

Investigación:

Fx metatarsiano:

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

Signos y síntomas:

- Dolor punzante inmediato
- Dolor que aumenta con la actividad y disminuye con el descanso
- Hinchazón
- Hematomas
- Sensibilidad
- Deformidad
- Dificultad para caminar o soportar peso

Cuidados de enfermería:

NANDA: Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos m/p
disminución de las habilidades motoras finas.

NOC: Movilidad.

Indicadores:

- Mantenimiento de la posición corporal del 4 a 5 desde el momento del ingreso.
- Ambulación de 4 a 5 desde el momento del ingreso.
- Úlceras por presión. Mantener en 5.

NIC: Ayuda en el autocuidado.

Actividades:

- Comprobar la capacidad de la paciente para ejercer un autocuidado independiente en el momento del ingreso.
- Animar a la paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad desde el momento del ingreso.
- Proporcionar ayuda para vestirse y asearse hasta que la paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado a pesar de no poder mover el brazo izquierdo desde el momento del ingreso.

Cardioversión.

Es: La cardioversión es un procedimiento médico mediante el cual una frecuencia cardíaca anormalmente rápida u otra arritmia cardíaca se convierte a un ritmo normal usando electricidad o medicamentos.

¿Por qué se hace?

El objetivo es restaurar el ritmo normal del corazón. A parte de la cardioversión también se hace con fármacos antiarrítmicos que lleva más tiempo, con una ablación en caso de varias recurrencias (con la introducción de catéteres intracardiacos) o bien en corregir las situaciones que pueden provocan esta arritmia

Riesgos:

En este caso, este procedimiento puede ser peligroso. **La descarga eléctrica, puede desplazar estos coágulos por el riego sanguíneo generando un alto riesgo de complicaciones, como un ictus o una embolia pulmonar.** Para evitar que esto suceda, es posible que el paciente deba someterse a un ecocardiograma transesofágico.

Neumonía nosocomial por ventilador

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

Como se diagnostica:

El diagnóstico de la NAV es fundamentalmente clínico, y se basa en la presencia de secreciones purulentas y en la aparición de infiltrados en la radiología de tórax.

Factores de riesgo:

- Tratamiento antibiótico previo
- Enfermedades coexistentes, como disfunción cardíaca, pulmonar, hepática o renal
- Mayores de 70 años
- Cirugía abdominal o torácica reciente
- Posiblemente el uso de inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, esomeprazol, lansoprazol o pantoprazol) para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Debilitación

Choque refractario.

Es:

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.

Aporto en evolución.

Es:

borto 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.

La muerte fetal:

La muerte fetal, a su vez, se clasifica como temprana, tardía o a término. La muerte fetal temprana ocurre entre las 20 y 27 semanas completas de embarazo. La muerte fetal tardía ocurre entre las 28 y 36 semanas completas de embarazo. La muerte fetal a término ocurre a partir de las 37 semanas completas de embarazo.

Revisión de cavidad.

Es:

Revisión de la cavidad uterina posparto: Se define como la exploración manual o instrumentada de la cavidad que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono

Histerectomía.

Es:

Una histerectomía es la resección quirúrgica del útero. Y puede incluir la extirpación completa del cuerpo, el fondo y el cuello uterino, aunque se puede dejar el cuello en algunos casos.

Riesgos:

Lesión de la vejiga o los uréteres. Dolor durante las relaciones sexuales. Menopausia temprana si se extirpan los ovarios

Código azul.

Es:

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

Cuando se activa:

Cuando un paciente, familiar o acompañante: No responde a un estímulo, no respira o lo hace con dificultad, No tiene pulso.

¿Quién lo activa?

código azul". La activación se hará por la persona que presencie el caso de un paciente en paro cardio respiratorio. La activación del código azul permite la rápida reunión de los miembros del equipo de reanimación, mediante el uso de la señal previamente descrita.

Paro cardiorrespiratorio.

Es:

Pérdida inesperada y repentina de la función cardíaca, la respiración y el conocimiento. El paro cardíaco suele estar ocasionado por una alteración eléctrica en el corazón. No es lo mismo que un infarto. Los síntomas principales son el desmayo y la ausencia de respuesta. Esta emergencia médica necesita RCP inmediata o el uso de un desfibrilador. El cuidado hospitalario consiste en el uso de fármacos, un dispositivo implantable y otros procedimientos.

Cuidados de enfermería:

- Soporte respiratorio.
- Manejo de la isquemia miocárdica.
- Manejo hemodinámico.
- Optimización de la recuperación neurológica.
- Valoración del pronóstico neurológico.
- Donación de órganos.
- Rehabilitación.

Los 16c 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.
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.

Ictericia neonatal.

Es:

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

Cuidados de enfermería:

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

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

NOC: Adaptación del recién nacido (0118).

Indicadores:

- Concentración de bilirrubina.
- Coloración cutánea.

NIC: Fototerapia del neonato. 6924.

Actividades:

- Observar signos de ictericia.
- Explicar a los padres los procedimientos y cuidados de la fototerapia.
- Aplicar gafas para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión.
- Vigilar signos vitales.
- Colocar las luces encima del bebé a la altura adecuada.
- Cambiar la posición del bebé cada tres horas o según protocolo.

Neonato de bajo peso.

Cuidados de enfermería:

- Atención en una unidad de **cuidados intensivos neonatales (UCIN)**.
- Cama con temperatura controlada.

- Alimentación especial. En ocasiones esto se hace a través de un tubo hasta el estómago si el bebé no puede succionar.

Precauciones estándar para evitar caídas.

Son:

- Familiarizar al paciente con el entorno.
- Haga que el paciente demuestre el uso de luz de llamada.
- Mantener la luz de llamada al alcance. Consulte la Figura 5.5 ^[9] para una imagen de una luz de llamada.
- Mantenga las posesiones personales del paciente al alcance seguro.
- Tienen barandillas robustas en los baños, habitaciones y pasillos de pacientes.
- Colocar la cama del hospital en posición baja cuando un paciente esté descansando. Levante la cama a una altura cómoda cuando el paciente se esté trasladando fuera de la cama.
- Mantenga los frenos de la cama del hospital bloqueados.
- Mantenga las ruedas de las sillas de ruedas en una posición “bloqueada” cuando esté estacionaria.
- Mantenga el calzado antideslizante, cómodo y bien ajustado en el paciente.
- Use luces nocturnas o iluminación suplementaria.
- Mantenga las superficies del piso limpias y secas. Limpie todos los derrames con prontitud.
- Mantenga las áreas de atención al paciente sin desorden.
- Siga prácticas seguras de manejo de pacientes.

Cuidados en venoclisis instalada.

No dar palmadas o golpecitos en la vena, ya que podrían provocar dolor o hematoma en pacientes con fragilidad capilar o con padecimientos hematológicos. Utilizar guantes estériles para evitar accidentes de contaminación. Fijar el catéter de acuerdo al método establecido en el protocolo del servicio o de la institución.

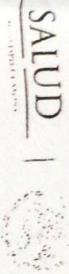
Evitar la manipulación del catéter, hacer un recambio del sistema de goteo cada 72 horas, colocar la venoclisis de preferencia en miembros superiores, cambiar el catéter como mínimo de forma semanal en caso de hospitalizaciones largas.

Cuidados en sonda vesical instalada.

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

Desprenda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos

F-1-RONE/02



INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD INDICADOR DE REGISTROS CLINICOS Y NOTAS DE ENFERMERIA

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE UNIDAD: Hospital

FECHA DE ELABORACION: ___/___/___

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

SERVICIO O AREA QUE SE EVALUA: _____

ESPECIALIDADES MÉDICAS

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

Fuente: Registros clínicos, notas de enfermería.

Turno	Número de expediente	Clave de enfermería	1. ¿Documenta en los registros clínicos los datos de la persona?		2. ¿Documenta en la hoja de registro clínico los datos de la persona?		3. ¿Describe en la nota de enfermería el estado físico, psicológico y el plan de intervenciones?		4. ¿Registra el plan de intervenciones?		5. ¿Describe en la nota de continuidad de enfermería los datos de la evolución y el tratamiento de intervenciones de enfermería?		6. ¿Documenta los registros clínicos y notas de enfermería considerando día y por turno?		7. ¿Documenta en la nota de enfermería las acciones realizadas a los riesgos?		8. ¿Documenta en la nota de ingreso de la persona el plan de alta?	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
M			X		X		X		X		X		X		X		X	
V																		
N																		
JE																		

F. 14

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía



Seguridad del Paciente
Una estrategia mundial para una atención segura

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesiista, como mínimo)

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

SI

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

SI
 No procede

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

SI

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

SI

¿Tiene el paciente...

... **Alergias conocidas?**

No
 SI

... **Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?**

No
 SI, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

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

No
 SI, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y los vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesiista 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?

SI
 No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

¿Cuáles serían los pasos críticos o no sistematizados?

¿Cuanto durará la operación?

¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesiista:

¿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?

SI
 No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesiista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

El recuento de instrumentos, gasas y agujas

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

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

Cirujano, anestesiista y enfermero:

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

