



**Mi Universidad**

**Reporte de practica**

*Nombre del Alumno: Laura Anilu García Morales*

*Nombre del tema: Practicas*

*Parcial: 4 Unidad*

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

*Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez*

*Nombre de la Licenciatura: Lic. En Enfermería*

*Cuatrimestre: 8° "A"*

*Lugar y Fecha de elaboración: Comitán de Domínguez, Chis. A 31-03-2023*

## Practica N° 1

### Dx Metatarsiano:

Los huesos metatarsianos del pie consisten en cinco huesos largos, que se llaman los metatarsos. Al igual que los metacarpos de la mano, los metatarsos están compuestos por una base proximal, un eje y una cabeza distal.

Junto con los tarsos, los metatarsianos ayudan a formar los arcos del pie, que son esenciales tanto en el rodamiento de peso como en el caminar.

- Función

Junto con el calcáneo, los metatarsos están implicados en el apoyo del peso del cuerpo. Los huesos metatarsianos tienen 5 puntos principales de contacto con el suelo:

- La 1ra cabeza metatarsiano y dos huesos sesamoideos
- La 2ª cabeza metatarsiano
- Tercera cabeza metatarsiano
- La 4ª cabeza metatarsiano
- El 5to cabezal metatarsiano

La mayoría de la carga es apoyada por el primer metatarsiano más grueso, con el 2do-5to metatarsianos proporcionando equilibrio y comodidad.

- Importancia clínica

#### Gota

La gota es una artritis inflamatoria caracterizada por los altos niveles del ácido úrico en la sangre y los depósitos cristalinos en las articulaciones y los tejidos circundantes. El empalme metatarsofalángico del gran dedo del pie es a menudo la primera articulación afectada por la gota. La gota puede causar sensibilidad y edema en esta articulación. Cuando este empalme es afectado, se refiere como podagra. La osteoartritis también puede causar dolor severo en esta articulación y puede sentir un gran dolor al apoyar el pie.



## Hallux valgus



El hallux valgus es una deformidad del pie caracterizada por la desviación medial del 1r metatarsiano y la desviación del dedo gordo del pie (hallux) lateralmente. A menudo es causada por la enfermedad articular degenerativa o por la presión del calzado.

## Fracturas

Las fracturas de los metatarsianos son infrecuentes, pero ocurren cuando un objeto pesado cae o rueda sobre el pie. Estas fracturas pueden también ocurrir en bailarines de ballet cuando pierden el equilibrio mientras que en las extremidades de sus dedos del pie. Esto da como resultado que los metatarsos apoyen todo el peso corporal, lo que puede causar una fractura de uno o más de los metatarsos y la rehabilitación de esta fractura puede llevar un tiempo.



### **Cuidados de enfermería de la Fx de metatarsianos:**

El tratamiento definitivo de la fractura de los metatarsianos depende principalmente del desplazamiento de la fractura, la localización y la afectación de varios metatarsos.

Recomendaciones para el tratamiento de la fractura de los metatarsianos:

1. la fractura no desplazada de 1 o más metatarsianos es recomendable el tratamiento conservador con un vendaje blando y carga progresiva con zapato tipo de juanete.
2. La fractura levemente desplaza de 1 o varios metatarsianos puede ser también tratada mediante tratamiento conservador
3. La fractura desplazada de más de 4mm o importante angulación se recomienda el tratamiento con reducción + osteosíntesis
- 4 La fractura proximal del primer metatarsiano precisa una correcta alineación articular, por lo que desplazamiento de más de 2 mm requieren un tratamiento quirúrgico.

## **Toxicidad a la anestesia:**

La anestesia se utiliza cuando un paciente se somete a cualquier tipo de cirugía. La anestesia es un medicamento que se administra a los pacientes para adormecer el dolor o la sensación mientras se realiza la cirugía. Se administra de forma rutinaria mediante inhalación o inyección. La anestesia funciona al bloquear los impulsos nerviosos, lo que ayuda a que desaparezca temporalmente el dolor.

Existen cuatro tipos de anestesia: sedación regional, general, local o intravenosa. La anestesia tiene sus propios efectos secundarios que generalmente desaparecen después de la cirugía.

La toxicidad puede ocurrir como un efecto secundario a la anestesia. El medicamento halotano, que se usa en la anestesia, puede causar necrosis o la muerte prematura de tejido vivo en el hígado. La seguridad de los medicamentos puede contribuir a la toxicidad renal. Además, las máquinas de anestesia pueden formar dióxido de carbono al descomponer los anestésicos por inhalación. Este proceso puede resultar tóxico para los glóbulos rojos.

La toxicidad se puede presentar por; inyección intravascular, absorción del anestésico en un tejido, acumulación de metabolitos activos o una combinación de todos. El paciente que reciba anestésicos locales en dosis potencialmente tóxicas debe tener monitoría continua de signos vitales y acceso venoso permeable.

La toxicidad sistémica por anestésicos locales tiene un amplio espectro de manifestaciones, que van desde síntomas prodrómicos (tinitus, 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.

- **TRATAMIENTO**

Depende de la severidad y las manifestaciones presentes. Durante muchos años el manejo consistía en medidas de soporte, pero ahora contamos con lo que parece ser un antídoto adecuado: la infusión de lípidos intravenosos. Aunque la evidencia en el manejo de la toxicidad sistémica por anestésicos locales no es del más alto nivel, debido a los impedimentos éticos que aparecen en la investigación en toxicología y situaciones de emergencia, existen unas medidas que parecen ser efectivas.

Con la aparición de cualquier síntoma debe pensarse de inmediato en el manejo de la vía aérea: se debe administrar oxígeno y evaluar la permeabilidad de la vía aérea, y si se considera que no está adecuadamente permeable, proceder a intubar al paciente. Esto contrasta con la recomendación actual de la American Heart Association (AHA, por sus siglas en inglés) en reanimación, donde la prioridad es la circulación, mientras que el

manejo de la vía aérea es secundario; la razón es que la acidosis, la hipoxemia y la hipercapnia empeoran el pronóstico del paciente.

Si se identifica una arritmia esta debe manejarse, nuevamente, según las guías de la AHA, que plantean que en las taquicardias inestables se debe hacer cardioversión, en tanto que las estables recibirán manejo farmacológico; y si hay bradicardias, pensar en marcapasos transcutáneo o transvenoso y soporte con cronotrópicos positivos (adrenalina o dopamina).

La presencia de síntomas cardiovasculares debe hacer pensar en el uso inmediato de emulsiones lipídicas. Los antiarrítmicos son la alternativa de soporte cuando no hay respuesta a las emulsiones o cuando no hay disponibilidad de las mismas. Debe recordarse que no se debe administrar lidocaína o calcio-antagonistas como antiarrítmicos y, si se requiere un antiarrítmico, la alternativa adecuada es la amiodarona.

Con los síntomas de toxicidad cardiovascular se deben tener en mente el uso de vasoactivos e inotrópicos como medidas de soporte, pero hay que tener en cuenta algunas consideraciones: si hay paro cardiorrespiratorio el uso de dosis altas de epinefrina empeora el pronóstico neurológico, por lo que la recomendación de la AHA de suministrar 1 mg de epinefrina cada 3 a 5 minutos, no aplica en esta situación (14), teniendo mejor respuesta con dosis entre 10 y 100 mcg en intervalos similares.

El uso de vasopresina también se ha asociado a peor desenlace funcional, en especial si se usa conjuntamente con emulsiones lipídicas, pues impiden que la vasopresina tenga efecto vasopresor. La opción de la AHA de aplicar vasopresina 40 U, en remplazo de la primera o segunda dosis de epinefrina, tampoco se recomienda en este contexto.



## **Cardioversión:**

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.

La cardioversión, por lo general, se programa de antemano; aunque a veces se realiza en situaciones de emergencia. Normalmente, la cardioversión restaura rápidamente un ritmo cardíaco normal.

La cardioversión es diferente de la desfibrilación; es un procedimiento de emergencia que se realiza cuando el corazón se detiene o se agita con pulsaciones ineficaces. La desfibrilación produce descargas más potentes en el corazón para corregir el ritmo. Estas afecciones ocurren cuando las señales eléctricas que normalmente hacen que el corazón lata a un ritmo regular no viajan correctamente a través de las cavidades superiores del corazón.

Hay dos tipos principales de cardioversión:

- La cardioversión eléctrica usa una máquina y sensores (electrodos) para administrar choques rápidos de baja energía al pecho. La cardioversión eléctrica permite que el proveedor de atención médica vea instantáneamente si el procedimiento ha restaurado un latido cardíaco normal.
- La cardioversión química (farmacológica) usa medicamentos para restaurar el ritmo del corazón. Tarda más tiempo en hacer efecto que la cardioversión eléctrica. Si tu proveedor de atención médica recomienda una cardioversión con medicamentos para restaurar el ritmo cardíaco, no recibirás descargas eléctricas en el corazón.

### Resultados:

En la mayoría de los casos, la cardioversión puede restablecer rápidamente el latido regular del corazón. Algunas personas requieren procedimientos adicionales para mantener un ritmo cardíaco regular.

Es posible que el proveedor de atención médica te sugiera que hagas cambios en tu estilo de vida para mejorar tu salud cardíaca y prevenir o tratar afecciones (como presión arterial alta) que pueden provocar latidos irregulares del corazón (arritmias).

### Recomendaciones de enfermería:

- Limitar o evitar el consumo de alcohol
- Consumir menos sal, lo que puede ayudar a reducir la presión arterial

- Consumir granos integrales, carne magra, lácteos bajos en grasa, y frutas y verduras
- Limitar el consumo de azúcar, grasas saturadas y grasas trans
- Recomendación de realización de más actividad física
- Mantener un peso saludable
- Dejar de fumar
- Intentar limitar o controlar el estrés y la ira

Antes de la cardioversión, se debe de someter a una prueba por imágenes denominada ecocardiograma transesofágico para verificar si hay presencia de coágulos sanguíneos en el corazón. La cardioversión puede provocar que los coágulos sanguíneos se muevan, lo que puede causar complicaciones que ponen en riesgo la vida. El proveedor de atención médica decidirá si debe realizarse esta prueba antes de la cardioversión.

Si hay presencia de uno o más coágulos sanguíneos en el corazón, la cardioversión por lo general se retrasa de tres a cuatro semanas. Durante ese tiempo, puede tomarse anticoagulantes para reducir el riesgo de complicaciones.



## Neumonía Asociada al Ventilador:

La neumonía asociada al ventilador (NAV) es una causa significativa de morbimortalidad en pacientes críticamente enfermos dentro de las unidades de cuidados intensivos (UCI) quienes son sometidos a ventilación mecánica (VM) a través de un tubo endotraqueal (TET) o traqueostomía. El diagnóstico temprano y la adopción de prácticas conocidas para prevenir la NAV pueden reducir la mortalidad y disminuir el desarrollo de organismos resistentes a múltiples drogas. En este artículo nosotros discutiremos la incidencia, sistemas de puntuación, fisiopatología, prevención, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de la NAV.

La NAV es común en pacientes críticos y es responsable de cerca de la mitad de todos los antibióticos dados a los pacientes en UCIs. Las cifras dadas por el Consorcio Internacional para el Control de la Infección Nosocomial sugiere que la tasa general de NAV es 13,6 por 1000 días de ventilador. Sin embargo, la tasa individual varía de acuerdo al grupo de pacientes, factores de riesgo y entorno del hospital. El tiempo promedio que se toma desarrollar la NAV desde el inicio de la VM es alrededor de 5 a 7 días, con una tasa de mortalidad referida entre 24% y 76%.

### FISIOPATOLOGIA

La clave para el desarrollo de la NAV es la presencia de un TET o traqueostomía, los cuales interfieren con la anatomía y fisiología normales del tracto respiratorio, específicamente los mecanismos funcionales envueltos en la eliminación de secreciones (tos y acción mucociliar). Los pacientes intubados tienen un nivel de conciencia reducido que compromete la eliminación voluntaria de secreciones, las cuales pueden entonces acumularse en la orofaringe. Esto conlleva a macroaspiración y microaspiración de secreciones orofaríngeas contaminadas que son ricas en patógenos peligrosos.

La flora oral normal comienza a proliferar y son capaces de viajar a lo largo del tubo endotraqueal, formando una película biológica resistente a antibióticos la cual eventualmente alcanza las vías aéreas inferiores. Los pacientes críticamente enfermos exhiben una capacidad deteriorada de suministrar una respuesta inmune a estos patógenos, conduciendo al desarrollo de una neumonía. La presencia de factores predisponentes adicionales tales como edema pulmonar en estos pacientes pueden acelerar el proceso también.

La NAV de aparición temprana, que ocurre dentro de los primeros 4 días de VM, es causada usualmente por bacterias adquiridas de la comunidad sensibles a antibióticos tales como *Hemofilos* y *Streptococos*. La NAV que se desarrolla mas de 5 días después de la iniciación de la VM es usualmente causada por bacterias resistentes a múltiples drogas tales como la *Pseudomona Aeruginosa*.



## PREVENCION

La NAV prolonga la estadía en la UCI, incrementando de este modo el costo del manejo del paciente. Esto hace entonces la prevención de la NAV una prioridad en el manejo de los pacientes críticamente enfermos. Las medidas preventivas básicas incluyen minimizar el tiempo en un ventilador a través de la implementación de un protocolo de destete temprano con interrupciones regulares de la sedación y el evitar los cambios de circuitos respiratorios de rutina o programados.

Una posición semi-acostada apropiada, levantando la cabecera de la cama de 30 a 45 grados, reduce la incidencia de microaspiración de contenido gástrico cuando se compara con pacientes cuidados en una posición supina. La profilaxis de la úlcera de estrés eleva el pH gástrico, lo cual va en detrimento de la protección inmunológica innata suministrada por el ácido gástrico. Se recomienda suspender la profilaxis de la úlcera de estrés en pacientes de riesgo bajo (aquellos que absorben alimentos sin una historia de sangrado gastrointestinal).

Se ha demostrado que los puertos de succión subglóticos reducen la incidencia de NAV y reducen significativamente el uso de antibióticos. Si se anticipa que un paciente será ventilado mecánicamente por más de 72 horas, se debería considerar la inserción de un tubo con drenaje subglótico.

La microaspiración puede también ser reducida por el mantenimiento de la presión del manguito neumático del TET en 20 a 30 cm H<sub>2</sub>O y el uso de presión positiva al final de la espiración.

Se ha estudiado la descontaminación del tracto digestivo como un método de reducir la incidencia de NAV por disminución de la colonización del tracto respiratorio superior. Los métodos usados incluyen antisépticos, tales como la clorhexidina en la orofaringe, y antibióticos no absorbibles, los cuales pueden ser aplicados en la orofaringe (descontaminación orofaríngea selectiva [DOS]), o administrados enteralmente (descontaminación selectiva del tracto digestivo [DSD]). El objetivo de este método es erradicar el transporte orofaríngeo o gastrointestinal de patógenos potencialmente peligrosos, tales como microorganismos aeróbicos gram-negativos y *Estafilococo Aureus* sensible a la metilina.

El cuidado oral regular con higiene básica se orienta a reducir la colonización de la placa dental con gérmenes patógenos aeróbicos. Aunque hay evidencia limitada que apoye su uso, es improbable que cause daño. El uso de probióticos no ha conferido un impacto significativo en las tasas de mortalidad.

## DIAGNOSTICO

La NAV clásicamente se presenta con síntomas tales como fiebre, secreciones respiratorias purulentas, elevación de marcadores inflamatorios, dificultad respiratoria y empeoramiento de los parámetros respiratorios (volumen corriente reducido, ventilación minuto incrementada e hipoxia). Ciertos grupos de pacientes son vulnerables a organismos atípicos y cada paciente demanda una evaluación diagnóstica completa para identificar el patógeno probable antes de iniciar los antibióticos. Cada paciente que exhibe signos de NAV debería tener una Rx de tórax y a aquellos que tienen cambios consistentes con infección se le debería enviar una muestra de las secreciones de su tracto respiratorio para tinción con Gram, cultivo y sensibilidad. Una Rx de tórax normal debería alertar al médico a considerar una alternativa diagnóstica. Sin embargo, un estudio demostró que solo en el 43% de los pacientes que tuvieron evidencia clínica y radiológica de NAV se confirmó que tenían un diagnóstico de NAV en el examen post-mortem.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la NAV descansa en el conocimiento de los patógenos comunes, los factores de riesgo del paciente (por ejemplo la inmunosupresión y la condición respiratoria subyacente) y los especímenes microbiológicos previos. El tratamiento empírico para la NAV debería incluir antibióticos con cobertura contra *Pseudomona Aeruginosa*, *Estafilococo Aureus* y bacilos gram-negativos, con antibióticos administrados en el momento oportuno. Se ha demostrado que el retraso el tratamiento y el fallo en seleccionar un régimen antibiótico adecuado de acuerdo con las políticas locales, resultan en tasas de mortalidad mas altas. Los antibióticos deberían ser disminuidos en forma segura una vez que los resultados microbiológicos estén disponibles, con la suspensión después de 7 días basada en la mejoría clínica y de los marcadores bioquímicos.



## **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. La cinética de la arginina-vasopresina ha sido descrita recientemente en relación a los cambios y efectos en el choque refractario con vasodilatación.

El choque refractario con vasodilatación se asocia a una elevada morbimortalidad. El uso de vasopresina exógena en este grupo de pacientes es una alternativa terapéutica útil ya que revierte el estado de deterioro hemodinámico que se presenta en estos enfermos.

El choque refractario con vasodilatación es frecuente en las unidades de terapia intensiva y se asocia a una elevada mortalidad. Desde el punto de vista fisiopatológico es una entidad compleja que se desarrolla posterior a la acción inicial de un disparador que condiciona disfunción, mediada por diferentes mediadores solubles, de los mecanismos de control vasomotor a nivel de la pequeña circulación secundario al incremento a nivel vascular de los niveles de GMPc, apertura de los canales de potasio dependiente de ATP y disminución en los niveles de vasopresina; lo cual por un lado disminuye la disponibilidad de calcio a nivel citosólico y por otro disminuye la actividad de los receptores V-1 de vasopresina a nivel vascular, eventos que evolucionan a un estado de vasodilatación grave y refractaria al empleo de vasopresores convencionales como la dopamina y norepinefrina.



## Aborto en evolución:

Aborto es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.

### Síntomas

La mayoría de los abortos espontáneos ocurren antes de la semana 12 del embarazo.

Los signos y síntomas de un aborto espontáneo podrían incluir lo siguiente:

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

### Complicaciones

Algunas mujeres que tienen un aborto espontáneo desarrollan una infección en el útero. A esto también se lo llama aborto espontáneo séptico. Los signos y síntomas de esta infección incluyen los siguientes:

- Fiebre
- Escalofríos
- Sensibilidad en la parte baja del abdomen
- Secreción vaginal con mal olor



### DIAGNÓSTICO DEL ABORTO ESPONTÁNEO

El ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarios. El termino “indeterminado” es inexacto por lo cual se recomienda utilizar las siguientes definiciones:

- Embarazo de localización no conocida o indeterminada: cuando en una mujer con una prueba inmunológica de embarazo positiva no se identifican productos de la concepción retenidos o signos de embarazo intra ni extrauterino.
- Embarazo de viabilidad incierta: cuando se observa un saco intrauterino (con diámetro promedio menor de 20 mm) sin huevo o feto. O bien, cuando el ultrasonido fetal indica longitud cefalocaudal menor de 6 mm sin actividad cardiaca. Para confirmar o refutar la viabilidad, el estudio se debe repetir con un intervalo mínimo de una semana.

## Revisión de la cavidad uterina:

La revisión manual de la cavidad uterina (RMCU) es un procedimiento que se ha convertido, en algunas instituciones públicas, en una maniobra de rutina durante la atención de la tercera etapa de trabajo de parto, lo anterior sin existir la evidencia científica o la normatividad oficial para realizarla sin una indicación precisa, como son la retención de restos placentarios y membranas, hipotonía uterina, sospecha de ruptura uterina o bien por parto con antecedente de Cesárea y partos instrumentado.

Es un procedimiento que se practica en la mayoría de los casos en el postalumbramiento inmediato. Desde tiempo atrás se han establecido indicaciones para llevar a cabo el procedimiento, que van desde su uso rutinario hasta cuando existe un alumbramiento incompleto. Además existen indicaciones relativas como son las malformaciones uterinas y la preeclampsia.

La tendencia actual acerca de practicar la RMCU va en función de la indicación que se tenga, no se promueve su uso de forma rutinaria, por lo que se aconseja que, de ser necesaria, sea realizada en las siguientes situaciones:

- Retención de fragmentos placentarios o membranas.
- Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesárea anterior.
- Presencia de hemorragia uterina posparto.
- Parto pretérmino.
- Ruptura de membranas de seis horas o mayor.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Parto fortuito.
- Óbito.



De preferencia en todos los casos bajo sedación o analgesia obstétrica, salvo que se trate de una emergencia obstétrica y deba realizarse inmediatamente. Además se debe solicitar consentimiento informado por parte de la mujer para llevar a cabo este procedimiento, explicando de forma clara y precisa las posibles complicaciones de la maniobra, por otra parte siempre deberá estar registrado en el expediente clínico de la paciente, para dar formal cumplimiento a la normativa. La RMCU exige cuidadosas medidas de asepsia, como son el cambio de guantes, recolocar material estéril y volver a utilizar antiséptico en la región vulvo-perineal. Se recomienda introducir una mano en la cavidad uterina, mientras la otra detiene el fondo uterino por el abdomen, la mano interna realiza un registro de las paredes anterior, posterior y lateral, al mismo tiempo se examina el cuerpo uterino en búsqueda de soluciones de continuidad con revisión intencionada a nivel del segmento inferior con el pulgar para identificar lesiones. También puede ser realizada con curetaje por medio de una gasa o bien llevarla a cabo de manera instrumentada.

## **Histerectomía abdominal por ruptura uterina:**

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 con 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.

Las **causas** de rotura uterina incluyen

- Sobredistensión uterina (debido a embarazo múltiple, polihidramnios, o anomalías fetales)
- Versión fetal externa o interna
- Perforación iatrogénica
- Uso excesivo de uterotónicos
- Falta de reconocimiento de la distocia del trabajo de parto con las contracciones uterinas excesivas contra un anillo de restricción uterino inferior

Si las mujeres que han tenido una cesárea previa desean intentar un parto vaginal, las prostaglandinas no deben utilizarse, ya que aumentan el riesgo de rotura uterina.

Los **signos y síntomas** de la rotura uterina 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.

El **diagnóstico** de la rotura uterina se confirma mediante laparotomía.

El **tratamiento** de la rotura uterina es la laparotomía inmediata con cesárea y, si es necesario, histerectomía.

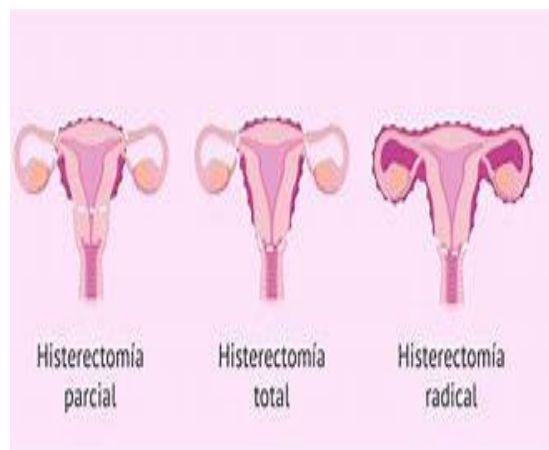
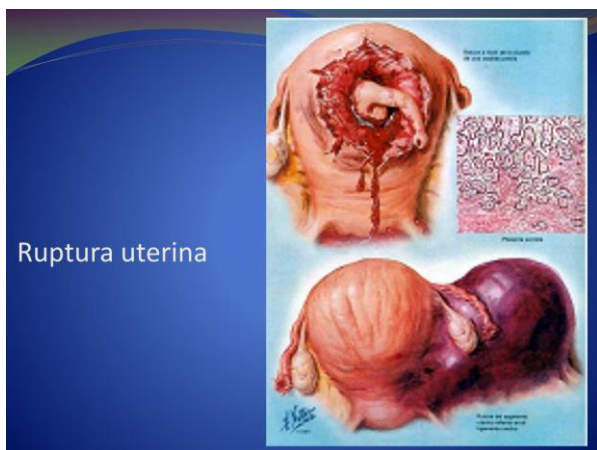
Una histerectomía abdominal es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. El útero, o el vientre, es el lugar donde crece el bebé durante el embarazo. Una histerectomía parcial solo extirpa el útero y deja el cuello uterino intacto. Una histerectomía total extirpa el útero y el cuello uterino.

A veces una histerectomía incluye la extirpación de uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio, un procedimiento denominado histerectomía total con salpingooforectomía.

La histerectomía también se puede realizar a través de una incisión en la vagina (histerectomía vaginal) o mediante el enfoque quirúrgico robótico o laparoscópico, que utiliza instrumentos largos y delgados insertados a través de incisiones abdominales pequeñas.

### **CUIDADOS:**

- Descansar mucho.
- No levantar nada pesado durante seis semanas completas después de la operación.
- Mantenerse activa después de la cirugía, pero evita realizar actividades extenuantes durante las primeras seis semanas.
- Esperar seis semanas para reanudar la actividad sexual.
- Seguir las recomendaciones del médico sobre reanudar otras actividades normales.



## **Sepsis por herida quirúrgica:**

La sepsis de la herida quirúrgica no es un tema tan nuevo. Importantes hallazgos se remontan a la época que Parelso (1536) decía que toda herida si se mantenía aseada se cerraba. Parelso descubrió la importancia de preservar en los casos sépticos la resistencia local y Semmelweis comprobó que de manera directa las infecciones podían transmitirse.

Las heridas inflamadas sin supuración o aquéllas de las que drena un líquido seroso con cultivo positivo se consideran potencialmente infectadas. (5-7) Los microabcesos alrededor de los puntos de sutura se excluyen de los grupos de infección si :

- La inflamación y la supuración son mínimas y limitadas a los puntos de penetración del hilo de sutura.
- La incisión cura por primera intención sin necesidad de drenaje. La frecuencia con que se infectan las heridas limpias en un servicio de cirugía es un dato fiel de la calidad de atención hospitalaria.

### Infecciones inmediatas de la herida quirúrgica

Puede ser provocada por bacterias patógenas o saprofitas y aparecer desde la culminación del acto quirúrgico hasta el sexto día del mismo. Casi siempre a punto de partida de un hematoma operatorio. Los hematomas casi siempre son dolorosos, pues comprimen las partes blandas y ocasionan necrosis del tejido adiposo subcutáneo, y por el aumento de la tensión de la sutura necrosis de los bordes dérmicos. El propio hematoma como las células de las partes blandas constituyen un excelente caldo de cultivo para los gérmenes que siempre están presentes. Según su localización éste puede ser subcutáneo (aponeurótico) y/o profundo (subaponeurótico). Puede aparecer inmediatamente después de la operación (o bien hasta la segunda semana). El hematoma subaponeurótico se manifiesta clínicamente por la aparición de un estado doloroso en reposo y con el movimiento, la cicatriz está sometida a tensión excesiva.

Existen tres síndromes importantes relacionados a la infección inmediata de las heridas quirúrgicas.

- Infección por Clostridios (bacilos Gram. Negativos): Estado toxoinfeccioso, secreción blanquecina-amarronada, descenso repentino de la hemoglobina sin una fuente de pérdida de sangre y aumento de la bilirrubina. El enfisema subcutáneo aparece posteriormente. La presencia de Clostridium en heridas normales es de poca importancia, sin embargo, la mayoría de los médicos prefiere erradicar el germen con antibiótico terapia para disminuir la posibilidad de una posterior invasión.



- Celulitis Estreptocócica del Grupo A (cocos en cadena Gram. Positivos): Se caracteriza por fiebre elevada y toxicidad asociada a celulitis o erisipela. Resulta obligatorio el tratamiento con penicilina. No son necesarios agentes de amplio espectro , pues pueden ser ineficaces contra el microorganismo.
- Fascitis Necrotizante: Necrosis subcutánea de los bordes de la piel debido a asociación de gérmenes Gram. Positivos (Estreptococos y Estafilococos hemolíticos) y gérmenes anaerobios. Puede progresar rápidamente y causar la muerte del paciente. Es importante la limpieza mecánica.

#### Infecciones intermedias postoperatorias:

Frecuentes en pacientes que se operan inmediatamente y no hay historia de tratamiento antibiótico profiláctico adecuado, se ve también en pacientes reoperados. Las hipertermias después del séptimo día sin otra causa que la justifique indican sepsis de la herida operatoria. Los estafilococos son los gérmenes más frecuentes. El paciente refiere no estar libre de molestias desde el postoperatorio inmediato. Hay cierta sensibilidad a la presión en la zona cicatrizal con discreto aumento de volumen. En ocasiones aparece una fístula. La eritrosedimentación se encuentra elevada.

#### Sepsis tardía de la herida operatoria

El 40 % de los casos se presenta después de los 8 meses. Es muy difícil de diagnosticar durante la primera hospitalización, particularmente cuando se han administrado antibióticos de manera profiláctica. Se han propuesto varias causas:

1. Retraso en la activación de una bacteria inoculada durante el acto quirúrgico.
2. Invasión directa desde los tejidos adyacentes previamente infectados.
3. Por difusión hematógena desde un foco primario distante.
4. Foco séptico previo al acto operatorio.



## **Shock séptico**

El shock o choque séptico se define como una complicación grave de la sepsis, en que incluso con la realización de tratamiento adecuado con base en la reposición de fluidos y antibióticos, la persona continúa con la presión arterial disminuida y con niveles de lactato superior a 2 mmol/L. Estos parámetros son evaluados regularmente en el hospital para verificar la evolución del paciente, respuesta al tratamiento y necesidad de la realización de otros procedimientos.

El shock séptico se considera un desafío médico, debido a que cuando el paciente acude en este estado de enfermedad, ya se encuentra en un estado más débil, además de que hay un mayor foco infeccioso y mayor predominio de sustancias tóxicas producidas por los microorganismos.

El tratamiento del choque séptico se hace con la persona internada en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con el uso de medicamentos y antibióticos para regularizar las funciones cardíacas y renales y eliminar el microorganismo causante. Cuando se recibe tratamiento de forma inmediata, el choque séptico puede curarse.

### **Principales síntomas**

Como el shock séptico se considera una complicación de la sepsis, los signos y síntomas presentados por el paciente son los mismos, sin embargo también es posible observar:

- Presión arterial muy baja, siendo la presión arterial media (PAM) menor o igual a 65 mmHg;
- Aumento en la concentración de lactato circulante, confirmándose concentraciones superiores a 2,0 mmol/L;
- Respiración rápida con el objetivo de aumentar la cantidad de oxígeno circulante;
- Aumento de los latidos cardíacos;
- Elevación de la temperatura o disminución excesiva;
- Menor producción de orina;
- Pérdida de la consciencia o confusión mental.

Los síntomas del shock séptico surgen cuando el microorganismo llega al torrente sanguíneo y libera sus toxinas, las cuales estimulan al sistema inmune de la persona haciendo que se produzcan y liberen citoquinas y mediadores inflamatorios para combatir la infección. En caso de que el paciente no responda al tratamiento o la cantidad de microorganismo sea muy elevada, es posible que evolucione a sepsis grave y, por consecuencia a choque séptico.

## Causas del shock séptico

La ocurrencia de shock séptico está relacionada con la resistencia de los microorganismos al tratamiento, además del sistema inmunológico de la persona. Asimismo, la presencia de sondas y catéteres infectados, que son dispositivos médicos que están en contacto directo con la persona hospitalizada, también puede favorecer el shock séptico, porque el microorganismo puede propagarse más fácilmente al torrente sanguíneo, proliferar y liberar toxinas, las cuales terminan comprometiendo el funcionamiento del organismo y el aporte de oxígeno a los tejidos.

De esta forma, cualquier infección puede provocar una sepsis o un shock séptico, siendo causada principalmente por:

- **Bacterias**, como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus sp.*, *Neisseria meningitidis*, entre otras;
- **Virus**, como influenza H1N1, H5N1, virus de la fiebre amarilla o virus del dengue, entre otros;
- **Hongos**, principalmente del genero *Candida sp.*

Las infecciones que producen un shock séptico pueden surgir en cualquier región del cuerpo y algunas de las más comunes son: neumonía, infección urinaria, meningitis, erisipela, celulitis infecciosa, infección de heridas quirúrgicas o contaminación de catéteres.

El tratamiento del choque séptico debe realizarse en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y tiene como objetivo eliminar el agente causante de la sepsis y, de esta forma, solucionar el choque séptico. Además, se indica el uso de medicamentos vasoactivos para regular la presión arterial, además de reposición de fluidos para aumentar la cantidad de volumen y, por consecuencia, favorecer el transporte de oxígeno en los tejidos.

1. **Uso de antibióticos**
2. **Hidratación intravenosa**
3. **Medicamentos para la presión arterial**
4. **Transfusión sanguínea**
5. **Uso de corticoides**
6. **Hemodiálisis**



## **CUIDADOS POST MORTEM:**

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 objetivo principal de estos cuidados es facilitar el traslado del fallecido por el servicio fúnebre y así poder facilitar la fase del duelo a sus familiares y amigos; Por ello estos cuidados son de vital importancia tras el fallecimiento del paciente y siempre deben de realizarse con sumo respeto y cuidado.

### **MATERIAL NECESARIO**

- Guantes de un solo uso
- Gasas y compresas
- Instrumental quirúrgico en caso de retirada de vías con suturas (subclavia, Femoral)
- Sudario o mortaja
- Sabanas limpias
- Cuadrantes
- Esponjas
- Cubo de desechos punzantes
- Pulsera identificativa del paciente y etiquetas del paciente



### **PROCEDIMIENTO**

En este procedimiento os hablaremos de los pasos a seguir en caso de un fallecimiento de una persona sin aislamiento

1. El médico certificara el fallecimiento y la hora en que se ha producido y procederá a rellenar le certificado de defunción.
2. 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.
3. Recogeremos las pertenencias del fallecido y las entregaremos a un familiar siempre registrando el nombre y las pertenencias entregadas en el registro de Enfermería.
4. Pediremos a la familia que abandone la habitación para poder realizar los cuidados Post mortem.

5. Una vez la familia abandona la habitación colocaremos la cama del paciente en decúbito supino.
6. Comenzaremos retirando catéteres, vías, sonda nasogástrica, sonda Urinaria o cualquier material utilizado anteriormente en los cuidados del paciente anterior a su fallecimiento.
7. Limpiaremos el cuerpo con cuidado comenzando por la cara y cerraremos los ojos en caso de que estén abiertos.
8. 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.
9. Colocaremos la pulsera identificativa si no la llevara o en su defecto colocaríamos otra nueva.
10. 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 último colocaremos la dentadura en caso de que llevara.
11. 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.
12. Por último, en la recogida del fallecido se hará entrega del parte de defunción al personal de servicios fúnebres.
13. 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.

Es de vital importancia recordar las tres fases por las que pasa el cuerpo de una persona fallecida:

- **Livor Mortis:** Cambio de coloración del cuerpo que se produce por el cese de la circulación sanguínea a los tejidos y los procesos bioquímicos.
- **Algor Mortis:** Disminución de la temperatura corporal (un grado por hora aproximadamente).
- **Rigor Mortis:** Rigidez del cuerpo que comienza de dos a cuatro horas tras el fallecimiento y que puede llegar a durar hasta cuatro días posteriores al fallecimiento.

Por ello es muy importante comenzar los cuidados Post mortem cuanto antes para anticiparnos al rigor mortis y poder realizar estos cuidados correctamente.

## **Rectorragia:**

La rectorragia es la expulsión de sangre a través del recto o ano, que puede ocurrir asociado o no a la defecación. Se trata de un signo que puede reflejar la presencia de un problema de mayor o menor importancia en el recto, el colon o el intestino delgado.

El diagnóstico de la rectorragia no puede realizarse solo con la historia clínica y la exploración física. En este caso es necesario realizar otras pruebas complementarias avanzadas.

### **Causas de la rectorragia**

Es frecuente que la existencia de **sangre en las heces** se produzca a consecuencia de una afección anorrectal benigna, como son las hemorroides. No obstante es importante su estudio, puesto que puede ser un síntoma de enfermedades graves como el **cáncer de colon** o la enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras. Diversos estudios demuestran que cerca de un 40% de los pacientes con más de 45 años con rectorragia presentan lesiones neoplásicas de intestino grueso, entre las que se encuentran el cáncer colorrectal y los adenomas.

Las principales causas, cuando una persona tiene heces con sangre, son:

- Hemorroides.
- **Fístula anal.**
- Úlcera rectal.
- Proctitis (ulcesora, actínica o infecciosa).
- Diverticulosis.
- Pólipos colorrectales.
- Cáncer colorrectal.
- Angiodisplasia.
- Otras patologías como colitis isquémica o endometriosis.



## **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. 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.

En general, los síntomas son característicos y no dan opción a dudas. Lo que supone mayor problema es determinar su origen y su causa.

Cuando existe algún antecedente de los descritos y la hemorragia presenta unos síntomas que delatan su origen, el diagnóstico no suele ser difícil. Sin embargo, algunas hemorragias suponen para el especialista, el paciente y su familia un verdadero quebradero de cabeza, que supone la realización de múltiples pruebas, una tras otra, sin llegar en muchos casos a encontrar la causa.

El síntoma más importante de la hemorragia aguda es la visualización al hacer de vientre de sangre fresca, semidigerida o a modo de melenas.

Se llaman **melenas** a un tipo especial de deposición que está compuesta de sangre digerida, y que presenta un aspecto pastoso y pegajoso, negro brillante (similar al alquitrán), con un olor fétido muy peculiar como a carne podrida. Cuanto más oscura, maloliente y digerida este la sangre significa que su procedencia es mas alta (estómago, duodeno, porciones altas del intestino delgado).

Si la sangre es fresca, rojo brillante y sin a penas olor, por lo general significa que su origen está cercano al ano. En algunos casos de hemorragia alta, sobre todo si ésta es importante o se acompaña de vómitos, puede expulsarse sangre por la boca, bien fresca o a modo de posos de café (hematemesis).

Otro síntoma frecuente es el aumento de los ruidos intestinales y una especial sensación de «flojera» debida a la bajada de la tensión arterial de modo brusco. En los casos más importantes aparece taquicardia, sudor frío, mareo, pérdida de conciencia e incluso shock. Si la hemorragia no se control puede tener un desenlace fatal.

### **Las causas de una hemorragia digestiva alta pueden ser variadas.**

Por orden de frecuencia de mayor a menor: Úlcera gástrica o duodenal, varices esofagogástricas, lesiones difusas del recubrimiento interno del estómago (mucosa gástrica), desgarrar por vómitos intensos de la unión entre el esófago y el estómago (síndrome de Mallory-Weiss), inflamación del esófago (esofagitis), hernia de hiato, tumores, etc.

**Las causas de hemorragia digestiva baja** son también variadas, y las lesiones que la producen tienen distinta frecuencia de aparición según la edad de los pacientes.

Cuando la hemorragia se produce en un punto del tubo digestivo que es accesible a la gastroscopia o a la colonoscopia (esófago, estómago, duodeno, colon o última porción de intestino delgado), éstas son el método más útil. Una endoscopia llegará en la mayoría de los casos a precisar el punto del sangrado, a establecer su causa y, en muchas ocasiones, servirá para aplicar un tratamiento eficaz para cortarla.

En caso de que la gastroscopia y la colonoscopia no aporten información sobre el origen del sangrado (aproximadamente un 5% de las ocasiones), se realiza una exploración de todo el intestino delgado mediante la cápsula endoscópica.

Cuando no se llega al diagnóstico por endoscopia, otras técnicas que ayudan son la arteriografía (cateterismo de arterias y venas del abdomen), la gammagrafía con glóbulos rojos marcados, el estudio radiológico del tubo digestivo con papilla de bario, el escáner y en casos extremos, la exploración quirúrgica.

De cualquier modo, ante un sangrado agudo o crónico, deben siempre agotarse todas las posibilidades diagnósticas dado el alto riesgo que presentan y la gravedad de algunas de sus causas.

El **tratamiento de las hemorragias agudas** tiene varios escalones que consisten en colocar al enfermo un gotero por el que se administrará suero o sangre para reponer el volumen perdido, estabilizar al paciente si se puede, la realización de una endoscopia alta (gastroscopia) o baja (colonoscopia), o las dos si hace falta, -si se localiza el punto de hemorragia se tratará por métodos endoscópicos (coagulación, inyección de vasoconstrictores y esclerosantes, ligadura...)-, administración por vena de fármacos que bloquean la fabricación de ácido por el estómago e incluso vasoconstrictores, ingreso del paciente y control de su evolución.

Si no se llega al diagnóstico por endoscopia debe y el sangrado es cuantioso, debe realizarse una arteriografía para localizar el punto de sangrado e intentar taponarlo. En algunos casos la cirugía puede ser necesaria si el sangrado no se frena o no se localiza el punto que lo produce.

El **tratamiento de los sangrados crónicos** pasa por diagnosticar su causa y ponerle un tratamiento adecuado, dado que en muchos casos son causas importantes las que pueden producirlos (tumores).





## **Perforación intestinal:**

Una perforación en el intestino sucede cuando una condición médica, como la diverticulosis, provoca un agujero o un desgarro en el intestino. Una lesión o una obstrucción también podrían perforar su intestino. El contenido del intestino puede filtrarse en el abdomen a través del agujero. Esto podría provocar una infección que amenace la vida.

### **Signos y síntomas de una perforación de intestino:**

- Dolor abdominal severo y sensibilidad
- Inflamación en el abdomen
- Fiebre
- Náuseas o vómitos
- Diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal
- Análisis de sangre y de heces
- Endoscopia con biopsia del tejido

Para establecer el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, el médico debe primero excluir otras posibles causas de inflamación. Por ejemplo, las infecciones por parásitos o bacterias pueden causar inflamación. Para ello, el médico debe realizar varias pruebas.

Se analizan muestras de heces para detectar signos de infección bacteriana o parasitaria (contraída durante un viaje, por ejemplo), incluyendo un tipo de infección bacteriana (infección por *Clostridioides difficile* [antiguamente denominado *Clostridium difficile*]) que puede producirse por el uso de antibióticos.

Deben llevarse a cabo también pruebas para descartar las infecciones de transmisión sexual (ITS) del recto, como la gonorrea o las infecciones causadas por el virus herpes o clamidias.

Se pueden tomar muestras de la mucosa del tubo digestivo durante una endoscopia (una exploración del tubo digestivo usando un tubo de visualización) y examinarlas al microscopio para detectar otras causas de inflamación del colon (colitis) o inflamación de la última parte del intestino delgado (íleon). Este procedimiento de extirpación y análisis de una muestra de tejido se denomina biopsia.

### **¿Cómo se trata una perforación de intestino?**

Los antibióticos se usan para tratar o evitar una infección bacteriana.

El descanso intestinal permite que el intestino sane. Usted no puede comer o tomar líquidos durante el reposo intestinal, pero recibirá nutrición y líquidos a través de una vía intravenosa. Una sonda nasogástrica se le colocará en la nariz de manera que llegue hasta su estómago. Esta sonda se usará para extraer los líquidos de su estómago para mantener su sistema digestivo vacío.

La cirugía se puede usar para reparar la perforación o para quitar una parte enferma de su intestino. Su médico podría usar un endoscopio o una cirugía abdominal abierta para reparar su intestino.



## **Ascaris lumbricoides:**

Es un parásito perteneciente al filo nematoda, conocido como lombriz intestinal. Es uno de los parásitos más reconocidos y estudiados, ya que afecta a un elevado porcentaje de la población mundial. Fue descrito por primera vez en 1758 por el zoólogo sueco Carlos Linneo. Este parásito vive en el intestino de algunos mamíferos, especialmente del ser humano.

### **Epidemiología**

*Ascaris lumbricoides* es uno de los parásitos más comunes en el hombre. Genera una infección conocida con el nombre de ascaridiasis. A nivel mundial, de acuerdo a la OMS, hay aproximadamente un total de 1500 millones de personas infectadas con este parásito, y un promedio de 20.000 personas mueren al año por su causa.

El grupo etario más afectado por este parásito es el de niños en edades comprendidas entre los 3 y los 8 años.

A pesar de resultar un infección no tan grave como otras, si no es atendida a tiempo, los parásitos pueden proliferar en el intestino del individuo y ocasionar problemas delicados como una posible obstrucción, tanto del intestino como de los conductos biliares.

### **Síntomas**

La enfermedad tiene diferentes síntomas dependiendo del órgano que esté afectado. Es importante recordar que durante su ciclo de vida, este parásito realiza un recorrido por el organismo que abarca los pulmones y el intestino. En cada uno de estos lugares la sintomatología será distinta.

#### **Intestino**

- Evacuaciones frecuentes de contextura líquida.
- Heces con sangre.
- Dolor abdominal difuso.
- Vómitos.
- Náuseas.

#### **Pulmón**

Debido a su tránsito por los pulmones durante su ciclo de vida, el *Ascaris lumbricoides* ocasiona una serie de daños en el tejido pulmonar que genera gran cantidad de signos y síntomas, que en su conjunto se conocen con el nombre de Síndrome de Löffler. Los síntomas son:

- Tos persistente, en ocasiones con expectoración purulenta.
- Incremento de la temperatura corporal.
- Sonidos al respirar, como un silbido.
- Falta de aire al mínimo esfuerzo.
- Incremento y acumulación de eosinófilos en el tejido pulmonar.

### **Diagnóstico**

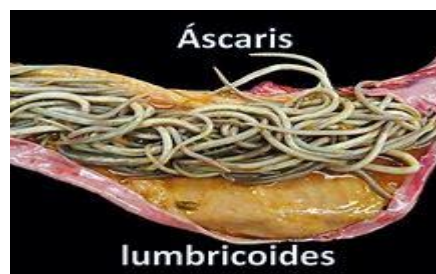
El diagnóstico de la infección por *Ascaris lumbricoides* se puede realizar a través de tres vías: análisis de heces, de sangre y a través de exámenes de imágenes.

- Examen de heces. Se trata de un examen de rutina en el diagnóstico de las infecciones por parásitos intestinales. Esto se debe a que los huevos depositados por los ejemplares hembras son expulsados a través de las heces. Un examen negativo no necesariamente excluye la infección, ya que los huevos aparecen aproximadamente unos 35-40 días después de la infección.
- Exámenes de imágenes. Existen varias versiones. Entre ellas se pueden mencionar radiografías del abdomen en la que se aprecien los gusanos; radiografías del tórax donde puedan identificarse las larvas; ecografía abdominal y tomografía axial computarizada (TAC).
- Exámenes de sangre. Uno de los signos clínicos que se aprecian en una infección por *Ascaris lumbricoides* es el incremento de los eosinófilos, un tipo de glóbulos blancos. Sin embargo, este no es signo 100% confiable, ya que puede ser ocasionado por otras condiciones de salud.

### **Tratamiento**

El tratamiento a seguir depende de la gravedad del caso. Por ejemplo, si es una infección leve, lo más común es que el médico decida emplear un tratamiento que incluya antiparasitarios conocidos como el albendazol y el mebendazol, entre otros.

Así mismo, cuando la parasitosis es tan intensa que puede llevar a una obstrucción intestinal, es posible que se opte por la opción quirúrgica. A través de una operación se extraen los parásitos y se tratan los daños causados por estos.



## **Perforación intestinal por *Ascaris Lumbricoides*:**

La perforación intestinal por *Ascaris lumbricoides* en su estado adulto, es un fenómeno poco frecuente. Es bien conocido el hecho, que cualquier factor capaz de dificultar las condiciones de vida de *Ascaris lumbricoides* en el intestino, como la anestesia, fiebre alta, ciertas drogas vermífugas, presencia de parásitos de un mismo sexo, e incluso, el simple aumento del peristaltismo, pueden ser causa de la migración de los áscaris hacia otros territorios.



El abdomen agudo secundario a infestación por *Ascaris* debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial cuando la clínica es compatible y el paciente procede de una zona endémica. Se debe sospechar una perforación intestinal por *Ascaris* si en un paciente con cuadro de peritonitis se observa una infestación por este parásito.

Las manifestaciones clínicas están relacionadas con el ciclo vital del nematodo. Existe una fase de migración larvaria, que puede producir una neumonitis (síndrome de Löffler) con eosinofilia, y otra fase de gusanos adultos no eosinofílica<sup>2,3</sup>. Lo más frecuente es que esta segunda fase sea asintomática. Ocasionalmente, los pacientes pueden presentar síntomas digestivos, como dolor abdominal, náuseas, vómitos y anorexia. Rara vez pueden aparecer complicaciones relacionadas con la migración ascendente o descendente de los parásitos. Si existe una gran cantidad de éstos, puede producirse una oclusión mecánica, sobre todo en el íleon terminal.

A veces esto puede desencadenarse tras el tratamiento antihelmíntico, por parálisis simultánea de un gran número de *Ascaris* acumulados. De manera secundaria a la obstrucción, puede producirse una perforación intestinal y una peritonitis abscesificada en relación con la salida de *Ascaris* adultos. En algunas ocasiones, como en este caso, no se detecta el lugar de la perforación por la existencia de exudados fibrinosos y adherencias entre las asas. Clínicamente, se manifiesta por dolor abdominal, vómitos, anorexia y fiebre.

En la exploración física, en algunas ocasiones, no se demuestra un peritonismo claro. Mediante pruebas de imagen (TC, ecografía y radiografía de abdomen) se pueden visualizar signos indirectos de perforación y colecciones abdominales; a veces, incluso permiten la visión directa de *A. lumbricoides*. Cabe concluir que el abdomen agudo secundario a una infestación por *A. lumbricoides* es raro en nuestro país, aunque se debe considerar su diagnóstico si la clínica es compatible y el paciente procede de una zona endémica. Se debe sospechar una perforación ascarial si en un paciente con peritonitis se observa una infestación por *A. lumbricoides*.

## **Deshidratación con planes de hidratación:**

La deshidratación no siempre está relacionada con una condición subyacente. Puede ser causada por:

- Vómitos y diarrea (especialmente en bebés y niños)
- Medicamentos que aumentan la excreción de orina (diuréticos)
- Sudoración excesiva, particularmente con esfuerzo prolongado
- Disminución de la ingesta de agua
- Quemaduras
- Calor

Por lo general, el médico puede diagnosticar deshidratación sobre la base de signos y síntomas físicos. Si estás deshidratado, probablemente también tenga presión arterial baja, especialmente cuando pasa de estar acostado a estar parado, una frecuencia cardíaca más rápida de lo normal y menor flujo sanguíneo en las extremidades.

Para ayudar a confirmar el diagnóstico e identificar el grado de deshidratación, puede realizar otros exámenes, por ejemplo:

- **Análisis de sangre.** Las muestras de sangre pueden usarse para controlar muchos factores, como los niveles de electrolitos, especialmente de sodio y potasio, y el funcionamiento tus riñones.
- **Análisis de orina.** Estos análisis pueden ayudar a determinar si estás deshidratado y el grado de deshidratación que presentas. También, por medio de ellos, se pueden detectar signos de una cistitis.

### PLAN A

Hidratación en el hogar. Prevención de la deshidratación y desnutrición.  
En el domicilio

- Administrar más líquidos
- No suspender la lactancia
- Continuar con alimentos

## PLA B

Para tratar la deshidratación moderada. Este plan de hidratación debe cumplirse en un servicio de salud, bajo la supervisión del médico y con la ayuda de la madre o responsable del cuidado del paciente.

- SRO 50-100 ml/kg en 4 hrs
- Evaluar cada hora máximo de 4-8 hrs

## PLAN C

Derivar al hospital

- Colocar vía IV con solución poli electrolítica 25m l/kg hora o solución fisiológica
- Si puede beber, comenzar hidratación por vía oral a 20 ml/ kg hora
- Si no puede beber colocar SRO 20 ml/kg hora



## Código azul:

Cuando en el hospital un paciente entra en paro cardíaco o respiratorio, se aplica **un código azul**, por lo que es necesaria su atención inmediata por parte de personal de salud capacitado para el caso. A continuación te explicamos en qué consiste.

El código azul es un sistema de alarma que abarca el manejo por parte de un grupo entrenado de profesionales de la salud de pacientes en paro cardiorrespiratorio, que implica ausencia de respuesta, ausencia de respiración y ausencia de pulso.

Los integrantes de este equipo tienen funciones previamente asignadas, lo que hace posible la coordinación y la realización de los procedimientos necesarios en el menor tiempo posible. De modo que se reduce la morbi-mortalidad de los pacientes que se encuentren en **paro cardiorrespiratorio**.

Cabe aclarar que el código azul no solo se puede aplicar a pacientes con condiciones cardíacas o respiratorias previas, sino también a aquellos que por traumatismos, toxicidad por drogas, trastornos metabólicos u otras causas presentan un paro cardiorrespiratorio.

El equipo de código azul puede realizar las maniobras correspondientes al cuidado de la circulación, vía aérea y respiración y **desfibrilación**. Esta última se aplica en casos de fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso.

### FUNCIONES DEL COMITÉ DE CÓDIGO AZUL

Montaje y dotación de carro de paro. Determinar el sistema de activación. Crear las claves de activación. Asignar funciones específicas de intervención. Capacitación al personal. Preparación y coordinación de simulacros. Realizar reunión mensual para análisis de casos y proposición de planes de mejoramiento.

FUNCIONES DEL COORDINADOR Verificar el funcionamiento del carro de paro y la disponibilidad de demás elementos necesarios. Llevar el control de medicamentos e insumos. Llevar el registro de los casos presentados. Analizar el desempeño del personal. Hacer seguimiento a los pacientes con reanimaciones exitosas.





## **Paro cardiorrespiratorio:**

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.

El diagnóstico de la parada cardíaca (PC) es fundamentalmente clínico y los hechos anteriores se manifiestan clínicamente como:

- Pérdida brusca de la conciencia.
- Ausencia de pulsos centrales (carotídeo, femoral, etc...).
- Cianosis.
- Apnea y/o *gaspings* (respiración en boqueadas).
- Midriasis (dilatación pupilar).

El modo más efectivo para tratar la PCR, será la resucitación cardiopulmonar. Este método se caracteriza por ser medidas que pueden restablecer las funciones respiratorias y circulatorias, con el fin de prevenir el daño cerebral.

Sin embargo, la intervención debe ser realizada por un profesional, ya que el intervalo de tiempo que existe entre el paro circulatorio y la denominada necrosis tisular, es reducido.

Desde que se origina la parada cardiorrespiratoria hasta que comienza la aplicación del RCP. El inicio inmediato de la reanimación, pasará a ser el factor determinante cuando se trata de salvar la vida del paciente y de mantener su evolución neurológica en buen estado.

### Duración

Si los pacientes que son reanimados han pasado más de 30 minutos siendo atendidos, lo más probable es que no sobrevivan.

La causa más común del paro cardíaco repentino es un ritmo cardíaco irregular llamado fibrilación ventricular. Las señales rápidas y erráticas del corazón provocan que sus cavidades inferiores tiemblen sin sentido en lugar de bombear sangre. Algunas afecciones cardíacas pueden aumentar la probabilidad de tener este tipo de problema del ritmo cardíaco.

Sin embargo, las personas sin enfermedades cardíacas conocidas pueden tener paros cardíacos repentinos.

Algunas de las afecciones cardíacas que pueden provocar un paro cardíaco repentino son:

- **Enfermedad de las arterias coronarias.** El paro cardíaco repentino puede producirse si las arterias del corazón se tapan con colesterol y otros depósitos, lo que hace que se reduzca el flujo sanguíneo al corazón.
- **Ataque cardíaco.** Si se produce un ataque cardíaco, a menudo como consecuencia de una enfermedad grave de las arterias coronarias, este puede desencadenar la fibrilación ventricular y el paro cardíaco repentino. Además, un ataque cardíaco puede dejar zonas de tejido cicatricial en el corazón. Este tipo de tejido puede provocar cambios en los latidos del corazón.
- **Agrandamiento del corazón conocido como miocardiopatía.** Esta afección suele producirse cuando las paredes del músculo cardíaco se estiran. El músculo cardíaco se agranda o engrosa.
- **Enfermedad de las válvulas cardíacas.** La pérdida o el estrechamiento de las válvulas cardíacas pueden llevar al estiramiento o engrosamiento del músculo cardíaco. Cuando las cavidades se agrandan o debilitan debido a la tensión provocada por una válvula estrecha o con pérdidas, existe un mayor riesgo de desarrollar un problema del ritmo cardíaco.
- **Problema cardíaco presente al nacer, llamado defecto cardíaco congénito.** El paro cardíaco repentino en niños o adolescentes suele deberse a un problema cardíaco de nacimiento. Los adultos que se han sometido a una cirugía de reparación para un defecto cardíaco congénito también tienen un mayor riesgo de paro cardíaco repentino.
- **Síndrome de QT largo y otros problemas de señalización del corazón.** Algunas afecciones como el síndrome de QT largo y el síndrome de Brugada hacen que el corazón lata de forma descontrolada. Si el ritmo cardíaco no se restablece rápidamente, puede producirse la muerte súbita. Los jóvenes con el síndrome de QT largo corren un mayor riesgo de muerte súbita.



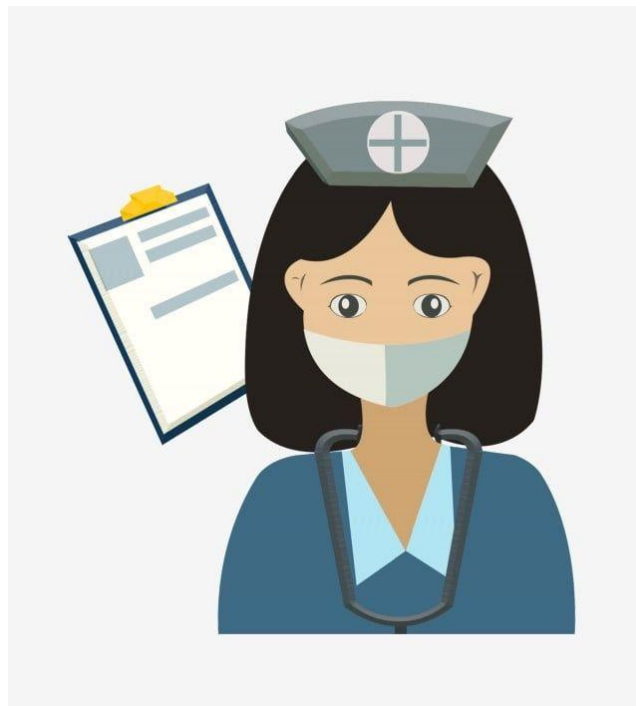
### **Correctos de enfermería:**

1. **Lavarse de las manos:** no solamente cuando se vaya a administrar un medicamento sino antes de realizar cualquier procedimiento que lo requiera.
2. **Verificar en la historia clínica los antecedentes alérgicos del paciente.**
3. **Control de signos vitales:** teniendo en cuenta que ciertos medicamentos pueden alterarlo.
4. **Medicamento correcto:** verificar que sea el mismo medicamento en la tarjeta de drogas, la orden médica, y en la hoja de control de medicamentos. Además de revisar la fecha de vencimiento, efecto del fármaco en el organismo, presentación, etc.
5. **Dosis correcta:** revisar en la historia clínica la dosis ordenada, tener precaución ya que los fármacos tienen diferentes concentraciones y eso puede confundir. Por ejemplo: ibuprofeno de 400mg y de 800mg.
6. **Vía de administración correcta:** verificar si el medicamento a administrar se aplica por vía enteral, parenteral o tópica, etc.
7. **Hora correcta:** revisar en la hoja de drogas la hora correspondiente a la administración fármaco.
8. **Paciente correcto:** verificar nombre y número de historia clínica para cerciorarse que sea el paciente correcto.
9. **Técnica de administración correcta.**
10. **Velocidad de infusión correcta:** en la orden médica debe estar indicada la velocidad de infusión en caso de ser intravenoso.
11. **Verificar fecha de vencimiento:** esta verificación se realiza en el momento de la dispensación del medicamento.
12. **Preparar y administrar el medicamento uno mismo:** lo correcto es realizar esta tarea uno mismo por más que confiemos en el compañero(a) así nos aseguramos qué es lo que estamos administrando.
13. **Registrar el medicamento uno mismo:** una vez administrado el medicamento debemos registrar en la hoja de droga y notas de enfermería, tanto el medicamento como la técnica y procedimiento.
14. **No administrar medicamento si la orden fue verbal:** quizás uno de los errores más frecuentes en la administración de medicamento. Si el medicamento no está ordenado por escrito entonces no se administra.

15. **Educar al paciente y al familiar acerca del medicamento administrado:** informarle de la importancia de cumplir la receta médica y no automedicarse.

### Indicadores de calidad en enfermería

1. Trato digno
2. Administración 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 intra vascular
15. Atención a pacientes con tratamiento de hemodiálisis
16. Atención a pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal



## **Enfermedad de Addison:**

La enfermedad de Addison, también conocida como insuficiencia suprarrenal, es una afección poco común que aparece cuando el cuerpo no produce una cantidad suficiente de determinadas hormonas. En los casos de la enfermedad de Addison, las glándulas suprarrenales producen muy poco cortisol y, a menudo, una cantidad muy baja de otra hormona denominada aldosterona.

La enfermedad de Addison puede afectar a cualquier persona y poner en riesgo la vida. El tratamiento implica tomar hormonas para reemplazar las faltantes.

### **Síntomas**

Los síntomas de la enfermedad de Addison se suelen manifestar gradualmente, a menudo, durante varios meses. La enfermedad puede avanzar tan lentamente que, al principio, las personas que la tienen no advierten los síntomas. Luego un episodio de estrés, como una enfermedad o una lesión, empeora los síntomas.

Los síntomas pueden incluir los siguientes:

- Fatiga extrema
- Pérdida de apetito y pérdida de peso
- Zonas de piel oscurecida
- Presión arterial baja, incluso desmayos
- Antojo de consumir sal
- Nivel bajo de glucosa en la sangre, llamado hipoglucemia
- Náuseas, diarrea o vómitos
- Dolor abdominal
- Dolor muscular y articular
- Irritabilidad
- Depresión
- Caída del pelo del cuerpo o problemas sexuales en algunas personas

### **Causas**

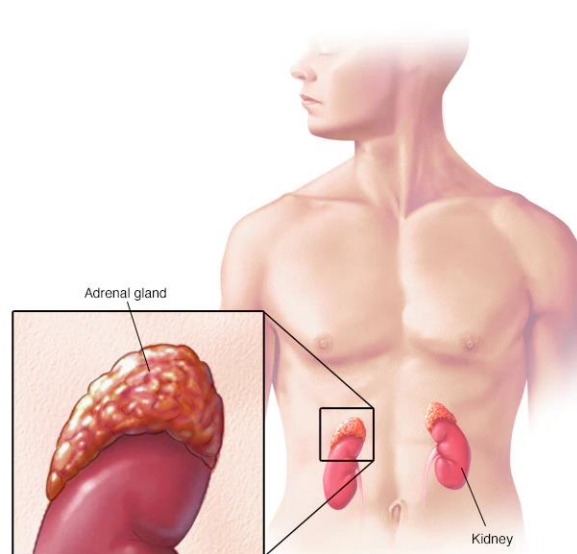
#### **Glándulas suprarrenales**

La enfermedad de Addison es causada por daños en las glándulas suprarrenales. Las glándulas suprarrenales están justo encima de los riñones. Como parte del

sistema endocrino, estas producen hormonas que afectan a casi todos los órganos y tejidos del cuerpo. Los daños a estas glándulas derivan en una producción muy baja de la hormona llamada cortisol y, con frecuencia, la hormona aldosterona.

Las glándulas suprarrenales tienen dos partes. La médula, que es la parte interior, genera hormonas similares a la adrenalina. La capa externa, que es la corteza, produce un grupo de hormonas llamadas corticoides. Los corticoides incluyen:

- **Glucocorticoides.** Estas hormonas, incluido el cortisol, afectan la capacidad del cuerpo para convertir los alimentos en energía. También cumplen una función en la respuesta inflamatoria del sistema inmunitario y ayudan al cuerpo a responder al estrés.
- **Mineralocorticoides.** Estas hormonas, incluida la aldosterona, equilibran los niveles de sodio y potasio del cuerpo para que la presión arterial se mantenga dentro de un rango saludable.
- **Andrógenos.** En todas las personas, las glándulas suprarrenales producen pequeñas cantidades de estas hormonas sexuales. Son responsables del desarrollo sexual masculino. También afectan la masa muscular, la libido, que es el impulso sexual, y una sensación de bienestar en todas las personas.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.







## Practica n° 2

### Patología de Kernicterus

El kernicterus es un tipo de daño cerebral que ocurre en los recién nacidos cuando la ictericia neonatal no es tratada adecuadamente, surgiendo como consecuencia a los elevados niveles de bilirrubina en la sangre del bebé y ocasionando complicaciones, como una parálisis cerebral y/o la pérdida de audición, por ejemplo.

La bilirrubina es una sustancia producida por la destrucción natural de los glóbulos rojos y su exceso es eliminado por el hígado en la producción de bilis. Durante el embarazo, el hígado de la madre remueve la bilirrubina del bebé, pero luego del nacimiento el hígado debe hacerlo por sí propio, sin embargo, algunos bebés nacen con este órgano sin estar lo suficientemente desarrollado, acumulándose la bilirrubina en sangre y ocasionando la ictericia neonatal.

Para evitar que esta sustancia continúe acumulándose e impedir el desarrollo de kernicterus, el pediatra recomendará hacer el tratamiento con un tipo de luces especiales, una vez que el diagnóstico de ictericia es confirmado, permitiendo eliminar el exceso de bilirrubina del organismo del bebé.

#### Cuidados de enfermería:

La mejor forma de reducir los niveles de bilirrubina en sangre y evitar que surja o continúe desarrollándose el kernicterus, es colocar al bebé en cunas con luces especiales. Esta técnica es conocida como fototerapia y permite con más facilidad la destrucción y eliminación de la bilirrubina del cuerpo.

Realización de transfusiones sanguíneas, para reemplazar la sangre del bebé y disminuir la bilirrubina acumulada.







## Practica N° 3

### Ictericia neonatal

La ictericia infantil es la decoloración amarilla de piel y ojos de un bebé recién nacido. La ictericia infantil ocurre porque la sangre del bebé contiene un exceso de bilirrubina, un pigmento amarillo en los glóbulos rojos.

La ictericia infantil es un trastorno común, en particular, en bebés nacidos antes de las 38 semanas de gestación (bebés prematuros) y en algunos bebés lactantes. En general, la ictericia infantil sucede porque el hígado de un bebé no está lo suficientemente maduro como para eliminar la bilirrubina del torrente sanguíneo. En algunos bebés, la causa de la ictericia infantil puede ser una enfermedad no diagnosticada.

La mayoría de los bebés nacidos entre las 35 semanas de gestación y a término no necesitan tratamiento para la ictericia. En raras ocasiones, un nivel inusualmente alto de bilirrubina puede poner a un recién nacido en riesgo de daño cerebral, en particular si se presentan ciertos factores de riesgo para la ictericia grave.

#### Cuidados de enfermería:

La mejor forma de prevenir la ictericia infantil es una alimentación adecuada. Los bebés deben alimentarse entre 8 y 12 veces por día durante los primeros días de vida. Por lo general, los bebés alimentados con leche maternizada deben beber de 1 a 2 onzas (alrededor de 30 ml a 60 ml) de leche maternizada cada dos o tres horas durante la primera semana.

Técnicas como el masaje abdominal o una correcta utilización de los aparatos lumínicos con los que se administra la fototerapia son de gran importancia a la hora de una pronta recuperación y alta hospitalaria. Por otro lado, el mantenimiento de la lactancia materna tendrá suma trascendencia en el bienestar y desarrollo del recién nacido.



## **Hiperbilirrubinemia neonatal:**

Es una enfermedad que aparece en los primeros días de vida del bebé, siendo causada por la acumulación de bilirrubina en sangre, originando una coloración amarillenta en la piel.

Cualquier niño puede desarrollar hiperbilirrubinemia, cuyas causas principales, son cambios fisiológicos en la función hepática, enfermedades de la sangre como anemia hemolítica, enfermedades del hígado, originadas por infecciones o enfermedades genéticas, o incluso hasta por reacciones en la lactancia. Conozca también las: causas de bilirrubina alta e ictericia en el adulto.

Los cuidados para la disminución de la cantidad de bilirrubina en sangre deben iniciarse rápidamente, siendo el tratamiento con fototerapia el más utilizado. En algunas situaciones, el uso de medicamentos o transfusiones de sangre, pueden ser necesarios y son orientados por el pediatra.

### **Cuidados de enfermería:**

La fototerapia consiste en dejar al bebé expuesto a una luz fluorescente, por lo general azul, durante algunas horas, todos los días hasta la mejoría. Para que el tratamiento surta efecto, la piel del bebé debe estar totalmente expuesta a la luz fluorescente, pero los ojos no deben ser expuestos, por esto ello, quedan cubiertos con una tela o lentes especiales.

La luz penetra en la piel, estimulando la destrucción y eliminación de la bilirrubina a través de la bilis, haciendo que la ictericia y el color amarillento desaparezcan poco a poco.



## **Cuidados de enfermería al neonato de bajo peso:**

Las primeras horas de vida del recién nacido con bajo peso requieren de una supervisión especial de su temperatura, signos vitales y condición clínica general. Este debe realizarse junto a la madre si el niño no tiene problemas, cuidando que se mantenga un buen control de la temperatura. Esto permite mantener y fortalecer el vínculo madre-hijo en un período especialmente sensible e importante y el inicio precoz de la lactancia. Si las condiciones no lo permiten, el recién nacido debe quedar en una sala especial con una temperatura de alrededor de 27-28°C y ser enviado con su madre en cuanto estabilice su temperatura y se consigne parámetros vitales normales.

- El paciente permanecerá el máximo tiempo posible en incubadora.
- Toma lactancia materna exclusiva.
- Todos los días se controlarán sus constantes (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria, saturación de oxígeno y peso).
- Disminución de factores de riesgo modificables, como acostar al paciente en decúbito supino, y vigilancia de constantes vitales.
- Se informará a los padres de todos los procedimientos.
- Se fomentará la presencia de los padres en la unidad de neonatos en todo momento.
- Se fomentará la lactancia materna a demanda.
- Se fomentará el contacto entre madre e hijo a través de aberturas presentes en la incubadora.
- Control de la temperatura de la estancia.
- Toma de temperatura por turno.
- Control de la temperatura de la incubadora dentro de los parámetros establecidos.





## **Practica N° 4**

### **Prevención de caídas:**

Es imperativa la necesidad de identificar al paciente o acompañante con alto riesgo de caídas:

En el ámbito hospitalario es obligada la valoración inicial de factores de riesgo relacionados con las caídas y se aplicará la escala de J.H. Downton (Figura 1).

Identificación de pacientes de alto riesgo (> 3 en escala de Downton). o cuando haya otros factores aislados que, tras la valoración, se consideren potencialmente desencadenantes de una caída, a criterio del profesional (incontinencia, edad del paciente, capacidad del acompañante, transferencia, etc.).

Aplicación de las medidas preventivas para modificar o tratar los factores de riesgo asociados.

Reevaluación cada vez que se modifique el estado de salud o el entorno del paciente, independientemente del medio sanitario donde se encuentre, y periódicamente en atención primaria y residencias, según contempla el “Examen de salud de mayores de 65 años” de la Consejería de Salud.

En los pacientes identificados con bajo riesgo de caídas, las intervenciones realizadas por los profesionales serán medidas preventivas de carácter general, dirigidas al manejo del entorno, enseñanza del proceso/enfermedad y el manejo del régimen terapéutico.

Por el contrario, ante un paciente diagnosticado de alto riesgo de caídas, se intervendrá en el mayor número posible de los factores de riesgo asociados detectados. Se hace necesaria la coordinación de un equipo multidisciplinar, para que el paciente mejore su autonomía e independencia y su calidad de vida, aplicando intervenciones específicas relacionadas con sus factores de riesgo.

#### **LA ENFERMERA RESPONSABLE**

1. Valorará las consecuencias de la caída y avisará al médico de guardia, si lo considera oportuno.
2. Registrará en la hoja de Enfermería la: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente -antes y después de la caída-, médico que lo atendió -si fue preciso- y consecuencias inmediatas.
3. Cubrirá el Informe de caídas y lo entregará a la supervisora de la unidad.
4. Controlará el estado del paciente en horas sucesivas.



5. Todos los pacientes de riesgo, tendrán en su historia el registro cumplimentando “Escala de riesgos de caídas (J. H. Downton) “.

6. En el registro de valoración inicial del paciente, se registrarán los siguientes datos del paciente:

- Alteraciones de la movilidad/ precisión de ayuda.
- Edad
- Estado sensorial, conciencia
- Tratamiento farmacológico: sedantes
- Diagnóstico médico
- Estado emocional del paciente
- Si es portador de dispositivos externos
- Si ha tenido caídas previas



## **Cuidados de enfermería en venoclisis instalada:**

Es importante en la instalación de la venoclisis es colocar un adhesivo en la solución que registre:

- Datos del paciente como el nombre, identificación y/o cama de hospitalización.
- Los fármacos que se están pasando.
- Cuando fue colocada la solución.
- Y a qué goteo está pasando.

De esta forma, cotejando con la historia clínica es posible verificar que la solución que está conectada en el sistema tenga menos de 24 horas. Así mismo se puede verificar cuáles medicamentos prescritos se están administrando.

El hecho de que la solución tenga menos de 24 horas de haberse colocado ayuda a prevenir infecciones.

1.- El personal de salud debe monitorizar la administración de la terapia de infusión intravenosa y evaluar el sitio de inserción como mínimo una vez por turno.

2.- La limpieza del sitio de inserción en los catéteres periféricos se realizará sólo en caso de que el apósito esté húmedo, sucio o despegado, al grado que comprometa la permanencia del catéter.

3.- El catéter periférico corto debe ser removido sistemáticamente cada 72 horas y de inmediato, cuando se sospeche contaminación o complicación, así como al discontinuarse la terapia.

4.- Cuando en la institución se presente una tasa de flebitis infecciosa superior a 2.5 por 1000 días catéter, el cambio deberá hacerse cada 48 horas.

5.- No se recomienda el cambio sistemático del catéter periférico en niños, ancianos y pacientes con limitación de accesos venosos. En estos casos, deben dejarse colocados hasta finalizar el tratamiento a menos que se presente una complicación.



## **Cuidados de enfermería en la sonda vesical instalada:**

Es fundamental extremar la higiene para prevenir posibles infecciones. Para ello debemos:

- Realizar higiene de manos antes y después de manipular la sonda o la bolsa de drenaje.
- Utilizar guantes no estériles para cualquier contacto con la sonda o la bolsa de drenaje (precauciones estándar).
- Realizar higiene diaria con agua y jabón. Utilizar antisépticos para limpiar la zona periuretral.
- En los hombres, tras la higiene, debe volverse el prepucio a su posición normal para evitar la aparición de parafimosis.
- Durante el aseo vigilar posibles lesiones por presión producidas por la sonda e intentar movilizar la sonda en sentido rotatorio para evitar adherencias y decúbitos.

Mantenimiento y cambio de bolsa:

- Mantener el flujo de orina libre siempre, evitando las obstrucción ni acodaduras.
- Evitar tracciones de la sonda.
- Utilizar un sistema de drenaje cerrado.
- Colocar siempre la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga, para evitar infecciones por reflujo y asegurar una correcta evacuación.
- Evitar el contacto de la bolsa con el suelo.
- Reemplazar la bolsa colectora si: cambiamos la sonda, si se rompe o presenta fugas, si se acumulan sedimentos o adquiere mal olor. Se recomienda cambiarla cada 7 días aproximadamente, o bien, ante cualquiera de las situaciones anteriormente citadas.
- Vaciar la bolsa colectora regularmente. Utilizar un contenedor individual para cada paciente y evitar el contacto entre la llave de salida y el contenedor.
- No realizar lavados vesicales de forma rutinaria si el paciente no presenta hematuria con coágulos. En los casos en que se prevea una posible obstrucción y la necesidad de realizar lavados frecuentes (intervenciones de próstata o de vejiga) se colocará una sonda de tres vías.

## RETIRADA DE LA SONDA VESICAL

- Extraer todo el contenido del globo para evitar traumatismos en la uretra. En las ocasiones que no sea posible vaciar el globo, nunca se debe inflar más el globo por riesgo de fragmentación. Se procederá a cortar la luz de la válvula del globo permitiendo así la salida del contenido. En el caso de que no se extraiga el contenido del globo de la sonda, se avisará al médico para la valoración de la situación.
- En las sondas de silicona, dejar que el balón se desinfle sin aspirar, de forma que el agua salga a la jeringa de forma espontánea, favorece que el globo recupere su forma habitual y la retirada de la sonda sea menos traumática.



## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTOPERATORIOS, TRANSOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS:**

### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE EN FASE PREOPERATORIA**

Conjunto de acciones realizadas al paciente previo al acto quirúrgico, destinadas a identificar condiciones físicas o psíquicas que puedan alterar los resultados de la intervención y prevenir complicaciones postoperatorias.

#### **PREOPERATORIO**

Este es el periodo que comprende el tiempo que transcurre desde que se decide practicar el procedimiento quirúrgico, hasta el momento del traslado del paciente al quirófano e inicio de la intervención.

#### **ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN PREOPERATORIO MEDIATO (12 HORAS ANTES)**

- Explíquese toda la preparación que se le hará según el tipo de cirugía.
- Compruebe que este firmado el consentimiento informado, de lo contrario avise al cirujano.
- Controle signos vitales, peso, talla, IMC y observe el estado de la piel.
- Tome muestra de exámenes indicados. Revise y valore exámenes diagnósticos anteriores (que trae el paciente) y según resultados avise a cirujano o anestesiista.
- Administre un enema evacuante si está indicado.
- Pida al paciente que se tome un baño de ducha con jabón, si su condición lo permite, incluyendo el lavado de cabello y haciendo énfasis en el aseo de las zonas de los pliegues y ombligo.
- Considere baño encama si la condición del paciente lo amerita.
- Administre medicamentos, según dosis y horarios indicados. Consulte si debe suspender o modificar dosis de algún medicamento que use el paciente.
- Realice las intervenciones adecuadas para asegurar que el paciente duerma bien, previo a la cirugía.

- Informar al paciente y familia la importancia de mantenerse en ayunas previo a la cirugía, es decir, no consumir nada por boca durante las 10 horas previas a la intervención. Indicándoles la hora límite de ingesta oral de alimentos.
- Eduque al paciente y familia sobre los ejercicios respiratorios, tos efectiva, ejercicios de extremidades y movilización en cama, que serán necesarios realizar durante el período postoperatorio de acuerdo a su intervención.

### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PREOPERATORIO INMEDIATO (2 A 4 HORAS ANTES)**

- Control de signos vitales
- Compruebe que el paciente esté en ayunas de más de 8 horas.
- Si en la zona operatoria hay abundante pelo o vello éste se recorta a ras de la piel con tijera o clíper (según indicaciones o protocolo de la institución (jamás rasurar).
- Revise las uñas del paciente, corte, remueva esmalte y límpielas.
- Administre medicamentos según indicación como: sedantes, analgésicos u otros. Observe las posibles reacciones del paciente a la administración de fármacos.
- Proteja al paciente después de administrar sedantes, previniendo lesiones y/o caídas, subir las barandas de la cama y proteger con almohadas, si es necesario.
- Si se indica profilaxis antibiótica ésta se debe administrar 60 minutos antes del inicio de la intervención quirúrgica (o en pabellón según norma del servicio).
- Identifique al paciente colocando un brazalete con nombre completo, número de cama, pieza y servicio.
- Retire: prótesis dental, audífonos, lentes, joyas, adornos del pelo, etc.
- Pida al paciente que orine (si su condición lo permite)
- Compruebe que la ficha clínica esté en orden con todos los informes de los exámenes de laboratorio solicitados y radiografías.
- Realice o verifique el check list.

## PERIODO TRANSOPERATORIO

### CONCEPTO

Es el lapso de tiempo que pasa desde que el paciente es admitido en la sala de operaciones y se les trasladado a la sala de recuperación, constituye el acto quirúrgico en el que el equipo quirúrgico interviene de manera directa (cirujano, ayudante de cirujano, anestesiólogo, enfermera instrumentista y la enfermera circulante), teniendo actividades específicas a realizar pero con una visión unánime la cual es: proporcionar seguridad y eficacia en el proceso a realizar al paciente.

### CUIDADOS TRANSOPERATORIOS.

En esta fase el personal de enfermería tiene como objetivo brindar la seguridad al paciente y que los cuidados brindados mantengan al mismo sean eficaces.

Ingreso del paciente al quirófano: la presentación del equipo quirúrgico al paciente es de carácter obligatorio, esto tiene como objetivo brindar al paciente un estado de tranquilidad y seguridad constante.

- Identificación del paciente

a) Preguntar al paciente de forma directa su nombre.

b) Vigilar que los datos del brazalete concuerden y sean correctos.

c) Revisar el expediente clínico y prestar atención a los resultados obtenidos en los exámenes.

d) Revisar el registro preoperatorio.

e) Confirmar el procedimiento que se efectuará.

- Anestesia general.-

Es la inducción de un anestésico en el organismo lo que provoca que el paciente entre en estado de inconsciencia y que se recupera después de la suspensión del efecto del fármaco.

- Colocación

Del paciente en la mesa quirúrgica.-La posición que adoptará el paciente será acorde al procedimiento que se efectuará en el área señalada y que esta misma no intervenga en las funciones vitales del individuo o sufra lesiones mediante la cirugía.

## **POST-OPERATORIO**

Periodos de cuidados que comienzan cuando el paciente termine la cirugía , el despertar de la anestesia suele ir acompañado de sensaciones dolorosa, según el tipo de intervención por lo cual los cuidados pos operatorios necesitan cuidados especiales

### **CUIDADOS EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO**

Periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la unidad hospitalaria o casa, tiene lugar en el lugar de recuperación

- Registrar las constantes vitales cada media o una hora durante las primeras horas
- Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias y la necesidad de aspiración
- Observar el estado de la piel , en cuanto a temperatura
- Valorar el aposito quirúrgico , y los drenajes , si los hay
- Valorar perdidas hepáticas
- Realizar una valoración neurológica , para comprobar las respuestas sensoriales y motoras y el nivel de conciencia
- Controlar la pérdida de líquidos por cualquiera de las vías de salida , apósito , drenaje , sondas etc.
- Controlar diuresis horaria
- Valorar y palpar la presencia de dolor, náuseas y vómitos.
- Colocar al paciente en una posición cómoda , que facilite la ventilación
- Mantener informado a la familia

### **POST- OPERATORIO MEDIATO**

Este inicia cuando el paciente se ha recuperado del todo de su anestesia, y en general se prolonga durante el tiempo que el paciente permanezca internado

#### **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POS OPERATORIO MEDIATO**

- Valorar el estado general del paciente
- Nivel de conciencia
- Respiración , comprobar permeabilidad de las vías áreas



- Coloración de la piel y mucosas
- Acomodar al paciente en la posición mas adecuada , según el tipo de intervención quirúrgica
- Proporcionar intimidad al paciente
- Medir y registrar los signos vitales
- Valorar según circunstancia, el aposito de la herida quirúrgica , que debe estar limpio y bien adherido
- Drenaje ; tipo , permeabilidad , fijación , cantidad y aspecto del liquido drenado
- Dispositivos intravenosos , permeabilidad , tipo , calibre , localización y fijación
- Aplicar oxigenoterapia , dispositivo , porcentaje y litros
- Sondas tipo ( vesicales , NOG), permeabilidad , correcta localización y fijación.
- Vendajes tipo (compresivo , oclusido) , color
- Evaluar el estado de malestar (dolor , ansiedad, nauseas y vomitos)
- Tranquilizar al paciente
- Evitar ruidos
- Administrar el tratamiento prescrito
- Anotar datos y cuidados relacionado con las necesidades alteradas
- Administración de medicación
- Cuidados de la piel
- Medidas de confort al paciente





Desprenda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos

F1-PIVUPS/02

**SALUD**

**INDICADOR: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD  
INDICADOR DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS  
EN PACIENTES CON SONDA VESICAL INSTALADA**

---

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TIPO DE UNIDAD:  Hospital

FECHA DE ELABORACIÓN: 17 / 03 / 23

NOMBRE DE LA UNIDAD: Vigencias

SERVICIO O ÁREA QUE SE EVALÚA: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADES MÉDICAS  ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

Fuente: pacientes en hospitalización con sonda vesical instalada.

No	Turno M V N JE	Género a) Mujer b) Hombre	Clave de enfermería	Número de expediente	1. ¿La bolsa de succión se mantiene por debajo del nivel de la vejiga?		2. ¿La sonda vesical está laja o accidentalmente se desaloja?		3. ¿La sonda se encuentra con membrado de identificación?		4. ¿El sistema de drenaje se instala permanente- mente conectado?		5. ¿Registra datos de funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje?		6. ¿Registra días de instalación de la sonda y corrobora prescripción médica?		7. ¿Reporta presencia de signos y síntomas que evidencian infección de vías urinarias?		8. ¿Registra y registra medidas higiénicas al paciente?		9. ¿Registra medidas de orientación proporcionadas al paciente y familia?		
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	M	el		170323	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

## 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 anestesista, 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 proceda

¿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 dos vías IV o centrales

**Antes de la incisión cutánea**

(Con el enfermero, el anestesista 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 proceda

**Prevención de eventos críticos**

**Cirujano:**

¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?

¿Cuánto durará la operación?

¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

**Anestesista:**

¿Presenta 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

No proceda

**Antes de que el paciente salga del quirófano**

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

**El enfermero confirma verbalmente:**

El nombre del procedimiento

El recuento de instrumentos, gases 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, anestesista 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.

Revisado 1 / 2009