



Mi Universidad

Nombre del Alumno: *Nelsi Beatriz Morales Gómez*

Parcial: 4°

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

Nombre del profesor: *María Cecilia Zamorano Rodríguez*

Nombre de la Licenciatura: *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.

Síntomas de la Metatarsalgia

Los síntomas (2) 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.

Finalmente puede asociarse a enfermedades como la diabetes, gota, juanete, acumulación de líquido en los pies...



Complicaciones

La metatarsalgia puede dar lugar a otras dolencias como son:

- Neuroma de Morton en el 3º espacio interdigital por la compresión del nervio.
- Dedos en martillo o garra
- Que aparezca un dolor en otro lugar del cuerpo debido a la cojera causada por el dolor en el pie.

Tratamiento específico

Cuando un paciente acude a consulta con dolor en la planta del pie, se examina su pie y se le hacen algunas preguntas como su historia médica, su estilo de vida, tipo de calzado que usa, etc. Aunque con esto suele ser suficiente para diagnosticar la metatarsalgia a veces pueden ser necesarias otras pruebas para descartar posibles enfermedades (gota, artritis) como radiografía, resonancia magnética, una ecografía o análisis de sangre.

Para el tratamiento de la metatarsalgia se recomiendan los siguientes métodos, ya que ayudaran aliviar el dolor y malestar.

Se aconseja un cambio de calzado con características de tacón bajo (4-5 cm), plataforma de 2 a 3 cm, suela gruesa, estable y absorbente, fondo suficiente para introducir plantillas y anchura y altura suficientes para permitir la movilidad de los dedos.

- Descansar después de un largo periodo de pie poniendo los pies en altos.
- Evitar el ejercicio físico de alto impacto y en terrenos irregulares.
- Tomar medicamentos antiinflamatorios como ibuprofeno durante una semana.
- Aplicar hielo durante 10-15 minutos al día.
- Realizar ejercicios de estiramiento de la planta del pie.
- Bajar de peso.
- Eliminar las durezas.
- Aplicar por un profesional un vendaje neuromuscular para ayudar a relajar la zona.

En caso de que la metatarsalgia se deba a la forma del pie, el tratamiento paliativo será mediante la fabricación de plantillas personalizadas para la eliminación de los puntos de presión máxima con un previo estudio de la pisada.

Finalmente, si todo lo anterior ha fracasado se recurre a la cirugía para cambiar la forma de los huesos metatarsianos, liberar el nervio afectado, que puede quedar atrapado o para enderezar los dedos en martillo.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

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.



SIGNOS

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

Las fracturas por estrés no pueden verse en las radiografías si son pequeñas o si las radiografías se toman poco después de producirse la fractura (antes de que comience la reparación ósea). Al cabo de unas 2 a 3 semanas después de la lesión se puede observar en la radiografía una fractura por sobreesfuerzo a medida que se forma hueso nuevo para reparar la fractura (véase Cómo consolida el hueso).

En algunos casos se realiza una tomografía computarizada (TC) o una resonancia magnética nuclear (RMN) para comprobar si hay fracturas de sobreesfuerzo. (Véase también Diagnóstico de fracturas.)

Tratamiento

- Evitar las actividades que han provocado o agravado la fractura por esfuerzo
- Muletas
- A veces, un calzado o una ortesis o un yeso.

Cuando este tipo de fractura se detecta en su fase temprana, suele ser suficiente con cesar la actividad que la agrava y utilizar muletas. Puede ser necesario utilizar un calzado de protección o una ortesis especial para caminar. A veces resulta necesario un molde de escayola.

Las fracturas pueden producirse en los huesos largos de la parte media del pie (huesos metatarsianos).

Existen varios tipos diferentes de fracturas de metatarsianos, incluidas las fracturas por sobrecarga, las fracturas-luxaciones de Lisfranc y las fracturas del quinto metatarsiano. (Véase también Introducción a las fracturas.)

Fracturas por estrés de los metatarsianos: 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.

Las fracturas por sobreesfuerzo pueden no ser visibles en las radiografías durante 2 a 3 semanas después de la lesión, por lo que los médicos realizan a veces una tomografía computarizada o imágenes por resonancia magnética, o bien pueden tratar el pie como si estuviera fracturado y repetir las radiografías al cabo de 2 semanas.

Normalmente, el único tratamiento necesario consiste en cesar la actividad que ha causado la fractura o que la agrava y utilizar muletas.

Las fracturas por sobrecarga de los metatarsianos pueden ocurrir cuando el sujeto camina o corre durante mucho tiempo, como cuando de repente empieza a hacer ejercicio durante más tiempo o más intensamente.

Síntomas de las fracturas por estrés

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.

Diagnóstico de las fracturas por estrés

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

Las fracturas por estrés no pueden verse en las radiografías si son pequeñas o si las radiografías se toman poco después de producirse la fractura. Al cabo de unas 2 a 3 semanas después de la lesión se puede observar en la radiografía una fractura por sobreesfuerzo a medida que se forma hueso nuevo para reparar la fractura (véase Cómo consolida el hueso).

En algunos casos se realiza una tomografía computarizada (TC) o una resonancia magnética nuclear (RMN) para comprobar si hay fracturas de sobreesfuerzo. (Véase también Diagnóstico de fracturas.)

Tratamiento de las fracturas por estrés

- ▶ Evitar las actividades que han provocado o agravado la fractura por esfuerzo
- ▶ Muletas
- ▶ A veces, un calzado o una ortesis o un yeso

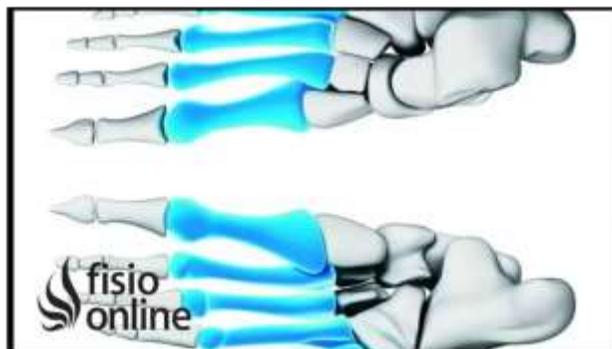
Cuando este tipo de fractura se detecta en su fase temprana, suele ser suficiente con cesar la actividad que la agrava y utilizar muletas. Puede ser necesario utilizar un calzado de protección o una ortesis especial para caminar. A veces resulta necesario un molde de escayola.

- Bota para caminar

Fractura-luxación de Lisfranc

La fractura de Lisfranc es una fractura del segundo metatarsiano, que es el hueso que conecta el segundo dedo del pie con los huesos de la parte posterior del pie. La fractura-luxación de Lisfranc se produce cuando los fragmentos óseos se separan uno del otro (luxación).

La fractura-luxación de Lisfranc suele ser consecuencia de una caída sobre el pie flexionado o de un traumatismo de gran intensidad. La parte central del pie está dolorida, hinchada y sensible al tacto y la parte inferior del pie puede presentar un hematoma.



TOXICIDAD A 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. El paciente que reciba anestésicos locales en dosis potencialmente tóxicas debe tener monitoría continua de signos vitales y acceso venoso permeable. Se recomienda la aspiración de agujas y catéteres antes de la infiltración de los anestésicos locales, pero puede fallar en la identificación de una inyección intravascular en por lo menos 2 % de las ocasiones; por eso no debe ser la técnica única y se debe combinar con otras técnicas, como la prueba de epinefrina, propuesta por Moore y Batra en 1981.

SIGNOS

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.

Los síntomas del sistema nervioso central son la presentación clínica más común y se ha descrito que anteceden a la toxicidad cardiovascular. Sin embargo, no se presenta siempre el patrón de presentación que va progresando de síntomas del sistema nervioso central a manifestaciones cardiovasculares. Las presentaciones atípicas son más frecuentes cuando la aplicación del anestésico local se hace en pacientes bajo anestesia general o sedaciones profundas. De igual manera, se describen casos de pacientes con anestésicos locales más potentes (por ejemplo, la bupivacaína) en los que sus primeras manifestaciones son cardiovasculares (incluidos pacientes que debutan con paro cardiorrespiratorio).

TRATAMIENTO

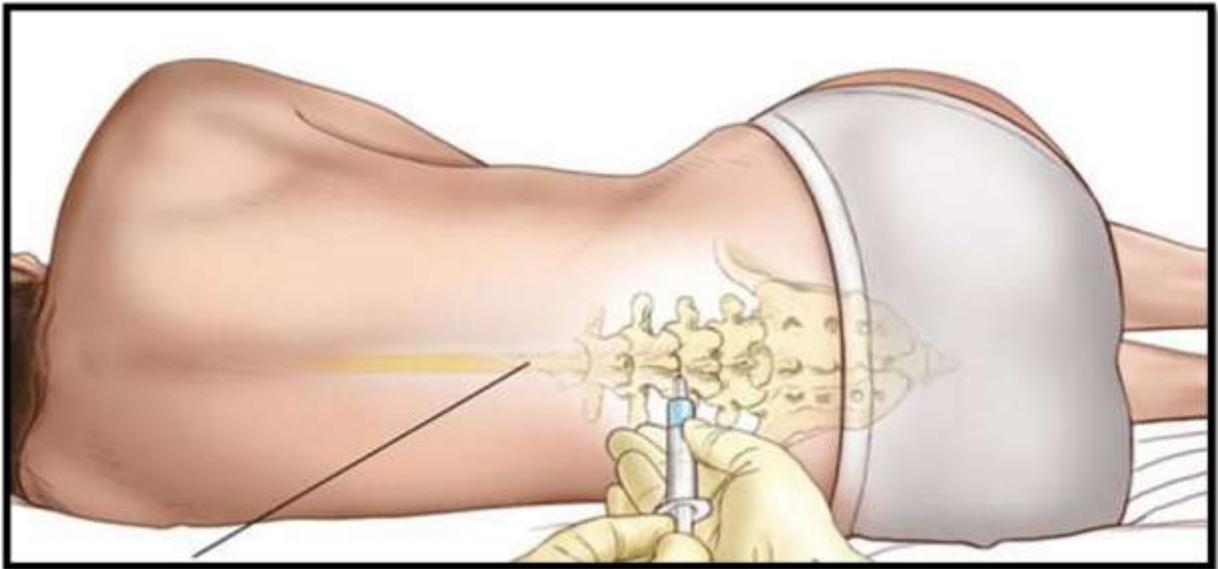
Depende de la severidad y las manifestaciones presentes. Durante muchos años el manejo consistía en medidas de soporte, pero ahora contamos con lo que parece ser un antídoto adecuado: la infusión de lípidos intravenosos. Aunque la evidencia en el manejo de la toxicidad sistémica por anestésicos locales 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.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

MECANISMO DE TOXICIDAD DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES

Los anestésicos locales generalmente son seguros y efectivos cuando se limitan al sitio de la terapia, como la infiltración de tejido, cerca de un nervio o un plexo de nervios. Sin embargo, si una gran cantidad de la llega a la circulación sistémica, los

niveles sanguíneos y tisulares supraterapéuticos pueden causar toxicidad. Este tránsito a la sangre puede deberse a una inyección intravascular inadvertida a una captación vascular por diseminación local. En el sitio objetivo, los LA reducen el flujo de iones de sodio a través de los canales de sodio dependientes de voltaje mediante una combinación de una mayor barrera de energía y un impedimento estérico. Este bloqueo nervioso ocurre desde el lado intracelular y requiere que los LA se muevan primero a través de la bicapa lipídica. Los LA también bloquean los nervios de los canales de calcio y otros canales en concentraciones similares. A concentraciones más bajas, los nervios LA bloquean la señalización de la proteína quinasa inducida por el factor de necrosis tumoral α . En concentraciones más altas, los LA pueden inhibir otros canales, enzimas y receptores, incluida la translocasa de carnitina-acilcarnitina en las mitocondrias.



CARDIOVERSIÓN

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. 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.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Lavado de manos del personal sanitario

- Comprobar permeabilidad de la vía venosa
- Colocar mascarilla de oxígeno al 50% antes de sedar al paciente
- Comprobar tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno

Iniciar sedación según prescripción médica, con un fármaco de acción rápida como propofol o midazolam debido a que el choque eléctrico resulta doloroso. Tras esto, lavad vía venosa

Seleccionar la derivación del monitor que ofrezca una onda R de suficiente amplitud para activar la modalidad de sincronización (se recomienda pasar a derivación II)

Preparación del desfibrilador: hay que asegurarse que esté en modo sincronizado, seleccionar la energía de choque (normalmente entre 100 y 120 J para flutter y taquicardia auricular, y 120-150 J para fibrilación auricular)

-Aplicar la pasta conductora en palas o colocar electrodos

Una vez que el enfermo esté dormido, el facultativo colocará una pala en el 2º espacio intercostal derecho del esternón y la otra pala en el 5º espacio intercostal izquierdo (ápex), (figura 2)

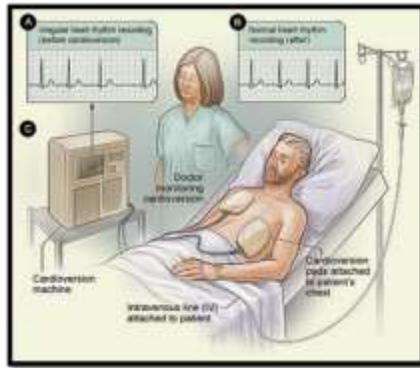
El facultativo avisará al personal que evite el contacto con la cama y cargará la energía seleccionada

Debe apretar simultáneamente los botones de ambas palas. Puede ser que la descarga no se produzca de inmediato, por lo que mantendrá la posición hasta que se produzca el análisis del QRS y la descarga correspondiente

Visualizar el monitor del electrocardiograma y comprobar si ha entrado en ritmo sinusal

Si persiste la arritmia se dará un nuevo choque, máximo tres descargas separadas por un tiempo de 2-3 minutos

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



NEUMONIA NOSOCOMIAL POR VENTILADOR

CONCEPTO: La NN es la neumonía que se manifiesta 48 horas tras el ingreso del paciente y que no estaba presente a su ingreso ni siquiera en período de incubación. Se considera también nosocomial si se manifiesta 48 horas después de la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico. Se denomina neumonía asociada a cuidados sanitarios a las infecciones adquiridas en la comunidad de pacientes con asistencia sanitaria permanente y neumonía asociada al ventilador (NAV) cuando se desarrolla en pacientes con ventilación mecánica o con vía aérea artificial.

SÍNTOMAS

- Tos con flema (esputo) verdosa o purulenta.
- Fiebre y escalofríos.
- Malestar general, inquietud o indisposición (malestar general)
- Inapetencia.
- Náuseas y vómitos.
- Dolor de pecho agudo o punzante que empeora con la respiración profunda o la tos.
- Dificultad para respirar.

TRATAMIENTO

La neumonía nosocomial es la infección intrahospitalaria que se asocia a una mayor morbimortalidad. En diferentes estudios la mortalidad cruda de los pacientes oscila entre el 30 y el 50%, y puede llegar hasta el 70% cuando están implicados microorganismos multirresistentes como *P.aeruginosa*³⁵. La rápida identificación del paciente infectado y una selección adecuada del tratamiento antibiótico desde el comienzo van a ser factores de gran impacto en el pronóstico del paciente con

neumonía nosocomial. En este sentido, es importante considerar una serie de factores que influirán en la elección del tratamiento antibiótico inicial.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

La enfermería es la responsable de llevar a cabo los cuidados del paciente. De acuerdo al North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (23) los cuidados adecuados para la prevención de esta patología son los que se presentan a continuación: La ventilación mecánica consiste en la utilización de un dispositivo artificial para ayudar al paciente a respirar (con un respirador). Para que esta técnica sea efectiva, la NANDA establece que el enfermero debe centrarse en cuidados concretos como: - Comprobar regularmente las conexiones, las alarmas y los ajustes del ventilador. - Monitorización y observación del paciente por si se produce fatiga muscular respiratoria, cambios en los niveles de gases en sangre o algún efecto adverso de la ventilación mecánica. Aspiración de las vías aéreas consiste en la extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea oral, nasofaríngea o tráquea del paciente. Para realizar esta técnica adecuadamente la NANDA establece una serie de pautas que la enfermería debería seguir:

- Uso de material estéril para realizar la técnica y usar equipo de protección para el personal que la realice.
- Hiperoxigenar al paciente previamente. - Usar la mínima cantidad de aspiración para extraer las secreciones.

Manejo de las vías aéreas artificiales consiste en el mantenimiento de tubos endotraqueales y prevención de complicaciones asociadas con su utilización. Actividades que debería realizar la enfermería para garantizar el éxito de esta técnica según la NANDA: - Comprobar presión del globo de la cánula de traqueostomía, que debe situarse entre 15-20 mmHg, cada 4-8 horas y antes cualquier técnica que le realicemos al paciente. - Auscultar al paciente por si presenta ruidos pulmonares bilaterales – Monitorizar.



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

- Taquicardia
 - Polipnea
 - Frialdad cutánea
 - Piel moteada
 - Pulsos disminuidos (shock frío) o saltones (shock caliente)
 - Oliguria
 - Alteración estado mental (irritabilidad, somnolencia, desconexión)
 - Hipotensión dependientes del tipo de shock Hipovolémico
 - Producido por pérdida de líquidos o electrolitos
- Vómitos o diarrea
- Fontanela hundida
- Ojos hundidos
- Sequedad de mucosas
- Pérdida de turgencia cutánea

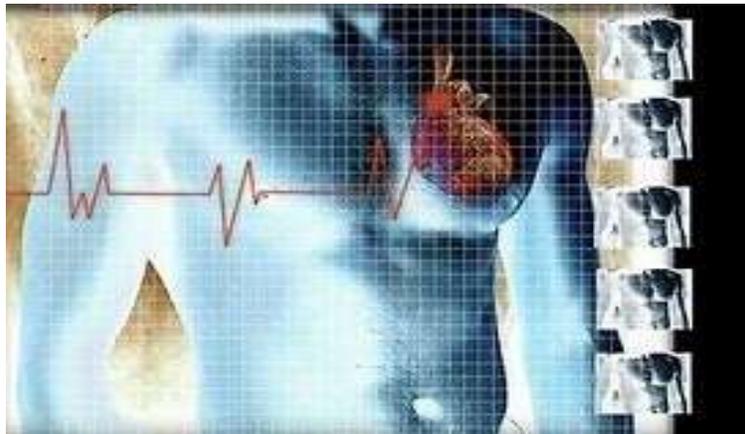
TRATAMIENTO

En el paciente con shock, como en cualquier paciente crítico, es clave que el tratamiento siga un orden correcto. Por ello, es importante que el tratamiento, al igual que el diagnóstico, sigan la Nsistemática ABCDE. Además, las guías más recientes recomiendan la creación de “paquetes” de medidas, que ayuden a optimizar el manejo de estos pacientes. En la Figura 1 se muestran las medidas del paquete de resucitación. Así, los objetivos del tratamiento son reponer una adecuada vía aérea, oxigenación y ventilación, circulación (definida como una perfusión y presión arterial normales) y una frecuencia cardíaca dentro de los límites de la normalidad. Para ello, será útil monitorizar la pulsioximetría periférica, el

electrocardiograma continuo, la presión arterial, la temperatura, la diuresis, y realizar mediciones repetidas de glucemia y calcio sérico. La primera acción de la resucitación será la apertura y mantenimiento de la vía aérea. Se administrará oxígeno suplementario, inicialmente con mascarilla con reservorio y FiO₂ del 100%, y posteriormente se podrá reducir dicha FiO₂, siempre para mantener una saturación periférica de oxígeno (SatO₂) del 100%. En las fases iniciales del manejo usaremos la SatO₂ como guía, y en fases posteriores, de mantenimiento, ya en la unidad de Cuidados Intensivos se monitorizará la saturación central de oxígeno venoso (SvcO₂), que deberá mantenerse por encima del 70%. Se debe valorar la necesidad de intubación y ventilación mecánica invasiva del paciente en caso de que aumente su trabajo respiratorio, presente hipoventilación o un nivel de consciencia disminuido.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

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.



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:



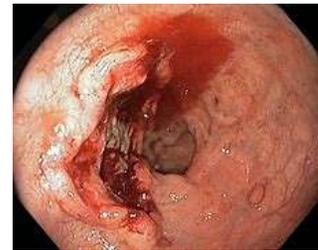
- Deceso
- Notificación a familiares sobre el deceso
- Consentimiento bajo información para donación de órganos y tejidos u autopsia.
- Entrega de pertenencias a familiares

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:

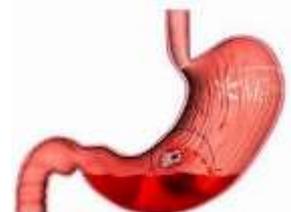
- Equilibrio hídrico
- Hidratación

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:

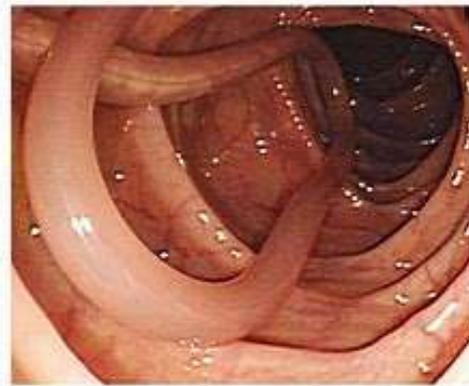
1450 Manejo de las náuseas: Prevención y alivio de las náuseas.

- 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.

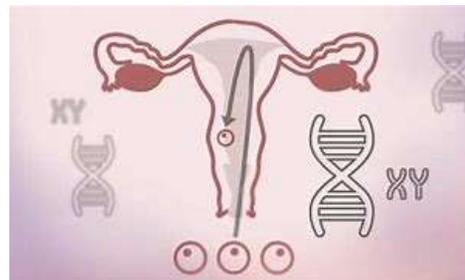


ABORTO EN EVOLUCIÓN

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.

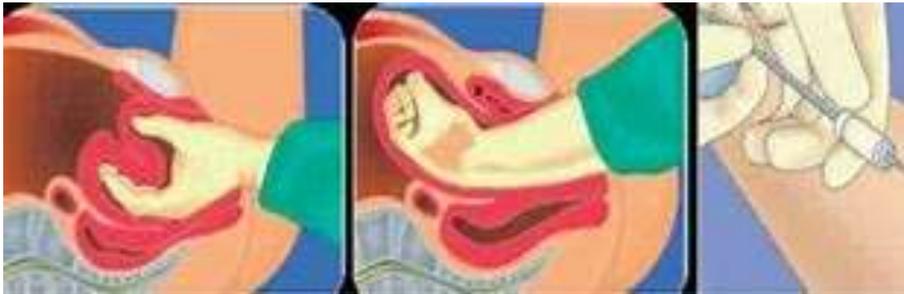


REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA

- 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%.

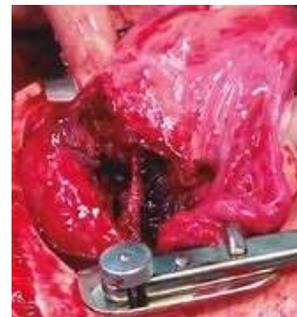
SIGNOS Y SÍNTOMAS

- 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.



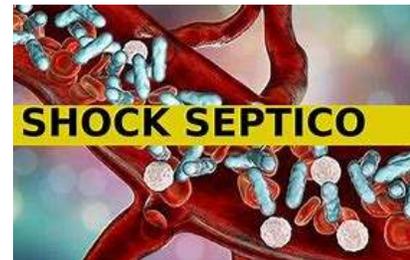
Fig. 1. a) Grupo control. Bando de gasa en lecho de herida. b) Desbridamiento quirúrgico. c) Resultado final tras desbridamiento quirúrgico (apósito).

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 colocaríamos otra nueva.
- Finalmente procederemos a introducir el cuerpo del fallecido en el sudario y cerraremos el sudario hasta la altura de los hombros y elevaremos la cabeza un poco con la ayuda de una almohada, por 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.



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

- Zona blanda en la parte superior de la cabeza (fontanela) hundida
- 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 discomfort 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.



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 SINTOMAS: 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.

CAUIDADOS DE ENFERMERIA: 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 SINTOMAS: 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
- Insuficiencia suprarrenal aguda, conocida como crisis de Addison



En ocasiones, los síntomas de la enfermedad de Addison aparecen repentinamente. La insuficiencia suprarrenal aguda puede llevar a un choque que pone en riesgo la vida. Busca tratamiento de emergencia para lo siguiente:

- Debilidad intensa
- Confusión
- Dolor en la parte baja de la espalda o en las piernas
- Dolor abdominal, vómitos y diarrea intensos que llevan a deshidratación
- Disminución de la conciencia o delirio
- Presión arterial baja

CUIDADOS DE ENFERMERIA: 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 SINTOMAS: 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;

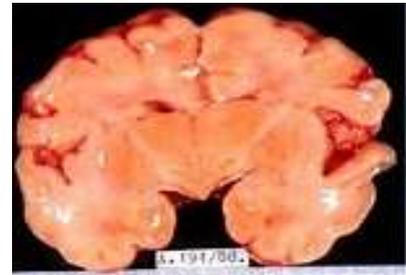
-Dificultad para mamar;

-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.



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

Hiperbilirrubinemia Neonatal



CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA NEONATO DE BAJO PESO

Codigo: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.
- 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 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 antiembólicas, se resaltarán el beneficio que representa continuar utilizándolas.
- ▶ Estimular al paciente para que se sienta 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



CAJO 1

Neonata recién de pre término con SEPSIS NEONATAL, alteración grave de la circulación sistémica y coagulopatía intersticial

Esta paciente nació de 34 semanas, en diagnóstico prenatal de un feto con un peso menor del peso, peso 1310 gramos y sus diagnósticos cardiológicos corresponden a una comunicación interauricular subvalvular con mal desarrollo posterior lo que genera una alteración hemodinámica significativa. Además de una hemiparesia del lado izquierdo con un trastorno motor crítico, espasmos de PGO.

Al nacer, es derivada a nuestro centro para atención y los 3 días de vida y agua al término de él de comenzar el manejo de sus signos correctivos de muy alta riesgo, signos patológicos (taquicardia, taquiesaturación y de muy alto riesgo de ser poco probable que se produzcan de forma espontánea) se comienza el tratamiento con infusión de PGEI luego de ser hospitalizada esperando para el momento de la intervención y por tanto, con hemograma normal a ingreso. La decisión del equipo fue la de realizar una politomía fibrótica gastro-intestinal. Se realizó politomía en varias sesiones individuales a cada zona de la anastomosis y luego se realizó el procedimiento en presencia de un equipo de neonatología y luego se realizó el procedimiento en presencia de un equipo de neonatología de manera de mantenerlo permitido en presencia de un equipo de PGO. El paciente salió de politomía con signos normales y vino a los 5 días para revisión de control. Evolución posterior sin complicaciones, hemograma adecuado de peso y un patrón intersticial. Evaluación neonatológica posterior y con TAC muestra un crecimiento de otros trastornos y muestra del desarrollo del pulmón izquierdo. Por lo que a los 4 meses de vida con 4.5 kg de peso se comienza a manejar con signos correctivos, realizando control de la CPH y reintroducción del agua.

