



Enfermería

NOMBRE DEL ALUMNO: Ingrid Del Rosario García Calderón

NOMBRE DEL DOCENTE: María Cecilia Zamorano Rodríguez

MATERIA: Calidad En Los Servicios De Enfermería

CARRERA: Licenciatura en Enfermería

CUATRIMESTRE: 8°

“REPORTE DE PRACTICAS”

METATARSIANO

Concepto: El término metatarsiano se deriva de la palabra metatarso, la cual nace de la unión de dos palabras de origen griego, estos dos vocablos son meta y tarso, las cuales se refieren a la porción trasera e inferior del pie (planta). Metatarsiano quiere decir que los 5 huesos del pie (1er, 2do, 3er, 4to y 5to) corresponden al metatarso

Signos y Síntomas: Los síntomas pueden variar desde un dolor leve a más grave, y por lo general se hacen más evidentes cuando el individuo se encuentra de pie. Entre algunos de sus síntomas se encuentran; Sensación quemante en la parte anterior del pie cercano a los dedos, y que aumenta al caminar, al estar de pie con los pies descalzos o caminando sobre una superficie dura. En la mayoría de los casos, el dolor se acompaña de durezas en la zona plantar. Sensación de hormigueo en los dedos de los pies.

Cuidados De Enfermería: Para el tratamiento de la metatarsalgia, el fisioterapeuta primeramente realizará una exploración física minuciosa para determinar cuáles serán las técnicas a emplear más convenientes para cada paciente, sin embargo, el tratamiento básicamente estará enfocado de la siguiente manera:

- Limitar el entrenamiento hasta que los síntomas desaparezcan.
- Estiramientos de la musculatura implicada.
- Masajes de la zona anterior del pie, la fascia plantar e incluso los dedos.
- Ejercicios específicos: El fisioterapeuta podrá indicar ciertos ejercicios que resulten beneficiosos para la disminución del dolor producto de una metatarsalgia
- Electroterapia.
- Agentes físicos.

METATARSALGIA



FRACTURAS DE LOS METATARSIANOS

Concepto: Las fracturas por fatiga son fracturas incompletas de los huesos debidas a tensiones repetidas más que a una lesión concreta. Caminar o correr durante mucho tiempo puede provocar una fractura por sobreesfuerzo del metatarso. Estas fracturas causan dolorimiento en el centro del pie y dolor cuando se coloca el peso completo sobre el pie.

Signos y Síntomas: Las fracturas por sobrecarga de los huesos metatarsianos son sensibles al tacto. En estos casos, el dolor aumenta si el pie tiene que soportar todo el peso del cuerpo.

Diagnostico:

- Radiografías
- Algunas veces, tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética nuclear (RMN)

Cuidados de Enfermería:

Diagnóstico de enfermería

Dolor agudo. R/C: Espasmos musculares Movimiento de fragmentos óseos, edema lesión del tejido blando. R/C: Dolor

Resultados deseados

- El paciente verbalizará el alivio del dolor.
- El paciente mostrará una actitud relajada.

Intervenciones de enfermería:

1. Mantenga la inmovilización de la parte afectada utilizando reposo en cama, yeso, férula, tracción. La inmovilización alivia el dolor y previene el desplazamiento óseo y la extensión de la lesión tisular.
2. Eleve y sostenga la extremidad lesionada.
3. Proporcione medidas alternativas de comodidad (masaje, masaje en la espalda, cambios de posición).



TOXICIDAD ANESTESIA

Concepto: La toxicidad se puede presentar por; inyección intravascular, absorción del anestésico en un tejido, acumulación de metabolitos activos o una combinación de todos (3). El paciente que reciba anestésicos locales en dosis potencialmente tóxicas debe tener monitorización continua de signos vitales y acceso venoso permeable.

Signos y Síntomas: Sentir mucho frío al despertar y experimentar escalofríos y temblores, pero esto es algo temporal que se alivia con una buena manta térmica, y que no reviste ningún peligro.

- Dolor de garganta
- Náuseas y vómitos
- Confusión
- Desorientación.

Cuidados de Enfermería:

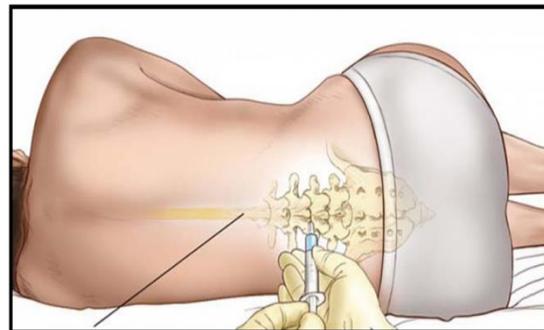
DIAGNÓSTICO NANDA: 00085 Deterioro De La Movilidad Física R/C Administración De Medicación Anestésica Para Bloqueo Motor Y Sensitivo De Miembros Inferiores

Objetivo NOC:0208 Nivel de movilidad 0208

Intervención NIC: 022105 Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular.

Actividades:

- Valorar y registrar la recuperación de la sensibilidad y el movimiento de MMII.
- Movilizar al paciente manteniendo la alineación corporal.
- Evitar presiones innecesarias que puedan dañar la integridad cutánea.
- Acompañar al paciente cuando empiece la deambulación.



CONCEPTO CARDIVERSION

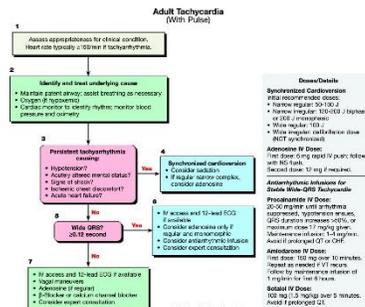
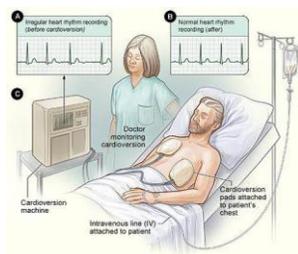
Concepto: La cardioversión es un procedimiento médico en el que se utilizan choques rápidos y de baja energía para restablecer un ritmo cardíaco normal. Es un tratamiento para determinados tipos de latidos cardíacos irregulares (arritmias), como la fibrilación auricular. Algunas veces, la cardioversión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

Tipos 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.

Cuidados de Enfermería:

- Lavado de manos del personal sanitario
 - Comprobar permeabilidad de la vía venosa
 - Colocar mascarilla de oxígeno al 50% antes de sedar al paciente
 - Comprobar tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno
1. Iniciar sedación según prescripción médica, con un fármaco de acción rápida como propofol o midazolam debido a que el choque eléctrico resulta doloroso. Tras esto, lavad vía venosa
 2. Seleccionar la derivación del monitor que ofrezca una onda R de suficiente amplitud para activar la modalidad de sincronización (se recomienda pasar a derivación II, Preparación del desfibrilador: hay que asegurarse que esté en modo sincronizado, seleccionar la energía de choque (normalmente entre 100 y 120 J para flutter y taquicardia auricular, y 120-150 J para fibrilación auricular)
 3. Aplicar la pasta conductora en palas o colocar electrodos.
 4. El facultativo avisará al personal que evite el contacto con la cama y cargará la energía seleccionada.



NEUMONIA NOSOCOMIAL

Concepto: es una infección pulmonar que se desarrolla en personas hospitalizadas, por lo general, después de 2 o más días a partir del ingreso.

Signos y Síntomas:

- Sensación general de debilidad (malestar)
- Tos que produce esputo (moco espeso o coloreado)
- Dificultad respiratoria
- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor torácico

Cuidados de Enfermería:

DIAGNÓSTICO: Deterioro del intercambio gaseoso (00030). Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.

Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con proceso infeccioso pulmonar, manifestado por valores de pulsioximetría y gasometría fuera de los límites fisiológicos.

Resultado NOC: Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402). Intercambio alveolar de CO₂ y O₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales. Indicadores de resultado:

Intervenciones NIC

- Ventilación mecánica (3300): Utilización de un dispositivo artificial para ayudar al paciente a respirar (respirador). Actividades:
- Asegurarse de que las alarmas estén activadas.
- Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador.
- Observar si se produce fatiga muscular respiratoria
- Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador.
- Vigilar las lecturas de presión del ventilador y los sonidos respiratorios
- Monitorizar los efectos de los cambios de ventilador en oxigenación: niveles de gases en sangre arterial, SaO₂, CO₂, etc.



CHOQUE REFRACTARIO

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

Signos y Síntomas:

- Taquicardia y Polipnea
- Frialdad cutánea
- Piel moteada
- Pulsos disminuidos (shock frío) o saltones (shock caliente)
- Oliguria
- Hipotensión
- Vómitos o diarrea
- Sequedad de mucosas
- Ascitis



Cuidados de Enfermería:

El shock séptico es un estado de hipoperfusión tisular en el contexto de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, caracterizado clínicamente por vasodilatación excesiva y el requerimiento de agentes presores para mantener la presión de perfusión de los órganos



ABORTO EN EVOLUCIÓN.

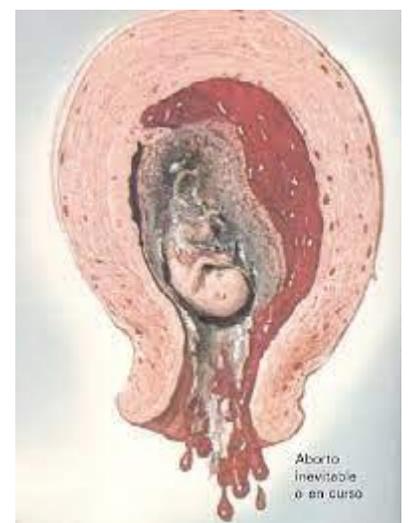
Concepto: Es una etapa más avanzada en la cual los síntomas son más intensos y hay modificaciones anatómicas del cuello del útero que pueden llevar a la salida del contenido uterino, embrión o feto y sus anexos. En general el pronóstico es malo para la reversibilidad del proceso.

Signos y Síntomas.

- Manchado abundante.
- Sangrado vaginal.
- Secreción de tejido o flujo de la vagina.
- Dolor abdominal intenso o calambres.
- Dolor de espalda de leve a intenso.

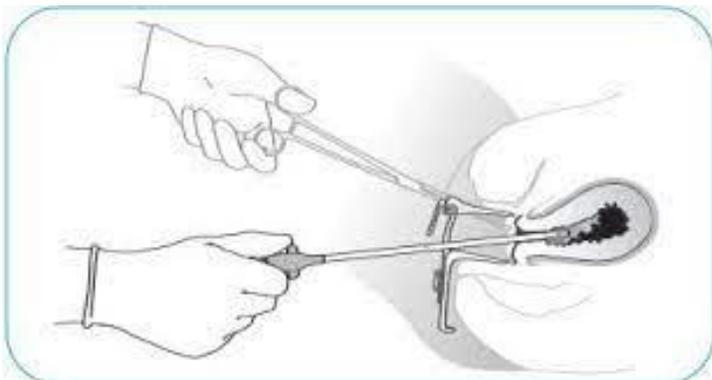
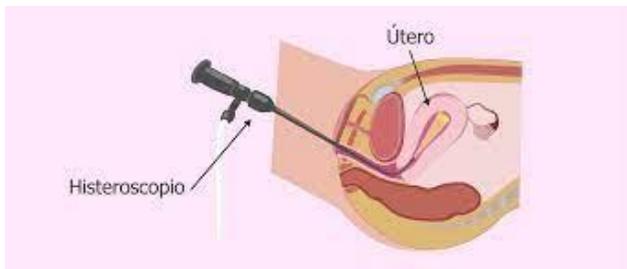
Cuidados de Enfermería.

- Valoración de la pérdida hemática, cantidad y posible aparición de coágulos y tejido fetal.
- Control de pulso, temperatura, tensión arterial, respiraciones.
- Alivio del dolor.
- Determinación del grupo sanguíneo y factor RH.
- Administración de oxitócicos.
- Ofrecer información objetiva sobre la evolución del proceso.
- Enseñar las medidas que favorecen el autocuidado.
- Ofrecer apoyo emocional a la mujer y su pareja.
- Evaluar la capacidad de la usuaria y su pareja para tomar decisiones.
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Ayudar a la pareja a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.



REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA.

- **Revisión De La Cavidad Uterina Posparto:** Se define como la exploración manual o instrumentada de la cavidad que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas.
- **Revisión Manual De La Cavidad Uterina:** Se denomina así, al tipo de revisión en la cual, la persona encargada de la atención del parto verifica la integridad de las paredes uterinas, realiza un arrastre de los restos placentarios o trofoblásticos hacia el exterior de la cavidad, verifica su temperatura y valora la involución uterina, inmediatamente después de la salida de la placenta, es decir en el posparto inmediato.
- **Revisión Instrumentada Gentil De La Cavidad Uterina:** A diferencia de la conocida revisión instrumental de cavidad uterina que requiere de legras para su aplicación, y se realiza en el legrado uterino instrumentado o en casos de retención de restos placentarios, la revisión instrumentada gentil se refiere al procedimiento que se realiza utilizando una pinza de Forester con una gasa "montada". Esta revisión tiene por objeto también verificar la integridad de las paredes uterinas y realizar un arrastre de los restos trofoblásticos hacia el exterior de la cavidad uterina en el posparto inmediato.



HISTERECTOMIA ABDOMINAL POR RUPTURA UTERINA.

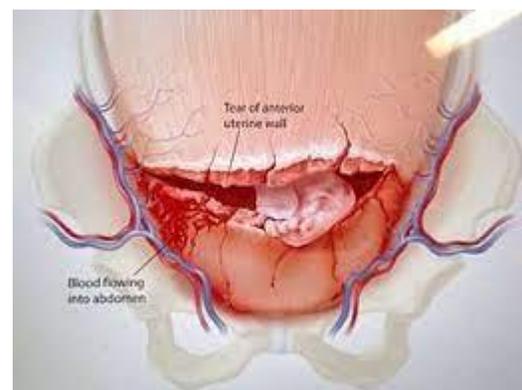
Concepto: Las histerectomías periparto se describen de 0,5 a 1,5 x 1000 y dentro de sus principales causas encontramos la placenta accreta, la atonía y la ruptura del útero, entre otras. La ruptura uterina ha sido descrita como causa de histerectomía de emergencia hasta en un 15%.

Signos y Síntomas.

- Alteraciones de la FCF.
- Dolor abdominal.
- Ascenso de la presentación fetal y partes fetales fácilmente palpables por la expulsión del feto a la cavidad abdominal.
- Disminución evidente o cese de la dinámica uterina.

Cuidados de Enfermería.

- Retirar suturas, grapas o clips, si está indicado.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Inspeccionar el sitio de incisión por su hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas.
- Anotar las características de cualquier drenaje producido.
- Anotar las características de la herida.
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.



SEPSIAS POR HERIDA QUIRÚRGICA.

Concepto: Las infecciones de la herida quirúrgica (IHQ) son una fuente importante de problemas clínicos y económicos para los sistemas de salud, pues constituyen el segundo grupo más numeroso de infecciones intrahospitalarias (después de las urinarias). Aumentan la estancia hospitalaria y la morbimortalidad postquirúrgica.

- **Superficial:** dentro de los 30 días postoperatorios que involucre sólo piel y tejido celular subcutáneo sin sobrepasar la fascia muscular. No se aplica a la episiotomía ni a la circuncisión.
- **Profunda:** dentro de los 30 días postoperatorios si no hay implante definitivo o dentro de 1 año si lo hubiera y que parezca relacionada con la cirugía e involucre tejidos profundos (fascia y/o planos musculares).
- **De órgano y/o cavidades:** dentro de los 30 días postoperatorios si no hay implante definitivo o dentro de 1 año si lo hubiera y que parezca relacionada con una cirugía e involucre cualquier sitio anatómico distinto de la incisión, como órganos o cavidades profundas (pleura, peritoneo, retroperitoneo, espacio aracnoideo, etc.) abiertos o manipulados durante un acto quirúrgico.

Cuidados de Enfermería:

- Dejar al aire la herida. Retirar el apósito anterior en el caso de que existiera. Es aconsejable humedecerlo para facilitar su retirada sin causar mayor daño en la herida.
- Lavar con agua y jabón y aclarar abundantemente con agua, posteriormente secar bien.
- Lavar a chorro la herida con suero fisiológico, favoreciendo el arrastre de los posibles materiales extraños y restos (desde el centro de la herida a los extremos y desde la zona más limpia a la menos limpia). Se evitará el uso de antisépticos, que son citotóxicos para el nuevo tejido y su absorción sistémica puede causar problemas.
- Para el desbridamiento de heridas en ocasiones será necesario aplicar anestésicos locales tópicos en el lecho de la herida 30 minutos antes de la cura. El desbridamiento cortante es el método más rápido de eliminar el tejido desvitalizado, pero también el más agresivo y no siempre es adecuado. En heridas en los talones no está indicado.
- Dejar al aire la herida
- Retirar apósito
- Observar el apósito y la herida (comprobando exudado, estado de la sutura, separación entre los bordes, signos de infección, sangrado, etc.)
- Limpieza de la herida.
- Desinfección de la herida con antiséptico indicado y aplicar fármaco o tópico si está prescrito. Colocar apósito estéril.
- La retirada de suturas y grapas se realizará de manera estéril. Entre las suturas absorbibles encontramos el catgut, ácido poliglicólico y polidioxanona, y entre las no absorbibles encontramos la seda, el nailon, el polipropileno y el poliéster.



SHOCK SÉPTICO

Concepto: El shock séptico es una enfermedad que se produce cuando una infección provoca una hipotensión arterial peligrosa. Esta afección puede producirse por cualquier tipo de bacteria. El cuerpo responde de manera inflamatoria a las toxinas, lo que puede provocar daños en los órganos.

Signos y Síntomas.

- Extremidades frías y pálidas.
- Temperatura corporal anormal, o muy alta o muy baja, el paciente también podrá sentir escalofríos.
- Ligera sensación de mareo.
- Disminución o ausencia de ganas de orinar.
- Presión arterial baja, concretamente al permanecer parado.
- Palpitaciones.
- Ritmo cardíaco acelerado.
- Agitación, inquietud, confusión o letargo.
- Problemas para respirar con normalidad.
- Cambio de color de la piel o erupción cutánea.
- No ser consciente en algunas ocasiones.



Cuidados de Enfermería.

- Valorar el estado de conciencia permanentemente y correlacionar los resultados con los efectos esperados como consecuencia de enfermedad por shock séptico o con efectos de sedación inducida.
- Evaluar la respuesta orgánica a estímulos externos tipo: dolor, reacción pupilar a la luz, apertura espontánea ocular, entre otras.
- Controlar la perfusión tisular cerebral por medio de la saturación de oxígeno y el análisis de los gases arteriales, manteniendo una oxigenación en el paciente por encima del 90%.
- Evaluar el riesgo de caídas derivado de una hipoxemia cerebral o desequilibrio electrolítico que lo lleve a estados de agitación y somnolencia.
- Explicarle a la persona enferma su situación de salud y cómo esta se comienza a restablecer paulatinamente.
- Disminuir los factores desencadenantes de estrés en esta persona que se comienza a recuperar, favoreciendo su tranquilidad con elementos identificados conjuntamente para mejorar su estado de ansiedad.



CUIDADOS POST MORTEM.

Concepto: Una autopsia, también llamada examen *post mortem*, obducción o necropsia, es un procedimiento médico que emplea la disección, con el fin de obtener información privada anatómica sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones de la enfermedad que sufrió en vida el sujeto y que permite formular un diagnóstico médico final o definitivo para dar una explicación de las observaciones clínicas dudosas y evaluar un tratamiento dado.

Procedimiento:

- El médico certificara el fallecimiento y la hora en que se ha producido y procederá a rellenar le certificado de defunción.
- Se informará a los familiares del paciente fallecido y se les permitirá que puedan estar un rato con él antes de comenzar los cuidados Post mortem.
- Recogeremos las pertenencias del fallecido y las entregaremos a un familiar siempre registrando el nombre y las pertenencias entregadas en el registro de Enfermería.
- Pediremos a la familia que abandone la habitación para poder realizar los cuidados Post mortem.
- Una vez la familia abandona la habitación colocaremos la cama del paciente en decúbito supino.
- Comenzaremos retirando catéteres, vías, sonda nasogástrica, sonda Urinaria o cualquier material utilizado anteriormente en los cuidados del paciente anterior a su fallecimiento.
- Limpiaremos el cuerpo con cuidado comenzando por la cara y cerraremos los ojos en caso de que estén abiertos.
- Una vez que el cuerpo está limpio y procederemos a la colocación de un pañal y un empapador para evitar fugas por salida de líquidos corporales.
- Colocaremos la pulsera identificativa si no la llevara o en su defecto colocáramos otra nueva.
- Finalmente procederemos a introducir el cuerpo del fallecido en el sudario y cerraremos el sudario hasta la altura de los hombros y elevaremos la cabeza un poco con la ayuda de una almohada, por último, colocaremos la dentadura en caso de que llevara.
- Una vez finalizamos los cuidados post mortem procederemos a recoger todo el material retirado y avisaremos a la familia para que estén con el fallecido hasta el momento de la recogida por parte del servicio fúnebre.
- Por último, en la recogida del fallecido se hará entrega del parte de defunción al personal de servicios fúnebres.
- Tras la retira del fallecido se limpiará toda la habitación por parte del servicio de limpieza junto con el técnico de auxiliar de Enfermería que retirará todo el aparato médico utilizado anteriormente como, por ejemplo: Monitores, material quirúrgico, respiradores.



POST MORTEM

Concepto: La expresión «post mortem» es latina, y su significado es "después o a continuación de la muerte", usándose para todos aquellos actos que se practican luego de la muerte de una persona, sobre su cadáver; o a los efectos de acciones que la persona ya fallecida realizó en el curso de su vida, pero que se cumplen luego de su deceso.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Acción 1: Avisar con tacto y respeto a los familiares sobre la muerte

Acción 2: Solicitar a un representante religioso previo consentimiento de los familiares

Acción 3: Preparar el equipo para amortajar en el cuarto de trabajo, sin olvidar la elaboración de etiquetas de identificación y traslado a la unidad clínica.

Acción 4: Aislar el cadáver, retirar ropa de cama y del paciente, así como apósitos, sondas y otros.

Acción 5: Alinear el cuerpo, cerrar los párpados, colocar prótesis dental y elevar ligeramente la cabecera de la cama.

Acción 6: Presionar ligeramente el abdomen, taponar cavidades y sellar incisiones.

Acción 7: Asear parcial o totalmente el cadáver.

Acción 8: Colocar etiquetas de identificación en tórax y extremidades inferiores.

Acción 9: Realizar el amortajamiento

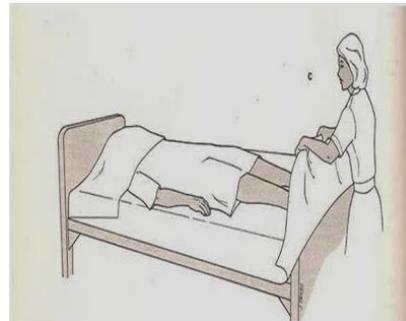
- Centrar sobre la cama la sabana doblada en acordeón
- Centrar en esta el cadáver
- Tomando el extremo distal de la sabana envolver el cuerpo (el tórax, abdomen y extremidades inferiores).
- Envolver los pies con el extremo inferior y fijar con tela adhesiva.

- Pasar el extremo proximal en igual forma que el distal y fijar con tela adhesiva.
- Cubrir cabeza y cuello con el extremo superior de la sabana.
- Colocar sobre la mortaja a nivel de tórax y miembros inferiores las etiquetas de identificación.
- Cubrir el cadáver con las sabanas y trasladarlo al servicio de patología o al servicio religioso.

Acción 10: Retirar el equipo utilizado para guardar las pertenencias del fallecido en una bolsa para entregarlas a los familiares. En caso necesario, dar el tratamiento y disposición final a lo establecido en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002. (Para México cada país o institución maneja sus propios reglamentos para dicha acción)

Acción 11: Orientar a los familiares sobre los trámites administrativos respecto a:

- Egreso por defunción
- Consentimiento bajo información



Acción 12: Registrar datos concernientes a:

- Deceso
- Notificación a familiares sobre el deceso
- Consentimiento bajo información para donación de órganos y tejidos u autopsia.
- Entrega de pertenencias a familiares



RECTORRAGIA

Concepto: Es un tipo de hemorragia que consiste en la pérdida de sangre roja o fresca a través del ano, bien sola o asociada a las heces. El origen de este sangrado suele localizarse en el colon descendente y en el recto.

Signos y Síntomas:

- Dolor rectal, prurito rectal o inflamación rectal
- Dolor abdominal
- Diarrea con coágulos de sangre
- La Rectorragia puede ocurrir antes o después de la defecación, y puede ser indolora



Cuidados de Enfermería:

CODIGO: 00015 Riesgo de estreñimiento r/c negación de necesidad de defecar por miedo, carencia de intimidad.

NOC:

- Eliminación intestinal.
- Creencias sobre la salud.

NIC:

- Educación.



ACTIVIDADES DE ENFERMERIA:

- Indicar y explicar la importancia de realizar las necesidades para evitar una impactación fecal.
- Explicar la ausencia de relación existente entre defecar y el episodio ocurrido.
- Disminución de la ansiedad.
- Favorecer un ambiente confortable, respetar los tiempos individuales de cada persona.

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Concepto: Se refiere a cualquier sangrado que se origine en el tubo digestivo. El sangrado puede provenir de cualquier sitio a lo largo del tubo digestivo, pero a menudo se divide en:

- Hemorragia digestiva alta: El tubo digestivo alto incluye el esófago (el conducto que va desde la boca hasta el estómago), el estómago y la primera parte del intestino delgado.
- Hemorragia digestiva baja: El tubo digestivo bajo incluye la mayor parte del intestino delgado, el intestino grueso, el recto y el ano.

Signos y Síntomas:

- Vómitos de sangre, que puede ser de color rojo o marrón oscuro y parecerse al sedimento del café por su textura
- Heces negras, de color alquitranado
- Sangrado rectal, generalmente en las heces

Cuidados de Enfermería:

CODIGO: 00027 Déficit de volumen de líquidos

Objetivos NOC:

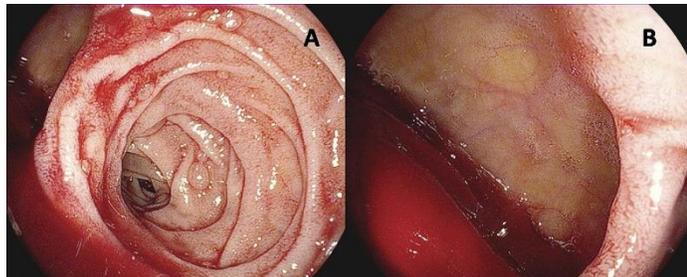
- Equilibrio hídrico
- Hidratación

Intervenciones NIC:

- Manejo de líquidos

Actividades:

- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática).
- Monitorizar signos vitales, si procede
- Administrar terapia IV, según prescripción.
- Administrar líquidos IV a temperatura ambiente.



PERFORACION INTESTINAL

Concepto: Es un orificio que se desarrolla a través de la pared de un órgano del cuerpo, este problema puede presentarse en el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el recto o la vesícula biliar.

Signos y Síntomas:

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



Cuidados de Enfermería:

CODIGO: 00134 Náuseas, R/C: irritación gástrica. M/P: sensación nauseosa, informe de náuseas.

Resultados NOC:

- Nivel de comodidad: grado de comodidad físico y psicológico.

Intervenciones NIC:

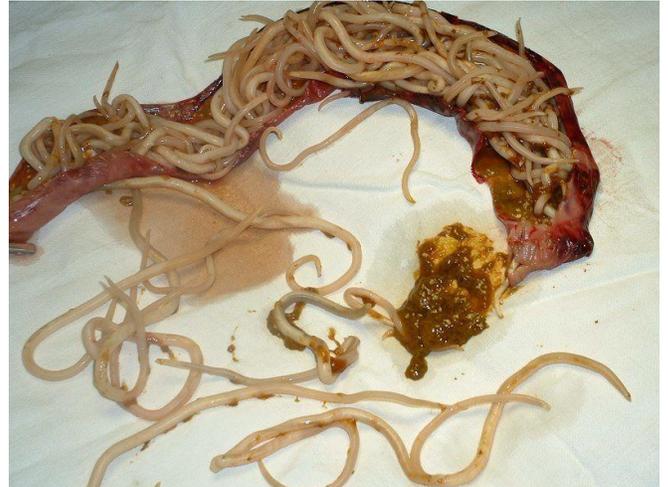
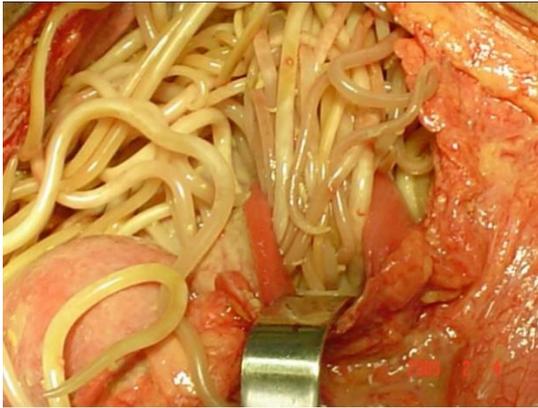
1450 Manejo de las náuseas: Prevención y alivio de las náuseas.

- Fomentar la observación de la propia experiencia con las náuseas.
- Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas.
- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia.
- Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas.

ASCARIS LUMBRICOIDES

Concepto: El *Ascaris lumbricoides*, conocido popularmente como lombriz, es un nematodo (nematelminto), un parásito de color claro, cuerpo cilíndrico y bordes más finos, que generalmente tiene entre 15 y 30 cm de largo.

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



PERFORACION INTESTINAL POR ASCARIS

Concepto: La perforación gastrointestinal es una condición muy grave que puede llevar a la muerte. La obstrucción intestinal o biliar, colangio-hepatitis, absceso hepático, pancreatitis, apendicitis aguda y perforación intestinal son complicaciones que se producen debido al gran número de ejemplares y a los movimientos de migración intraluminal que presentan.

Signos y Síntomas: Los síntomas iniciales son respiratorios (tos, sibilancias), mientras que los tardíos consisten en dolor secundario a la obstrucción de la luz gastrointestinal (intestinal o de los conductos biliar o pancreático) por los helmintos adultos. Los niños con infección crónica pueden presentar desnutrición.

Cuidados de Enfermería: Problema de colaboración: Dolor agudo visceral secundario a perforación intestinal.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos.

Resultados NOC:

- Control del dolor: acciones personales para controlar el dolor.
- Nivel del dolor: intensidad del dolor referido o manifestado.

Intervenciones NIC:

CODIGO: 1400 Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

- Realizar una valoración que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Explorar los factores que alivian o empeoran el dolor en el paciente.



DESHIDRATACIÓN CON PLANES DE HIDRATACIÓN

CONCEPTO DE DESHIDRATACIÓN: Ocurre como resultado de una pérdida anormal de agua del cuerpo.

PLANES DE HIDRATACIÓN: Los planes de hidratación de la OMS (Organización Mundial de la Salud) se definen según esta entidad como un conjunto de conductas y medidas a seguir cuya finalidad es restablecer y mantener el equilibrio hidroeléctrico de un individuo. También son llamados planes de rehidratación.

SIGNOS Y SINTOMAS: No siempre existe un indicador temprano confiable de la necesidad de agua del organismo. Muchas personas, en especial los adultos mayores, no sienten sed hasta que están deshidratados. Por eso es importante aumentar la ingesta de agua cuando hace calor o estás enfermo.

Los signos y síntomas de deshidratación también pueden variar según la edad.

► Lactantes o niños pequeños

- Boca y lengua secas
- Llanto sin lágrimas
- No mojar los pañales durante tres horas
- Ojos y mejillas hundidos
- Irritabilidad

► Adultos

- Sed excesiva
- Micción menos frecuente
- Orina de color oscuro
- Fatiga
- Mareos
- Confusión



CUIDADOS DE ENFERMERIA: Los cuidados de enfermería que administramos son:

- Administración de antitérmico: Para disminuir el grado de disconfort provocado por la fiebre, según pauta médica.
- Rehidratación con suero oral, al ser una deshidratación moderada se intentará en primera estancia esta técnica.

CÓDIGO AZUL

CONCEPTO: El protocolo de código azul, es un procedimiento de alerta, llamado y respuesta inmediata que implica el esfuerzo en conjunto de un grupo de personas debidamente entrenadas para trabajar coordinadamente reduciendo así los tiempos de atención y la morbimortalidad de los pacientes en paro cardiorrespiratorio.

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

Un código eficaz:

Reconociendo que se estará al cuidado de pacientes que sufran paros cardiopulmonares, es importante conocer las funciones y responsabilidades previstas durante un código azul. Las enfermeras deben entender los aspectos polifacéticos de brindar atención durante y después de un código azul, así como la importancia de conservar sus habilidades de reanimación para ofrecer a los pacientes más probabilidades de sobrevivir.



PARO CARDIORRESPIRATORIO

Concepto: El paro cardíaco repentino consiste en la interrupción súbita de toda la actividad del corazón debido a un ritmo cardíaco irregular. La respiración se detiene y la persona queda inconsciente. Si no se trata de inmediato, el paro cardíaco repentino puede llevar a la muerte.

Signos y Síntomas: Los síntomas del paro cardíaco repentino son inmediatos y graves, e incluyen los siguientes:

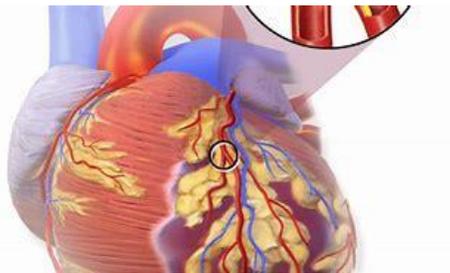
- Colapso súbito
- Falta de pulso
- Falta de respiración
- Pérdida del conocimiento

A veces, se producen otros síntomas antes del paro cardíaco repentino. Entre estos, se podrían incluir los siguientes:

- Molestia en el pecho.
- Falta de aire.
- Debilidad.

Corazón que late rápido, con aleteo o fuertes palpitaciones, lo que se conoce como palpitaciones.

Cuidados De Enfermería: Respecto a la actuación de Enfermería ante una parada cardiorrespiratoria (PCR), es imprescindible que se detecte de forma precoz, activando así el protocolo de actuación lo más pronto posible e iniciando las maniobras de resucitación lo más rápidamente posible por parte del personal de Enfermería.



CORRECTOS DE ENFERMERÍA

1. Higiene de las manos antes de cualquier procedimiento (sobre todo antes de la preparación y administración de fármacos)
2. Estar enterado de antecedentes alérgicos del paciente
3. Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco
4. Medicamento correcto
5. Dosis correcta: La enfermera (o) que va a administrar el medicamento debe verificar simultáneamente con otra que la acompañe el cálculo de la dosis exacta. Especialmente en medicamentos como: Digitálicos, heparina, insulina, etc.
6. Vía de administración correcta: Verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía parenteral, oral, respiratoria, tópica o local).
7. Hora correcta: Tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima.
8. Paciente correcto: Verificar el nombre en el brazalete, Núm. De registro, Núm. de cama, prescripción en el expediente clínico y corroborar con el diagnóstico y evolución del paciente. Llamar por su nombre al paciente (si él está consciente).
Productos Seleccionados para el Procedimiento
9. Técnica de administración correcta.
10. Velocidad de infusión correcta
11. Verificar la fecha de caducidad: Comprobar por lo menos tres veces al sacarlo del recipiente, al prepararlo, antes de administrarlo y verificar fecha de vencimiento del fármaco
12. Preparare y administre usted mismo el medicamento
13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos
14. No administrar medicamentos bajo órdenes verbales
15. Educar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra.



ENFERMEDAD DE ADDISÓN

Concepto: 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.

Signos Y 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
- Confusión
- Presión arterial baja



Cuidados De Enfermería: El manejo de la enfermedad de Addison implica tomar hormonas para reemplazar las cantidades insuficientes que producen las glándulas suprarrenales, con el fin de imitar los efectos beneficiosos producidos por las hormonas producidas naturalmente.

PATOLOGÍA DE KERNICTERUS

Concepto: 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.

Signos Y Síntomas: Los síntomas que pueden indicar que existe un mayor riesgo de desarrollar kernicterus en los bebés son:

- Coloración amarilla o anaranjada de la piel y de la parte blanca de los ojos. La coloración de la piel se inicia en el rostro y va progresando de forma descendente hasta los pies
- Dificultad para mamar
- Irritabilidad
- Dificultad en despertarse;
- Orina amarilla oscura y en poca cantidad
- Heces pálidas.

Estos síntomas, no indican que el bebé presenta kernicterus, solo indican que el bebé puede tener ictericia neonatal, que se origina cuando hay un exceso de bilirrubina en el organismo. El kernicterus solo se desarrollará si el tratamiento no es realizado y la bilirrubina continúa acumulándose, hasta llegar al cerebro y provocar lesiones que pueden causar parálisis o sordera.

Cuidados de Enfermería:

Fatiga (00093): Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

NOC:

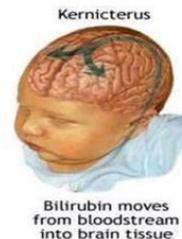
- Conservación de la energía (00002): grado de energía necesaria para iniciar y mantener la actividad.
- Descanso (00003): grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.
- Cuidados personales: actividades de la vida diaria (00300): capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal.
- Tolerancia de la actividad (00005): respuesta a los movimientos corporales que consumen energía, implicados en las actividades diarias necesarias o deseadas.

NIC:

- Manejo de energía (180): regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.
- Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito (5612): preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.
- Enseñanza: dieta prescrita (5614): preparación de un paciente para seguir una dieta prescrita.

Actividades:

- Determinar las limitaciones físicas del paciente.
- Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.
- Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
- Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante un movimiento / actividad.
- Enseñar al paciente los métodos de conservación de energía
- Ayudar al paciente a programar periodos de descanso.
- Proporcionar información acerca de los dispositivos de ayuda disponibles que pueden utilizarse para facilitar la práctica de la técnica requerida.
- Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente.
- Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.



CUIDADOS DE ICTERICIA NEONATAL

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

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

NOC: Adaptación del recién nacido (0118).

Indicadores:

- Concentración de bilirrubina.
- Coloración cutánea.

NIC: Fototerapia del neonato. 6924.

Actividades:

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



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

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

NOC: Adaptación del recién nacido 0118 y Termorregulación del lactante 0801.

NIC: Manejo ambiental; confort 6482.

Actividades:

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Mantener contacto con él bebé y hablar mientras se le administran cuidados.
- Responder a la necesidad de cuidados del recién nacido para desarrollar su confianza.
- Comprobar el buen estado del bebé.

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Código NANDA: 00194 Hiperbilirrubinemia neonatal (ictericia)

El diagnóstico de enfermería nanda «Hiperbilirrubinemia neonatal» se define como: Acumulación de bilirrubina no conjugada en la circulación (menos de 15 mg/dl) que aparece tras las primeras 24 horas de vida.

R/C: Conducta materna de nutrición inadecuada, Lactantes malnutridos y Dificultad del niño para hacer la transición a la vida extrauterina
Falta de patrón de alimentación bien establecido

M/P: Membranas mucosas amarillas, Esclerótica amarilla y Piel amarilla-anaranjada
Resultados NOC:

- Demuestra adaptación del recién nacido, lo que se manifiesta por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: desviado gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o sin ninguna desviación de los límites normales):
- Niveles de bilirrubina
- Eliminación intestinal
- Color de la piel
- Reflejo de succión
- Peso



Intervenciones NIC

- Aún no se han asociado intervenciones NIC con este diagnóstico, aunque las siguientes podrían ser de utilidad:
- Asistencia en la lactancia al seno materno: preparación de una madre para amamantar a su bebé
- Fototerapia: neonato: uso de terapia con luz para reducir los niveles de bilirrubina en el recién nacido

Actividades de Enfermería:

- Detectar signos de hipoglucemia (como irritabilidad, agitación, letargo); obtener niveles de glucosa en el talón, según se indique
- Evaluar el éxito de la lactancia al seno materno
- Observar la presencia de palidez y edema
- Observar la piel con luz natural para ver signos de ictericia. Observar también la esclerótica y la mucosa oral
- Evaluar ingesta y gasto; observar señales físicas de deshidratación
- Vigilar la temperatura central
- Vigilar la pérdida de peso

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA NEONATO DE BAJO PESO

Código: 00156 Riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante relacionado con bajo peso al nacer.

NOC:

- Adaptación del neonato.
- Termorregulación del neonato.
- Establecimiento de la lactancia materna: lactante.
- Conocimiento: cuidado del niño.
- Control de riesgos.

NIC:

- Ayuda en la lactancia materna.
- Monitorización del recién nacido.
- Enseñanza: cuidado del neonato.



Actividades:

Disminución de factores de riesgo modificables, como acostar al paciente en decúbito supino, y vigilancia de constantes vitales.

Ejecución: El paciente permanecerá el máximo tiempo posible en incubadora. Toma lactancia materna exclusiva. Todos los días se controlarán sus constantes (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno y peso).

Evaluación: Para llevar a cabo la evaluación se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- 181910. Descripción de la técnica de alimentación del lactante.
- 181901. Descripción de las características del lactante normal.

Conclusiones: El paciente tras los cuidados de la planta de neonatología, mediante lactancia materna exclusiva e incubadora ha alcanzado los 1500 gramos de peso. Se ha realizado la prueba del talón y fotoemisiones. Las constantes han sido correctas y ha estado acompañado de sus padres en todo momento. Es dado de alta y será revisado en las consultas de su médico de atención primaria.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Intervenciones Para Prevenir Caídas: Se establecen precauciones universales contra caídas para que todos los pacientes reduzcan su riesgo de caídas. Además de las precauciones universales contra caídas, se crea un plan de atención basado en los hallazgos de la evaluación del riesgo de caídas del paciente para abordar sus riesgos y necesidades específicas.

Precauciones Universales Contra Caídas: Las caídas son los incidentes de seguridad del paciente más comúnmente reportados en el entorno de cuidados agudos. Los hospitales presentan un riesgo de caída inherente debido a la falta de familiaridad del entorno y diversos peligros en la habitación hospitalaria que suponen un riesgo. Durante la atención hospitalaria, las enfermeras evalúan el riesgo de caída de sus pacientes durante cada turno e implementan intervenciones para reducir el riesgo de caídas. Se han desarrollado precauciones universales contra caídas que se aplican a todos los pacientes todo el tiempo. Las precauciones universales contra caídas se llaman "universales" porque se aplican a todos los pacientes, independientemente del riesgo de caída, y giran en torno a mantener el ambiente del paciente seguro y cómodo.

Las Precauciones Universales Contra Caídas Incluyen Las Siguietes:

- 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 DE ENFERMERÍA EN VENOCCLISIS INSTALADA

1. Observar con la frecuencia el sitio de inserción y las zonas adyacentes a éste, para identificar oportunamente la extravasación de líquido.
2. La infusión ha de suspenderse y reanudarse en otro lugar con las debidas precauciones que este procedimiento requiere.
3. Siguiendo las reglas de asepsia, utilizando técnica estéril para evitar otras complicaciones.
4. Asegurarse de que la cámara del catéter se llene de sangre para asegurarnos que estamos en espacio intravascular.
5. Tener el cuidado de no presionar el área antes de extraer la aguja para evitar lesiones en el endotelio o ponchar la vena.
6. Preferentemente seleccionar venas que no estén en puntos de flexión y extensión.
7. Enseñar al usuario a detectar y reportar oportunamente la presencia de dolor y/o ardor en el sitio de punción.

Cuidados en Complicaciones:

TROMBOFLEBITIS

- La infusión deberá suspenderse en dicho lugar.
- Se exige el lugar de la infusión se cambie periódicamente.
- Compresas frías seguidas, luego de apósitos húmedos calientes, podrán prescribirse acaso para aliviar el dolor y la inflamación.
- Irrigar el catéter con solución fisiológica después de cada administración de medicamentos agresivos.
- Infundir goteo lento para soluciones hipertónicas.

FLEBITIS MECÁNICA

- Fijar el catéter de manera que se evite la movilización incluso utilizar férulas en caso de pacientes demasiado inquietos o pediátricos.
- Seleccionar la vena más apropiada y elegir el catéter de acuerdo al tipo de terapia intravenosa, al grosor de vena y edad del paciente.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SONDA VESICAL INSTALADA

El plan de cuidados siempre ha de ser personalizado a cada paciente, ya que cada uno tendrá unas necesidades específicas en función de factores como edad, sexo, patologías, autonomía, etc.

Hay que tener en cuenta a la hora de realizar los cuidados, si se trata de sonda vesical temporal o permanente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON SONDAJE TEMPORAL

- Valorar la permeabilidad de la sonda. Las últimas guías ya indican que NO hay que realizar lavados vesicales por turno de trabajo.
- Evitar desconexiones innecesarias.
- Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.
- Fijar la sonda en la cara interna del muslo.
- Aporte de líquidos entre 2-3 litros al día.
- Vigilar cualquier signo o síntoma de infección, como las características de la orina presencia de fiebre o malestar del paciente.
- El cambio de sonda se realizará sólo cuando no sea permeable y no se pueda resolver la obstrucción, cuando esté rota o cuando lo aconseje la duración máxima de la sonda.
- NO se debe introducir y sacar la sonda del meato urinario mientras se realiza la higiene.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON SONDAJE PERMANENTE

- Detección de signos y síntomas de cistitis, pielonefritis y uretritis.
- Detección de signos y síntomas de obstrucción de la sonda.
- Balance hídrico adecuado. Signos y síntomas de deshidratación.
- Lesiones en el aparato urinario secundario al sondaje vesical.
- Hematuria. Lavado de sonda.
- Vejiga inestable. Tenesmo vesical.
- Repercusión psicosocial. Es fundamental hacer una correcta educación sanitaria y para la salud a los pacientes portadores de sondaje permanente y atender especialmente al aspecto social de la persona.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE, TRANS Y POSTOPERATORIO

Periodo Preoperatorio:

En este periodo los cuidados de enfermería requieren estar orientados a:

- Mejorar el estado general.
- Corregir el déficit existente.
- Recuperar y/o mantener el estado nutricional.
- Prevenir y evitar la infección.
- Planear la indicación quirúrgica correcta.

Periodo Trans Operatorio:

Es el tiempo que transcurre desde que un paciente es ingresado a la sala de operaciones y hasta su egreso de la misma hacia la sala de recuperación. En este período se constituye el acto quirúrgico en sí, en el cual interviene el equipo quirúrgico completo y servicios de apoyo, cada uno de ellos con funciones específicas, pero con un objetivo común: Proporcionar la máxima seguridad y eficacia al paciente.

Cuidados Transoperatorios: En esta etapa el objetivo general de la asistencia de enfermería, está enfocada a facilitar la intervención quirúrgica para que transcurra en forma exitosa, sin incidentes y procurando la seguridad del paciente en todo momento.

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

Cuidados Pos operatorios:

- Registrar la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria hasta que se estabilicen y se encuentren dentro del intervalo normal. Esto por lo general indica la reducción de la agresión fisiológica provocada por la intervención quirúrgica.
- Ayudar al paciente a lavar y cambiarse su ropa nocturna y ofrecerle un colutorio, para tratar de que se sienta más cómodo y para que recupere un sentido de individualidad. Si el paciente ha estado utilizando medias

antieméblicas, se resaltar el beneficio que representa continuar utilizándolas.

- Estimular al paciente para que se siente en la cama bien apoyado sobre las almohadas.
- Observar la herida con regularidad para ver si presenta exudado, hemorragia o hematoma.
- Registrar el volumen y la hora en que el paciente elimina orina y presenta su primera defecación, ya que el estreñimiento es un problema postoperatorio común a causa de inmovilidad, deshidratación y uso de analgésicos narcóticos.
- Realizar una evaluación constante del control del dolor para mitigar la ansiedad innecesaria en el paciente.
- Procurar que el enfermo tenga períodos adecuados de reposo, ya que esto ayudará a su recuperación.
- Brindar aliento y apoyo al paciente y explicarle o darle información sobre los aspectos que solicite.
- Fomentar los ejercicios respiratorios descritos para tratar de evitar los problemas antes mencionados.
- Al llevar a cabo este procedimiento, las enfermeras son responsables de sus acciones, de la calidad de los cuidados que brindan y del mantenimiento de los registros de acuerdo con el Código de conducta profesional.



EVIDENCIAS DE PRACTICAS:



CASO 3

Recién nacido de pre término con SEPSIS NEONATAL, obstrucción grave de la circulación sistémica y comunicación interventricular

Este paciente nace de 34 semanas, sin diagnóstico prenatal de cardiopatía congénita en otro centro del país, pesa 1310 gramos y sus diagnósticos cardiológicos corresponden a una comunicación interventricular subárterica con mal alineamiento posterior lo que genera una obstrucción subárterica significativa. Además de una hipoplasia del arco aórtico con coartación aórtica crítica, dependiente de PGE1.

Análisis: Es derivado a nuestro centro para evaluación a los 2 días de vida y aquí el dilema es el de balancear el riesgo de una cirugía correctora de muy alto riesgo, cirugía paliativa también compleja y de muy alto riesgo en este peso (paliación tipo procedimiento de Norwood) vs mantener al paciente con infusión de PGE1 largo tiempo hospitalizado esperando peso adecuado para la corrección y por cierto, con fisiología inestable e insegura. La decisión del equipo fue la de realizar una paliación híbrida quirúrgica-intervencional. En pabellón quirúrgico se realiza bandajes individuales a cada rama de la arteria pulmonar y luego en pabellón de hemodinamia se procede a instalación de stent en ductus arteriales de manera de mantenerlo permeable sin necesidad de uso de PGE. El paciente sale de pabellón con stent cerrado y alta a los 5 días post implante de stent. Evolución posterior sin complicaciones, incrementos adecuados de peso y sin patología intercurrente. Evaluaciones ecocardiográficas posteriores y con TAC muestran crecimiento de aorta ascendente y mejora del diámetro del anillo aórtico. Por lo que a los 4 meses de vida con 4.5 kg de peso se somete a cirugía correctora, realizando cierre de la CIV y reconstrucción del arco

aórtico incluyendo parte del stent distal en la reparación. En este caso postoperar la cirugía con circulación extracorpórea permitió evitar el gran riesgo de daño sobre el SNC, que habría significado someter a ese recién nacido pretérmino a paro circulatorio total hipotérmico o perfusión regional. Actualmente en muy buenas condiciones sin lesiones residuales significativas en ecocardiogramas de seguimiento.

