, un músculo o un hueso.

### **Síntomas**

Los síntomas principales son dolor, inflamación y decoloración de la piel. El hematoma comienza como un sitio de color rojo rosáceo que puede ser muy sensible al tacto y, a menudo, es difícil utilizar el músculo afectado.

### **Cuidados de enfermería**

aplicar hielo sobre el hematoma con el fin de disminuir la inflamación y si es muy doloroso consultar al médico para saber si es posible ingerir algún analgésico/antiinflamatorio. Es importante que no se intente vaciar el hematoma con una aguja y no ignorar el dolor ni la hinchazón



## **POSMORTIN**

Un post mortem es una herramienta que suele utilizarse al final del desarrollo de un proyecto para documentar qué ha fallado, los impactos y las lecciones aprendidas. Yo suelo utilizarlo cuando como equipo durante el sprint tenemos alguna situación complicada en la que todos corremos a tratar de resolver lo antes posible. Pero puede utilizarse perfectamente como artefacto de una retrospectiva de Release. La idea del post mortem es hacer públicos nuestros fallos, documentando las acciones emprendidas y las consecuencias de estas. Al hacerlos públicos y compartir nuestra experiencia no solo aprendemos como equipo, sino que compartimos con la organización información que evita cometer esos mismos fallos e implementar mejores procesos en el futuro.

### **Cuidados de enfermería**

La técnica del post-mortem puede usarse en infinidad de procesos creativos y como ya se ha mencionado, puede estar vinculada a las retrospectivas que se hacen en las metodologías ágiles, pero también se adapta a cualquier otra metodología de desarrollo. Como en toda retrospectiva, la idea no es buscar culpables, sino buscar cuales fueron los procesos que fallaron y por ende una oportunidad de mejora.



## **Rectorragia**

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.

### **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**

Necesidad de respirar normal:

No fumadora. Estado eupneica, vía aérea permeable, Sat. 96% basal.

Necesidad de comer y beber adecuadamente:

IMC 28, (sobrepeso). En el hospital dieta absoluta. Refiere no seguir ningún tipo de orden alimentario, la comida le ayuda en momentos de ansiedad.

Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:

Deposiciones: 1 al día, normalmente blandas. Durante tres días hace deposiciones blandas con restos hemáticos.

Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:

Autónoma, sedestación y deambulación sin dispositivos de ayuda.

Necesidad de dormir y descansar.

No refiere dificultad para conciliar el sueño, se levanta descansada ,7h diarias. De manera puntual alguna vez ha tomado Lorazepam.

Necesidad de escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse.

Decide el vestuario de acuerdo con la temperatura. No precisa ayuda para vestirse.

Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Afebril. Correcta adaptación a los cambios de temperatura.

Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Apariencia, limpia y cuidada.

Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

Consciente y orientada. Alergia a Metamizol. Ausencia de hábitos tóxicos.

Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores.

Apoyo y seguimiento por equipo de psicósomática. Depresión diagnosticada en 2018.

Necesidad de practicar sus creencias.

Creyente pero no practicante.

Necesidad de trabajar en algo gratificante para la persona.

Múltiples hobbies, refiere sentirse realizada a través de ellos.

Necesidad de desarrollar actividades lúdicas y recreativas.

Fan de la lectura, y el cine.

Necesidad de satisfacer la curiosidad que permite a la persona su desarrollo en aspectos de la salud.

Capacidades físicas y mentales conservadas. Le gusta estar informada y tomar ayuda en la recuperación de su proceso patológico.



## **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.

### **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

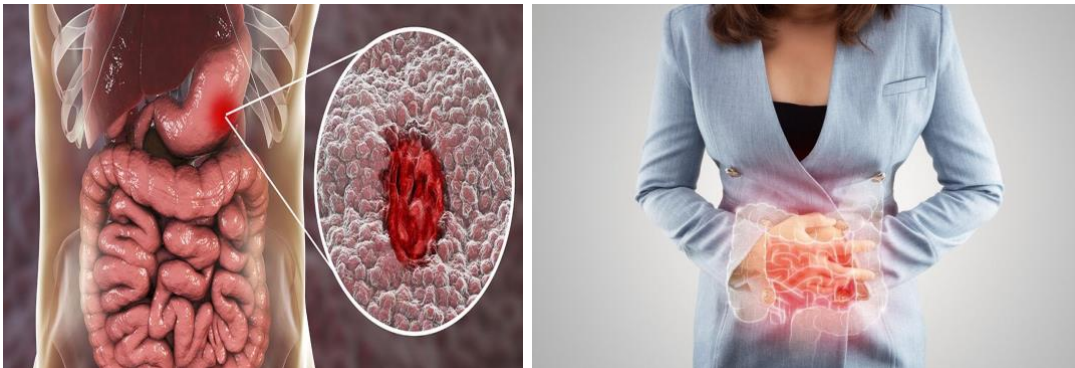
Sensación de cansancio

Palidez

Dificultad respiratoria  
Vómito que parece granos de café  
Debilidad

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.



## Perforación intestinal

La perforación es un orificio que se desarrolla a través de la pared de un órgano del cuerpo. Este problema puede presentarse en el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el recto o la vesícula biliar.

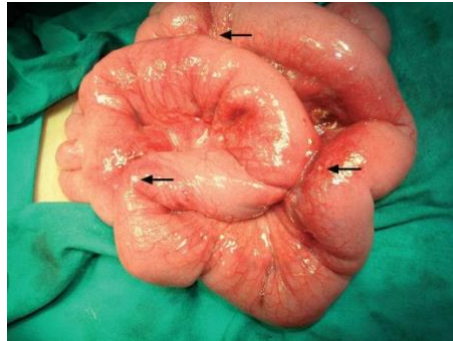
Síntomas

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

Cuidados de enfermería

Colocar al paciente en una posición que le resulte cómoda.  
Aplicar dieta prescrita por el médico: dieta absoluta.  
Canalizar una vía venosa periférica para la administración de líquidos y medicamentos prescritos.  
Realizar sondaje nasogástrico y conectarlo a aspiración suave.  
Controlar las constantes vitales por turno: frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura y presión arterial.  
Control del balance hídrico.

Aplicar medidas específicas relacionadas con la etiología del cuadro: preparación de paciente para pruebas diagnósticas, analíticas, etc.  
Realizar preparación quirúrgica del paciente en caso de cirugía.



### **Áscaris lumbricoides**

Es un nematodo parásito del intestino delgado del ser humano,<sup>1</sup> 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*.

#### 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

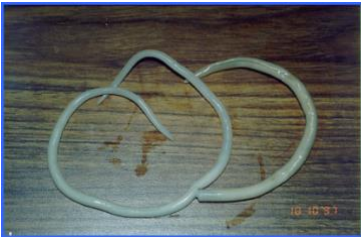
#### Cuidados de enfermería

*f* Estimular la puesta en marcha de Programas de Educación Sanitaria en colegios y residencias.

*f* Enseñar al paciente el procedimiento de un correcto lavado de manos con agua y jabón o alcohol en gel si no tiene disponibilidad inmediata de agua y jabón, antes y después de ir al baño, después de jugar con mascotas y antes y después de cada comida.

*f* Realizar exámenes regulares de control de parásitos intestinales, así como facilitar el tratamiento eficaz de los mismos en la población susceptible, especialmente infantil, por ejemplo en la enfermería escolar.

- f Motivar el seguimiento de un régimen alimentario adecuado diseñando o colaborando en campañas de Educación Sanitaria.
- f Inculcar la conveniencia de evitar actitudes de riesgo potencial, como andar descalzos en zonas de posible infestación o limitar el juego con animales.
- f Recomendar las precauciones que se deben tomar cuando se viaja al extranjero.



### Perforación intestinal por áscaris

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

#### Síntomas

En los intestinos

En la ascariasis leve o moderada, la infestación intestinal puede causar: Dolor abdominal leve. Náuseas y vómitos. Diarrea o heces con sangre.

#### Cuidados de enfermería

Colocar al paciente en una posición que le resulte cómoda.

Aplicar dieta prescrita por el médico: dieta absoluta.

Canalizar una vía venosa periférica para la administración de líquidos y medicamentos prescritos.

Realizar sondaje nasogástrico y conectarlo a aspiración suave.

Controlar las constantes vitales por turno: frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura y presión arterial.

Control del balance hídrico.

Aplicar medidas específicas relacionadas con la etiología del cuadro: preparación de paciente para pruebas diagnósticas, analíticas, etc.

Realizar preparación quirúrgica del paciente en caso de cirugía.



Imagen 4. Conglomerado de *Ascaris lumbricoides* que obstruyen parcialmente la luz intestinal.



## Deshidratación con planes de hidratación

El tiempo de hidratación puede variar de dos a ocho horas, según la intensidad de la deshidratación, las pérdidas por heces

### Síntomas

Vómitos o fiebre, y la aceptación del suero oral por el paciente. Si a las cuatro horas persiste deshidratado, se repite el plan B reponiendo las pérdidas ocurridas en el período anterior.

### Cuidados de enfermería

Administración de antitérmico: Para disminuir el grado de discomfort provocado por la fiebre, según pauta médica. ...

Rehidratación con suero oral, al ser una deshidratación moderada se intentará en primera estancia esta técnica.

**PLAN B: PARA PACIENTES CON DIARREA Y DESHIDRATACIÓN CON ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE SALUD**

Administrar Vida Suero Oral 180 ml por kilogramo de peso, en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante cuatro horas.

Si el paciente presenta vómitos, esperar 30 minutos e intentar otra vez la hidratación oral, más lentamente.

Si los vómitos persisten, reducir la dosis de Vida Suero Oral, o gasto fecal elevado (más de 10 g/kg/hora o más de tres evacuaciones por hora) se hidrata con suero nasogástrico, a razón de 20 a 30 ml de Vida Suero Oral por kilogramo de peso, por hora.

Al mejorar el estado de hidratación, pasar al Plan A. En caso contrario, repetir el Plan B por otras cuatro horas, de no estar mejoría pasar al Plan C.

NORMA Oficial Mexicana NOM-050-SSA3-2016, Para la atención a la salud del niño. Fecha de publicación: 11 de febrero de 2016. <http://www.segraf.mx/contenidos/16/nom050-ssa3-16>. Versión: 25/12/17.

**Enfermedades Diarreicas Agudas ¿Qué recomendar?**

Recordemos los tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

1. Acuosa aguda, que dura varias horas o días (cólera).
2. Con sangre aguda (disentérica o disentería).
3. La diarrea persistente, que dura 14 días o más.

La hidratación empieza en el hogar, debemos instruir a las madres con el plan ABC, sin olvidar los datos de alarma:

- A** Alimentación: Alimentación habitual sin importar el tipo de lactancia que se esté dando. Solamente se deben limitar azúcares simples.
- B** Bebidas: Abundantes. "Vida Suero Oral" (VSO), mientras persista la diarrea.
- C** Consulta oportuna: sin mejoría en 72 horas o antes si se presenta: sed intensa, no come y no bebe, heces líquidas y numerosas, vómitos frecuentes, evacuaciones con sangre, fiebre alta y persistente.

Bibliografía: Guía de práctica clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda en Niños de Tres Meses a Cinco Años en el Primer y Segundo Nivel de Atención.

## Código azul

Un código azul es tan grave como el que se presenta en un hospital.

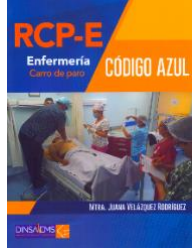
### Síntomas

Un paciente entra en paro cardíaco o respiratorio y necesita atención inmediata para salvar su vida.



## Cuidados de enfermería

Las enfermeras deben prepararse para trasladar al paciente para que reciba tratamiento o se estabilice. Si el paro se debió a causas cardíacas, se puede llevar al paciente al laboratorio de cateterismo cardíaco (en caso de que haya) o a la UCI.



## Paro cardiorrespiratorio

Un paro cardiorrespiratorio es la repentina detención de la respiración y del latido cardíaco en un individuo. Puede ocurrir por diversas causas, algunas de las más típicas son ahogo por inmersión o choque eléctrico, efectos de anestesia u otros fármacos, esfuerzo físico muy extremo.

Implica la detención de la circulación de la sangre y, por lo tanto, la interrupción del suministro de oxígeno al cerebro.

## Síntomas

Falta de aire: las mujeres son más propensas que los hombres a informar falta de aire.

Cansancio extremo (fatiga inusual)

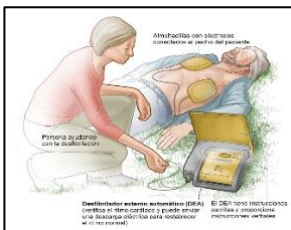
Dolor de espalda.

Síntomas parecidos a los de la gripe.

Dolor en el abdomen, náuseas y vómitos.

## 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.



## Dieciséis correctos de enfermería

Los 15 correctos en la administración de medicamentos se refiera a la reglas de seguridad que se deben de llevar a cabo cuando se suministra un fármaco con el objetivo de evitar errores.

Esta es una de las intervenciones de enfermería más frecuentes en el área hospitalaria, por lo que es fundamental tener estandarizadas las normas de su correcta realización, asegurando así la calidad de los cuidados que prestamos a los pacientes a nuestro cargo de forma eficiente y segura.

### Síntomas

### Cuidados de enfermería



### Síndrome de admisión

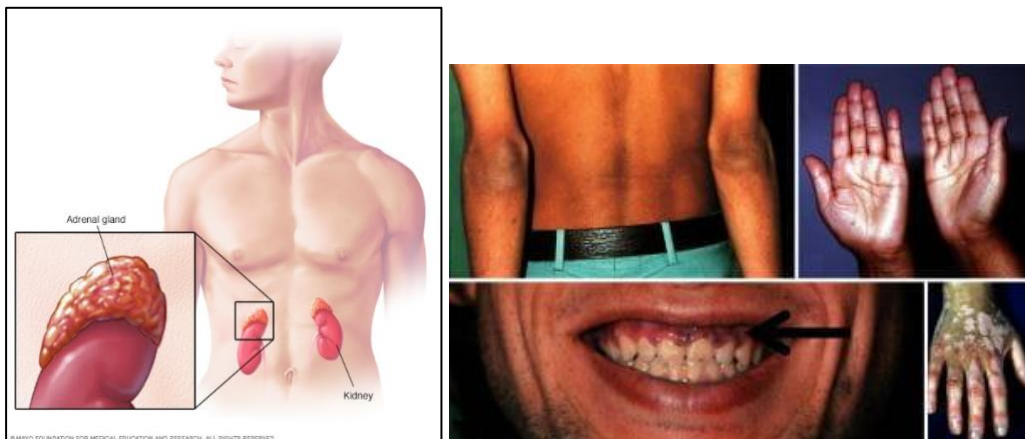
La insuficiencia suprarrenal, que incluye la enfermedad de Addison, es un trastorno que se presenta cuando las glándulas suprarrenales no producen la cantidad suficiente de ciertas hormonas. Estas incluyen el cortisol, que es fundamental para la vida y conocido a veces como la "hormona del estrés".

### Síntomas

- Dolor abdominal.
- Diarrea crónica, náuseas y vómito.
- Oscurecimiento de la piel.
- Deshidratación.
- Mareo al pararse.
- Fiebre baja.
- Nivel bajo de azúcar en sangre.
- Presión arterial baja.

## Cuidados de enfermería

Los pacientes con Enfermedad de Addison son abordados por el personal enfermero como seres biopsicosociales, así 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.







Desprenda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos

F1-RCNE/02

SALUD

INDICADOR DE REGISTROS CLÍNICOS Y NOTAS DE ENFERMERÍA

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TIPO DE UNIDAD:

FECHA DE ELABORACIÓN: 10/03/23

NOMBRE DE LA UNIDAD: Hospital General de Comodoro

SERVICIO O ÁREA QUE SE EVALÚA: Cirugía

ESPECIALIDADES MÉDICAS

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

Fuente: Registros clínicos, notas de enfermería.

No.	Turno M V N E	Género Mujer Hombre	Clave de enfermería	Número de expediente	1. ¿Documenta en los registros clínicos los datos de identificación de la persona?		2. ¿Documenta en la hoja de registro clínico datos objetivos de la persona?		3. ¿Describe en la nota de enfermería de ingreso del paciente el estado físico, psicológico y el plan de intervenciones?		4. ¿Registra el plan de intervenciones?		5. ¿Describe en la nota de continuidad de enfermería los datos de la evolución al tratamiento de intervenciones de enfermería?		6. ¿Documenta los registros clínicos y notas de enfermería observando continuidad por día y por turno?		7. ¿Documenta en la nota de enfermería las acciones orientadas a detectar factores de riesgo?		8. ¿Documenta en la nota de egreso de la persona el plan de alta?		
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	M	a			✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
2	M	b			✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
3	M	b			✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
4	M	a				✓	✓		✓	✓	✓		✓		✓		✓		✓		✓
5	M	b			✓		✓		✓	✓	✓		✓		✓		✓		✓		✓

