

UDS

Nombre del alumno: Karla Berenice Santis Tovilla.

Materia: Calidad en los servicios de enfermería .

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez .

Nombre del trabajo: pruebas analíticas.

Grupo: 8•A

METATARSIANO

Los metatarsianos son unos huesos largos formados por un cuerpo prismático triangular con tres caras, superior y laterales, y dos extremos, anterior y posterior, este último con cinco caras, de las cuales tres son articulares .

El primer metatarsiano es más corto y duro que los demás. El segundo es el más largo. Cada metatarsiano posee una base proximal, un cuerpo y una cabeza distal. La base de cada metatarsiano es el extremo proximal de mayor tamaño. Sus bases se articulan con la cuña y el cuboides, y las cabezas, con



las falanges del pie proximales.

Cuidados de enfermería:

- Alivio Del Dolor
 - Valorar tipo, grado (escala de dolor) y ubicación del dolor Informar al sujeto sobre los analgésicos disponibles.
 - Manipular con cuidado la extremidad, apoyándola con las manos o una almohada.
 - Aplicar estrategias para modificar el dolor (p. ej., alterar el ambiente, administrar analgésicos, valorar la reacción a los medicamentos).
 - Colocar en una posición cómoda que permita el funcionamiento; ayudar a cambiar de posición con frecuencia. Promoción De La Cicatrización De La Herida
- Vigilar los signos vitales.
 - Aplicar medidas de asepsia al cambiar los apósitos.
 - Valorar el aspecto de la herida y las características del drenaje.
 - Valorar el dolor.
 - Administrar los antibióticos profilácticos intravenosos prescritos.
 - Sospechar de infección si el individuo se queja de molestias ligeras en la cadera y la velocidad de sedimentación se eleva ligeramente. Promoción De Los Patrones Normales De Micción
 - Vigilar el consumo y gasto.
 - Evitar o minimizar el uso de catéteres a permanencia.

- Vigilar al paciente para detectar pérdida del control vesical (incontinencia) o retención de orina.
- Valorar los patrones de micción de la persona.
- Fomentar el consumo de líquidas en abundancia dentro de los límites de tolerancia vascular del individuo.

TOXICIDAD A ANESTESIA

Una reacción adversa que ocurre cuando los anestésicos locales (AL) alcanzan niveles sistémicos significativos, afecta principalmente al sistema nervioso central y cardiovascular, y si bien, es un evento infrecuente, puede ser potencialmente fatal.

El principal determinante de la ISAL es la concentración plasmática de AL, en especial la fracción libre. Los síntomas más graves son las convulsiones y paro cardíaco, los cuales pueden ocurrir con la administración de cualquier.



Signos y síntomas:

- Agitación
- Sabor metálico
- Distraiga
- Adormecimiento perioral
- Confusión
- Y mareos.

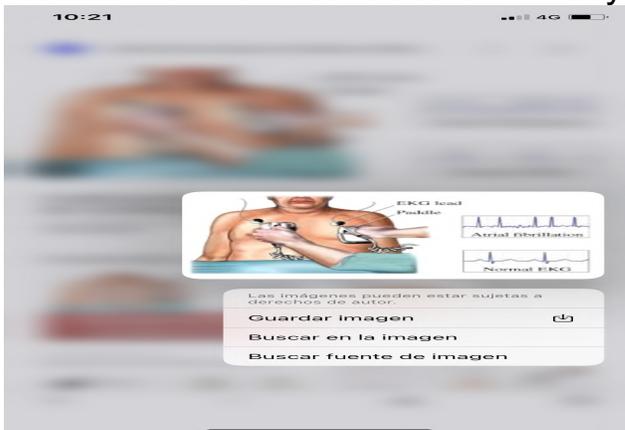
Cuidados de enfermería:

- Verificación de las constantes.

- Identificar reversión.
- Brindar seguridad al despertar.
- Verificación de traumatismos en la extubación y tiempo de tardía.
- Verificación de profilaxis oftálmica.
- Dirigir la movilización como del paciente de la mesa quirúrgica.

CARDIOVERSION

Es un procedimiento médico ampliamente difundido cuyo objetivo es restaurar un ritmo cardíaco anormal y rápido a un ritmo sinusal.



Signos y síntomas:

- Palpitaciones
- Mareo o sudoración
- Fatiga
- Dificultad para respirar
- Cansancio al realizar cualquier actividad física.

Cuidados de enfermería previos al procedimiento:

- información, valoración inicial y preparación del paciente
 - Recepción del paciente en la sala de espera.

- Valorar su nivel de conocimientos previos sobre el procedimiento, comprobando su comprensión acerca del mismo.
- Fomentar que exprese sus dudas para intentar resolverlas. Todo esto contribuye a mejorar su comprensión sobre el procedimiento, favoreciendo:
 - La disminución de la ansiedad.
 - Una relación de confianza entre el profesional y el paciente.
 - Una mayor colaboración por su parte.
- Comprobar que dispone de consentimiento informado firmado.
- Registrar las constantes vitales basales.
- Confirmar la persistencia de la arritmia a tratar, mediante un registro del ECG de 12 derivaciones, o bien con una tira de ritmo.
- Analítica reciente, con bioquímica e INR (debe estar entre 2 y 3) y comprobar la adecuada anticoagulación en las semanas previas al procedimiento.
- Debe estar en ayunas, al menos 6 horas.
- Canalizar vía venosa.
- Retirar las prótesis (especial atención a prótesis dentales), maquillaje (esmalte de uñas), así como los objetos metálicos (joyas, relojes, etc.). Estos últimos podrían ocasionar quemaduras.
- Revisión de posibles alergias (medicamentosas y a alimentos).
- Pesar al paciente para el cálculo adecuado de las dosis farmacológicas.

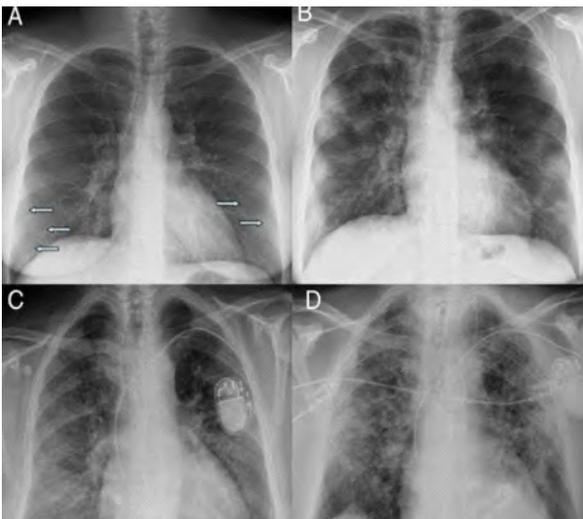
Cuidados de enfermería durante la cardioversión

- La preparación del paciente para CVE es fácil de realizar, pero la práctica de la técnica debe llevarla a cabo un profesional formado y preparado adecuadamente, y siempre con un médico presente. Cuidados:
 - Colocar al paciente en decúbito supino y desnudo de

cintura para arriba.

- Explicarle que se va a dormir y sensaciones que pueda tener.
- Comprobar la permeabilidad del acceso venoso y mantener la vía con una perfusión de suero fisiológico al 0,9%.
- Monitorizar al paciente con el monitor-desfibrilador, seleccionando la derivación electrocardiográfica que muestre la onda R de mayor amplitud (mayor voltaje), que permita detectar correctamente al desfibrilador de forma SINC (sincronizado).
- Constatar la persistencia de la arritmia.
- Activar el modo SINC y comprobar que el monitor detecta correctamente todos los latidos del paciente (flecha sobre el QRS). En caso de duda 200/ Manual de Enfermería en Arritmias y Electrofisiología o ausencia de detección, cambiar la derivación, y/o el voltaje o incluso, cambiar la posición de los electrodos cutáneos.
- Registrar los signos vitales: TA, FC y saturación de oxígeno durante todo el procedimiento, es esencial la monitorización continua del paciente, para detectar de forma precoz posibles complicaciones.
- En pacientes portadores de MP o DAI tener en cuenta las recomendaciones del apartado 13.3.4.

Neumonía nosocomial por ventilador.



La neumonía asociada al ventilador se refiere a la neumonía adquirida 48 horas después de la intubación endotraqueal en un paciente sometido a soporte ventilatorio. Es la presencia del tubo endotraqueal, más que la propia ventilación mecánica, la causante del desarrollo de la neumonía. Así, los pacientes que reciben ventilación no invasiva con presión positiva mediante mascarilla presentan una incidencia

Signos y 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.

Cuidados de enfermería

- - Auscultar los pulmones para comprobar si las vías aéreas se encuentran obstruidas por secreciones.
- - Colocar al paciente en una posición adecuada y ayudarlo a andar para ayudar a movilizar las secreciones.
- - Realizar Rx de tórax, gasometría y hemograma.
- - Valorar el estado de hidratación del paciente y cubrir las necesidades si hubiese.
- - Administración de antibióticos según prescripción médica si fuese necesario.
- - Tomar la temperatura corporal.
- - Ayudar a consolidar el sueño si hubiera problemas para evitar el cansancio.
- - Valorar el nivel de ansiedad, con el fin de realizar intervenciones para reducirlas e informar sobre la enfermedad.

Choque refractario.

El choque refractario con vasodilatación es secundario a sepsis, choque hemorrágico, posterior a bypass cardiopulmonar, intoxicación con milrinona, trasplantes de órganos, quemaduras, posterior a colocación de dispositivo de asistencia ventricular y en el postoperatorio de puente aortocoronario. Se caracteriza por cursar con niveles inapropiadamente bajos de vasopresina (VP) la cual es fundamental para mantener el índice de resistencia vascular



sistémica.

Signos y síntomas:

- Brazos y piernas fríos y pálidos.
- Temperatura alta o muy baja, escalofríos.
- Sensación de mareo.
- Disminución o ausencia del gasto urinario.
- Presión arterial baja, en especial al estar parado.
- Palpitaciones.
- Frecuencia cardíaca rápida.
- Inquietud, agitación, letargo o confusión.

ABORTO EN EVOLUCION.

Síndrome hemorrágico de la primera mitad de la gestación, acompañado de contracciones uterinas de intensidad variable, determinado por la interrupción del embarazo durante las primeras veinte semanas de gestación El producto pesa menos de 500 gr. No tiene nombre específico y se le denomina producto de aborto.

SIGNOS Y SINTOMAS:

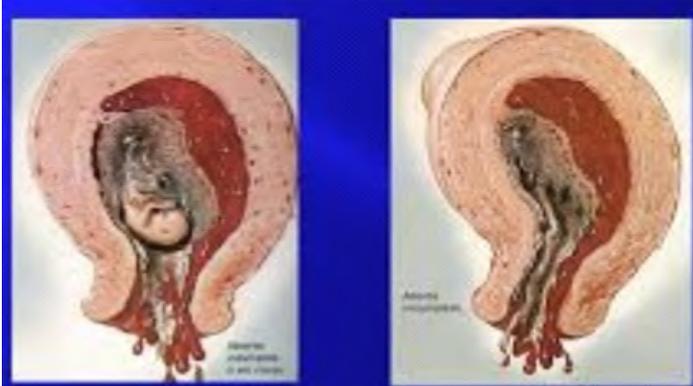
La mayoría de los abortos espontáneos ocurren antes de la semana 12 del embarazo.

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

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

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- Vigilar color, olor y duración del sangrado.



- Control de la temperatura durante la primera semana.
- No usar tampones o duchas vaginales durante 15 días.
- Abstinencia durante los primeros 15 días.
- Apoyo en la búsqueda de ayuda para fomentar una actitud alegre y positiva

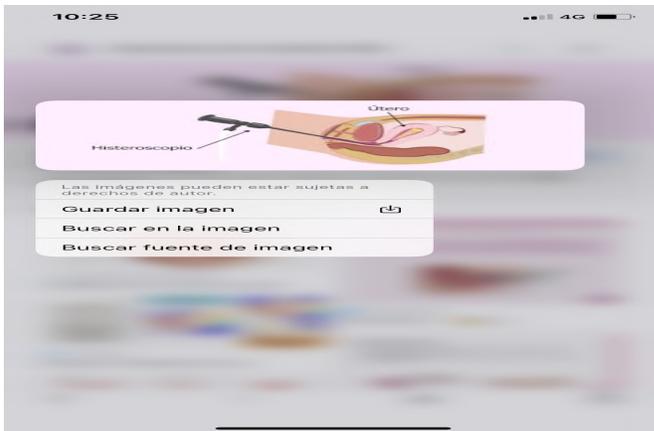
Revisión de cavidad

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 cualquier anomalía.

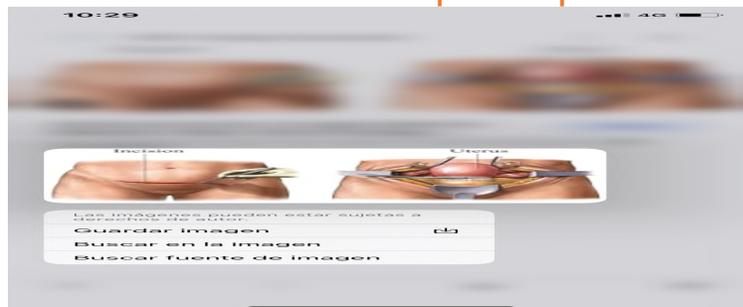
La revisión manual de cavidad uterina se asocia

estrechamente con la aparición de hemorragia posparto, en contraste con la revisión instrumentada gentil, en la que se registró menor incidencia de esta complicación. La revisión de cavidad uterina debe practicarse bajo indicaciones precisas, hecho que contribuye a la disminución de complicaciones en el posparto.

Se corrobora la analgesia en la paciente, la cual debe encontrarse en posición de litología, relajada y con la presencia de los campos estériles que se emplearon en la atención del nacimiento vaginal.



Histerectomía abdominal por ruptura uterina.



La ruptura uterina ha sido descrita como causa de histerectomía de emergencia hasta en un 15%. Las pacientes con malformaciones y antecedentes de cesárea, en quienes se intenta un parto vaginal, tienen alto riesgo de sufrir ruptura uterina entre otras complicaciones:

1. Rotura completa: consiste en un desgarro hemorrágico de la pared uterina, de bordes anfractuosos y de dirección variable. La solución de continuidad incluye el peritoneo visceral, miometrio y membranas ovulares. Al comunicar la cavidad uterina con la abdominal el feto puede salir a esta última. Puede asociarse a roturas vesicales, que pueden llegar a interesar al trígono o al uréter terminal; o producir desgarros cervicales y vaginales cuando se prolonga en sentido caudal. Se acompaña con frecuencia de hemorragia materna y de graves complicaciones maternas y fetales.

2. Rotura incompleta: casi siempre se trata de una rotura sementara, que conserva el peritoneo visceral. Las membranas ovulares pueden estar íntegras o rotas. No suele asociarse a hemorragia materna o complicaciones neonatales porque el feto permanece en la cavidad uterina.

Factores de riesgo

1. Debilidad intrínseca de la pared.
2. Gran multiparida.
3. Intervalo intergenésico reducido (<18-24 meses).
4. Edad materna avanzada.
5. Obesidad (índice de masa corporal >40).
6. Macrosomía (>4.000g).
7. Placentación anormal.
8. Histerorrafia en una sola capa.
9. Cirugía uterina previa.
10. Utilización de uterotónicos
11. Maniobras obstétricas traumáticas (parto instrumental, abortos del 2.º trimestre, versión y gran extracción, distocia de hombros, versión externa, etc.).

Sintomatología

La rotura uterina puede ir precedida del cuadro clínico denominado amenaza de rotura, que se caracteriza por:

1. Intensa actividad uterina (contracciones que se suceden cada uno o 2min).
2. Dolor o molestias generalizadas en el abdomen o sobre la zona suprasinfisaria.
3. La paciente se muestra inquieta, taquicardia y con cierto grado de ansiedad.
4. Trazado anormal de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), fundamentalmente deceleraciones variables o tardías.

Los síntomas y signos capitales de la rotura completa son:

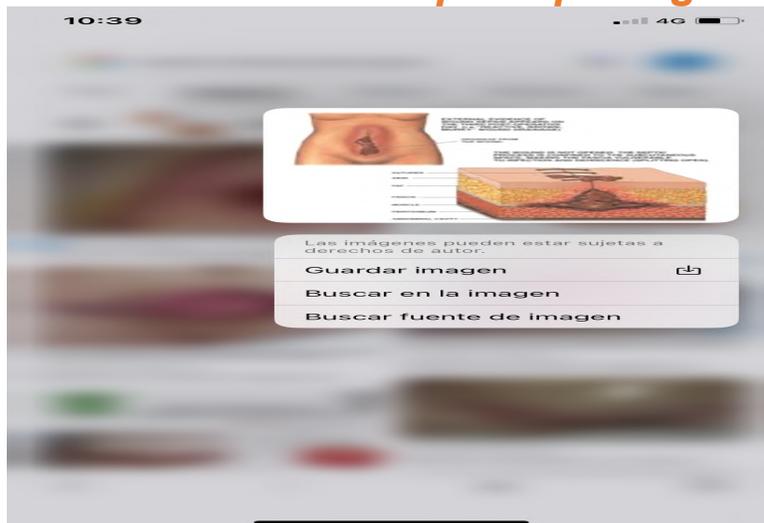
- .Alteraciones de la FCF. La bradicardia fetal es la más común, aunque no existe un patrón patognomónico de alteración de la FCF en la rotura uterina.
- .Dolor abdominal. No siempre se presenta el típico dolor en «puñalada». El dolor puede no tener un carácter tan severo o una localización tan precisa que sugiera claramente la rotura uterina, y puede estar parcialmente enmascarado por la analgesia regional.
- .Ascenso de la presentación fetal y partes fetales fácilmente palpables por la expulsión del feto a la cavidad abdominal.

Cuidados de enfermería

- 1. Controlar adecuadamente el uso de la oxitocina, principalmente en grandes multíparas, partos prolongados y fetos muertos si se asocia con prostaglandinas.
- 2. Seleccionar debidamente los casos de cesárea anterior a la hora de permitir el parto por vía vaginal.

- Evitar el uso de misoprostol en cesáreas anteriores.
- 3.Acortar el tiempo de espera en fase activa de parto sin progresión (parto estacionado) y el en mujeres con cesárea anterior³⁴.
 - 4.Evitar las presiones fúndicas excesivas en la segunda fase del parto, dado que pueden causar daño y no resuelven las distocias.
 - 5. Evitar partos y maniobras traumáticas, fundamentalmente en mujeres con cicatriz uterina previa.
 - 6.Indicar cesárea electiva en mujeres con cesárea

Sepsis quirúrgica



Es definida como un cuadro de SIRS más una infección que requiere de una intervención quirúrgica para el control de la fuente. Algunos autores amplían el concepto a la sepsis postoperatoria, definiéndola como SIRS más una infección dentro de los 14 días de un procedimiento quirúrgico mayor

Se define como la presencia de dos o más de los siguientes criterios: Temperatura axilar mayor a 38° o menor de 36°.Frecuencia cardíaca mayor de 90 por min. Frecuencia respiratoria mayor de 20 por min o una presión

arterial de dióxido de carbono menor de 32 mmHg.

síntomas frecuentes

En la afeáis son fiebre, escalofríos, respiración y frecuencia cardiaca rápidas, sarpullido, confusión, y desorientación. Muchos de estos síntomas también son frecuentes en otras afecciones, lo que hace que la sepsis sea difícil de diagnosticar, en particular, en sus etapas iniciales.

¿Cómo se diagnostica la sepsis?

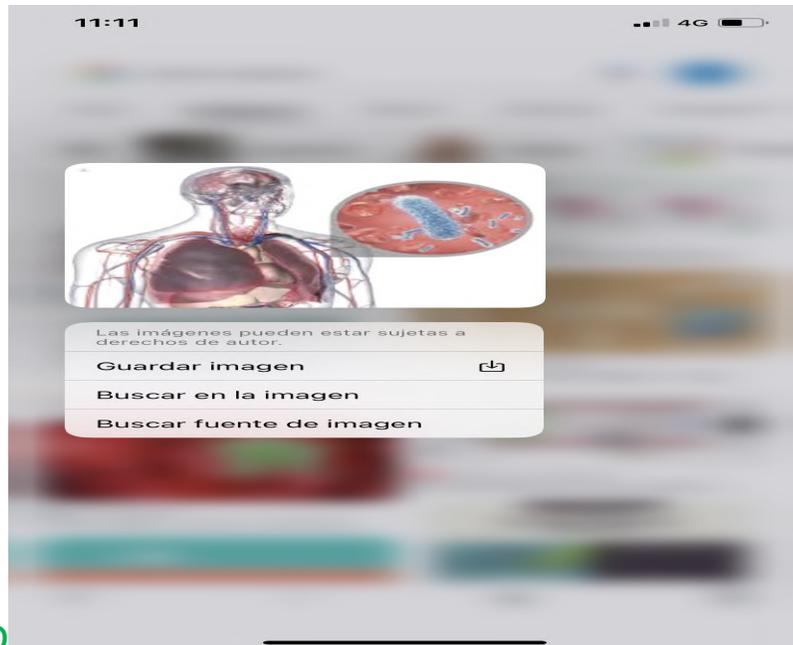
Para hacer un diagnóstico, su profesional de la salud puede utilizar: Su historia clínica, incluyendo preguntas sobre sus síntomas. Un examen físico, incluyendo control de sus signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiración).

Cuidados de enfermería:

1. Medir lactato plasmático
2. Tomar hemocultivos antes de iniciar la administración de antibióticos
 1. Administrar antibióticos de amplio espectro
 2. Administrar 30 ml/kg de cristaloides ante la presencia de hipotensión o lactato ≥ 4 mmol/.

Completar en las primeras 6h

1. Iniciar noradrenalina cuando la hipotensión no responda a cristaloides, para mantener una presión arterial media (PAM) ≥ 65 mmHg
2. Si la hipotensión persiste a pesar de los cristaloides y/o el lactato inicial es ≥ 4 mmol/L
 - Medir la presión venosa central (PVC).
 - Medir la saturación venosa central de oxígeno (SvcO₂).
 - Covolver a medir lactato plasmático si el valor inicial fue elevado.



Shock séptico

Es una afección grave que se produce cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente presión arterial baja peligrosa.

Causas

El shock séptico ocurre con más frecuencia en las personas de edad muy avanzada y en las muy jóvenes. También

puede ocurrir en personas que tienen un sistema inmunitario debilitado.

El shock séptico puede ser causado por cualquier tipo de bacteria. Hongos y virus pueden también causar la afección.

Los factores de riesgo que predisponen al shock séptico incluyen:

- Enfermedades del aparato genitourinario, el aparato digestivo.
- Enfermedades que debilitan el sistema inmunitario, como el sida
- Sondas permanentes (aquellas que se mantienen en su lugar por períodos extensos, especialmente vías intravenosas y sondas vesicales, al igual que stents de metal o de plástico usadas para el drenaje)
 - Leucemia
 - Uso prolongado de antibióticos
 - Linfoma
 - Infección reciente
 - Cirugía o procedimiento médico reciente
 - Uso reciente o actual de esteroides
 - Trasplante de órgano sólido o médula ósea

Síntomas

El shock séptico puede afectar cualquier parte del cuerpo, incluso el corazón, el cerebro, los riñones, el hígado y los intestinos. Los síntomas pueden incluir:

- . Brazos y piernas fríos y pálidos
- . Temperatura alta o muy baja, escalofríos
- . Sensación de mareo
- . Disminución o ausencia del gasto urinario

- . Presión arterial baja, en especial al estar parado
- . Palpitaciones
- . Frecuencia cardíaca rápida
- . Inquietud, agitación, letargo o confusión
- . Dificultad para respirar
- . Erupción cutánea o cambio de color de la pie.

Cuidados de enfermería

1. Colocación de un respirador (ventilación mecánica)
2. Realización de una previa diálisis .
3. Aplicación de medicamentos para tratar la presión arterial baja, la infección o la coagulación de la sangre.
4. Aplicación de alto volumen de líquidos administrados directamente en la vena (por vía intravenosa)
5. Colocación de oxígeno considerando las condiciones del paciente.
6. Administración de sedantes

Cuidados post mortem

Los cuidados post mortem son aquellos cuidados que se realizan una vez que se certifica el fallecimiento de un paciente por parte del médico, estos cuidados son llevados a cabo por el técnico en cuidados auxiliar de Enfermería, en algunos casos también con la colaboración del personal titulado en Enfermería (DUE).

Objetivo: Arreglar el cadáver para su traslado a la morgue, garantizando la dignidad del fallecido, de manera que no ponga en peligro la salud y la seguridad de los profesionales, aplicando las precauciones universales de control de infecciones y los requisitos legales.

Procedimiento

- Avisar al celador encargado de turno.
- Avisar al médico para que confirme y verifique el fallecimiento.
- Avisar al coordinador de trasplantes, antes de comenzar el amortajamiento, por posible DONACIÓN.
- Identificación del paciente.
- Presentarse a la familia e Informarle del procedimiento a realizar, siempre que su estado lo permita. i
- Preservar en todo momento la intimidad del paciente fallecido. Para ello procurar realizar los cuidados en habitación individual, si no es posible aislar al paciente fallecido con cortinas o biombos.
- Levantar el cabecero de la cama ligeramente, para evitar la acumulación de líquidos en la cabeza o la cara.
- Realizar la higiene del cadáver cuidadosamente y retirar sondas, drenajes, catéteres, etc.
- Aspirar cavidad orofaríngea de secreciones, sangre, etc.
- Taponar los orificios naturales en caso necesario.
- Colocar la prótesis dental, si fuera posible.
- Cerrar los ojos y sujetar la mandíbula inferior con una venda elástica.
- Sellar los labios con aerosol de película plástica para evitar que la boca se quede abierta.
- Colocar un pañal de incontinencia bien sujeto debajo de las nalgas y entre las piernas.
- Mantener una alineación corporal correcta.
- Colocar apósitos limpios en las heridas.
- Colocar en decúbito supino sobre el sudario, con los brazos cruzados y pies juntos (en caso de necropsia, los brazos se mantendrán a lo largo del cuerpo).
- Unir tobillos y muñecas con esparadrapo o vendas.
- Colocar las tres etiquetas identificativas, en brazo, pierna y parte superior y externa del sudario. Cerrar el sudario y cubrir con una sábana hasta el nivel del cuello, por si la

familia desea verlo.

• Retirar el material empleado en los contenedores indicados.

• Retirar bata, guantes, mascarilla.

• Higiene de manos.

