



Nombre del Alumno: yuriceyda López velasco.

Nombre del tema: practicas

Parcial: 4

Nombre de la Materia: calidad en los servicios de enfermería

Nombre del profesor: D.A.E. maría Cecilia zamorano Rodríguez.

Nombre de la Licenciatura: enfermería.

Cuatrimestre: 8

CARDIOVERSION

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

SIGNOS Y SINTOMAS.

- 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. Cardioversión /199

-

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.
- Colocar los electrodos autoadhesivos desechables conectados al desfibrilador en cualquiera de las posiciones descritas anteriormente.
- Administrar oxígeno con mascarilla al 50% unos segundos antes de sedarlo, para aumentar la oxigenación de la sangre.
- Bajar la cabecera de la cama y retirar la almohadilla, para favorecer las maniobras de ventilación.
- El choque externo es doloroso y desagradable, por lo que bajo indicación médica (o según el protocolo de la unidad) se iniciará la sedación.
- Antes de administrar la descarga:
 - Comprobar que el paciente está perfectamente sedado.
 - Elegir la energía de descarga (según arritmia a tratar).
 - Revisar modo SINC SIEMPRE (última comprobación).
 - Apretar el botón de carga.
 - Avisar de la descarga y comprobar que el área alrededor del paciente está despejada y que nadie está en contacto con él.
 - Interrumpir la administración de oxígeno momentáneamente durante el choque, alejándolo al menos un metro del pecho del paciente.

- Administrar la descarga con la energía seleccionada (apretando el botón en el monitor o simultáneamente en ambas palas), en caso de usar palas presionarlas fuertemente sobre el tórax y si es posible, realizarla durante la espiración.
- Tras la administración de la descarga: comprobar el ritmo del paciente.
- Si la arritmia persiste, se repite a máxima energía, hasta un máximo de tres descargas, separadas por un tiempo de 2-3 minutos.

METATARSIANO

que se enumeran desde la cara medial del pie.

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 (excepto el 1 y el 5, que solamente tienen dos).

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 ENFERMERIA

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 SINTOMAS.

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

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- 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.

NEUMONIA 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 SINTOMAS.

- 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 ENFERMERIA.

- 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 SINTOMAS.

- 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

Se pueden producir tanto sobre un útero sano, como con una cicatriz previa.

- 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 trigono 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 segmentaria, 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.

Es preciso distinguirla de la dehiscencia uterina, que consiste en una disrupción asintomática de la incisión uterina previa, descubierta en el momento de la laparotomía o por examen digital después del parto vaginal.

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. Histerorraxia 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.
- Disminución evidente o cese de la dinámica uterina. Puede palparse un útero blando, incluso la presencia de cambio en la forma del mismo.
- Hemorragia vaginal, trastornos hemodinámicos maternos y shock. Una hemorragia persistente, a pesar del uso de uterotónicos, debe hacer pensar en una rotura en mujeres con historia previa de cicatriz uterina. Excepcionalmente se puede asociar un trastorno de la coagulación.

Cuidados de enfermería

- 1. Controlar adecuadamente el uso de la oxitocina, principalmente en grandes múltiparas, 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 previa longitudinal o en T invertida, con más de 2 cesáreas previas, con apertura de cavidad endometrial durante la cirugía uterina (excepto la cesárea) o con rotura uterina previa^{29,30}.
- 7.En mujeres con cesárea anterior con factores asociados como diabetes gestacional, macrosomía, necesidad de inducción o presentación podálica,

no hay contraindicación para el parto vaginal, pero debe actuarse con prudencia.

- 8. En otros factores como obesidad, histerorraxia en una capa, fiebre en el puerperio de la cesárea previa y edad materna, no existen datos que permitan sacar conclusiones definitivas.

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 mayoría son fiebre, escalofríos, respiración y frecuencia cardíaca 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/L.

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)*
 - Co. volver 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 (en pocas ocasiones) virus pueden también causar la afección.

Los factores de riesgo que predisponen al shock séptico incluyen:

- Diabetes
- 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 stunts 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 del 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, (698184) antes de comenzar el amortajamiento, por posible DONACIÓN.
- Identificación del paciente. Δ^2 OMS
- Presentarse a la familia e Informarle del procedimiento a realizar, siempre que su estado lo permita. ¡
- 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. Δ^9 OMS
- Permitir a los familiares si lo desean, permanecer junto al difunto durante unos minutos, para despedirse.
- Recoger y entregar todas las pertenencias del fallecido a los familiares, si no es posible, el celador encargado de turno se hace cargo de los objetos, que posteriormente entregará a la familia tras la firma del documento correspondiente.
- Disponer de intimidad y proporcionar apoyo emocional a la familia y allegados en el proceso de duelo.
- Cubrir el cadáver totalmente con una sábana para su traslado.
- Simultáneamente a los cuidados realizados al paciente fallecido, el celador encargado de turno actuará según su protocolo.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Rectorragia

La rectorragia es un signo que se define como la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces. La sangre emitida de forma aislada puede aparecer tanto en el papel higiénico al limpiarse como directamente en el inodoro. Cuando un paciente acude a consulta a causa de una rectorragia aguda el médico

debe cuantificar la pérdida de sangre. Para ello el especialista realiza una exploración física de la región ano perineal, que debe concluir con un tacto rectal.

Síntomas

Los síntomas clásicos son dolor, rectorragia y prurito anal.

El dolor es a menudo intenso y puede durar desde minutos a varias horas, durante y/o después de la defecación.

En la fase crónica de la lesión pueden aparecer prurito y/o secreción mucosa o mucopurulenta. ocasiones con moco además de sangre.

Diagnóstico

Su diagnóstico se basa en la observación endoscópica y/o arteriográfica, y su tratamiento suele ser hospitalario. También son causa de rectorragia diversas entidades de naturaleza inflamatoria del recto y el colon, como los proctocolitos ulcerosa, las colitis infecciosas (bacterianas, virales o amebiana).

Cuidados de enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICABLE AL INGRESO EN PLANTA HOSPITALARIA:

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.

– Indicar y explicar la importancia de realizar las necesidades para evitar una implantación 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.

00198 trastorno del patrón del sueño r/c insomnio, falta de intimidad.

- NOC:
Sueño.

Descanso.

Mejorar el sueño.

- NIC:
Control ambiental: confort

– Se intentarán eliminar situaciones que puedan causar estrés antes de dormir.

Manejo: fármacos.

– Ofreceremos medicación pautada para favorecer el sueño.

00126 conocimientos deficientes r/c situación de salud desconocida hasta el momento.

- NOC:
Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda.

Conocimiento: actividad prescrita.

Conocimiento: manejo del dolor.

Conocimiento: manejo del estrés.

Conocimiento: proceso de la enfermedad

Hemorragia digestiva

La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre por el tubo digestivo. Atendiendo a su evolución, esta pérdida puede ser aguda o crónica, según el volumen de sangre perdido y el tiempo en el que se ha perdido.

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.

Causas

Colapso sección

Causas ha sido extendido.

La hemorragia digestiva puede deberse a afecciones que no son serias, como:

- Fisura anal
- Hemorroides

Sin embargo, la hemorragia digestiva puede ser un signo de enfermedades y afecciones más serias, como los siguientes cánceres del tubo digestivo:

- Cáncer de colon
- Cáncer del intestino delgado
- Cáncer del estómago

Los síntomas del sangrado gastrointestinal podrían incluir:

- deposiciones negras o con apariencia de alquitrán.
- sangre color rojo vivo mezclada con el vómito.
- calambres en el abdomen.
- sangre de color rojo oscuro o vivo mezclada con las heces.
- mareo o desmayo.
- sensación de cansancio.
- palidez.
- dificultad respiratoria.

¿Cómo se diagnostica la hemorragia digestiva?

Cuando la hemorragia se produce en un punto del tubo digestivo que es accesible a la gastroscopia o a la colonoscopia (esófago, estómago, duodeno, colon o última porción de intestino delgado), éstas son el método más útil.

Cuidados de enfermería

- Estabilización hemodinámica: consiste en restituir la estabilidad cardiovascular y asegurar la perfusión adecuada de los órganos vitales, las medidas diagnósticas como la endoscopia se deben realizar una vez conseguida la estabilidad hemodinámica inicial y con el paciente adecuadamente percutido y bien oxigenado⁶.
- Reposición de la volemia: dependerá de la cantidad de sangre perdida como de la rapidez con la que se produjo dicha pérdida, la hipovolemia ocasionada por la hemorragia se debe corregir para evitar las graves consecuencias que se pueden derivar, como la insuficiencia renal o el daño isquémico en órganos como el cerebro o el corazón⁶.
- Transfusión sanguínea: el objetivo es mejorar el transporte de oxígeno a los tejidos, que puede verse comprometido en caso de pérdida de sangre extrema²⁰.
- En los pacientes que se niegan a recibir la transfusión de componentes sanguíneos por cualquier motivo, se utiliza cristaloides y coloides para reposición, pero teniendo en cuenta que no reemplazan la administración de hemo componentes hasta lograr estabilidad hemodinámica, sin ser esta segura en 100,0%²⁰.
- Terapia endoscópica: está indicada en todas las lesiones que tiene un alto riesgo de recidiva hemorrágica (activo o vaso visible). La terapia

endoscópica puede ser térmica (electrocoagulación, aplicación directa de calor o terapia con láser), implica la inyección con diversos agentes, o emplear compresión mecánica del sitio de la hemorragia (clips hemostáticos o bandas). La técnica de elección para cada paciente depende de la situación clínica, la localización de la lesión.

PERFORACIÓN GASTROINTESTINAL

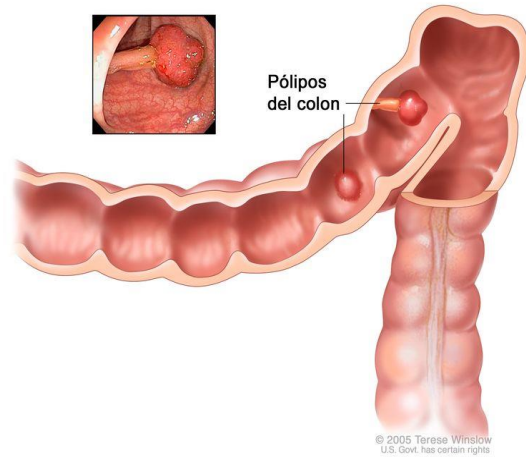
La perforación es un orificio que se desarrolla a través de la pared de un órgano del cuerpo. Este problema puede presentarse en el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el recto o la vesícula biliar.

Síntomas

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

Cuidados de enfermería

- Colocar al paciente en una posición que le resulte cómoda.
- Aplicar dieta prescrita por el médico: dieta absoluta.
- Canalizar una vía venosa periférica para la administración de líquidos y medicamentos prescritos.
- Realizar sondaje nasogástrico y conectarlo a aspiración suave.
- Controlar las constantes vitales por turno: frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura y presión arterial.
- Control del balance hídrico.
- Aplicar medidas específicas relacionadas con la etiología del cuadro: preparación de paciente para pruebas diagnósticas, analíticas, etc.
- Realizar preparación quirúrgica del paciente en caso de cirugía.



ÁSCARIS LUMBRICOIDE

Es una infección causada por el parásito ascáride *Áscaris lumbricoides*.

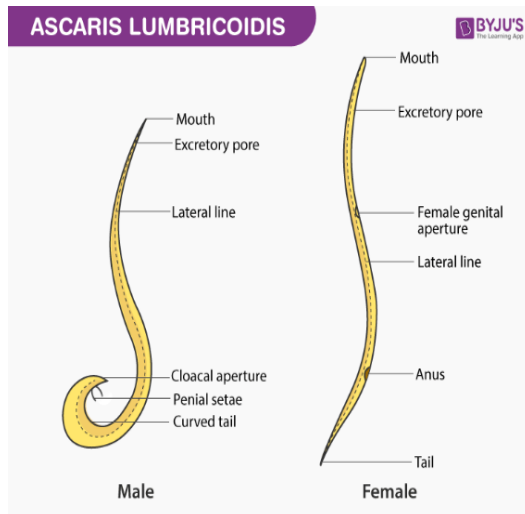
Síntomas

La mayoría de las veces no hay síntomas. Si se presentan, estos pueden incluir:

- Tos con sangre (moco expulsado de las vías respiratorias inferiores)
- Tos, sibilancias
- Fiebre baja
- Expulsión de lombrices en las heces
- Dificultad para respirar
- Erupción cutánea
- Dolor de estómago
- Vomitar o toser expulsando lombrices
- Salida de lombrices por la boca o la nariz

Cuidados de enfermería

- Administración y ministración de medicamentos
- Aislamiento
- Asesoramiento higiénico y dietético a los familiares
- Cuidar que el paciente tome el tratamiento adecuadamente.



PERFORACION INTESTINAL POR ÁSCARIS LUMBRICOIDE

La perforación intestinal debida a *Áscaris Lumbricoides* es controvertida. Se piensa que el parásito es simplemente un pasajero dentro del lumen intestinal y solo podría escapar a la cavidad peritoneal a través de una perforación preformada causada por otro patógeno entérico.

Síntomas

- Dolor abdominal leve
- Náuseas y vómitos
- Diarrea o heces con sangre

Si tienes un gran número de gusanos en el intestino, es posible que tengas:

- Dolor abdominal intenso
- Fatiga
- Vómitos
- Pérdida de peso o malnutrición
- Un gusano en el vómito o en las heces

Cuidados de enfermería

- Colocar al paciente en una posición que le resulte cómoda.
- Aplicar dieta prescrita por el médico: dieta absoluta.

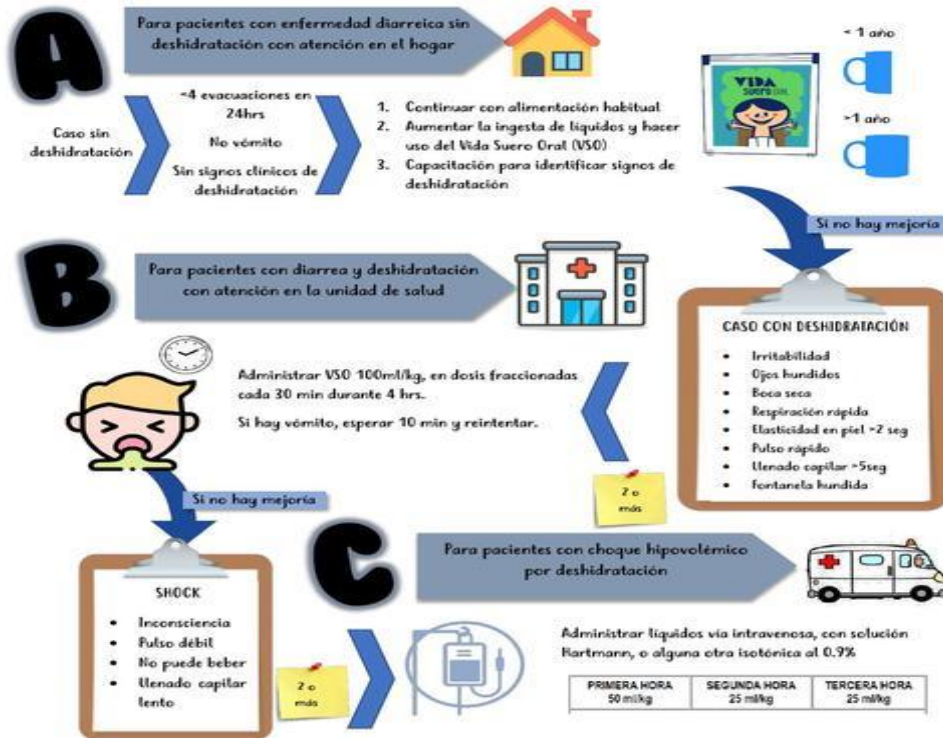
- Canalizar una vía venosa periférica para la administración de líquidos y medicamentos prescritos.
- Realizar sondaje nasogástrico y conectarlo a aspiración suave.
- Controlar las constantes vitales por turno: frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura y presión arterial.
- Control del balance hídrico.
- Aplicar medidas específicas relacionadas con la etiología del cuadro: preparación de paciente para pruebas diagnósticas, analíticas, etc.
- Realizar preparación quirúrgica del paciente en caso de cirugía.



DESHIDRATACIÓN CON PLANES DE HIDRATACIÓN

La deshidratación es un cuadro clínico caracterizado por un balance negativo de agua y electrolitos. La causa más frecuente es la gastroenteritis aguda. El riesgo de deshidratación en los niños es más elevado que en los adultos, debido a las características específicas de su metabolismo hidrosalino. La edad más común es en menores de 18 meses. El diagnóstico de la deshidratación es eminentemente clínico. El mejor parámetro para estimar el grado de deshidratación es la pérdida de peso. El tipo de deshidratación, extracelular o intracelular, puede establecerse en función de los síntomas y signos que presenta el paciente. No existe ninguna prueba de laboratorio con suficiente sensibilidad y especificidad para estimar el grado de deshidratación. El tratamiento de las deshidrataciones la rehidratación oral. Actualmente, se recomiendan las soluciones de rehidratación hiposódicas ($\text{Na} < 60 \text{ mEq/L}$). La rehidratación intravenosa está indicada cuando la rehidratación oral ha fracasado, está contraindicada o las pérdidas son demasiado intensas. Cada vez son más utilizadas las técnicas de hidratación rápidas que consisten en la infusión del déficit en un corto espacio de tiempo mediante la administración de sueros isotónicos.

Planes de hidratación



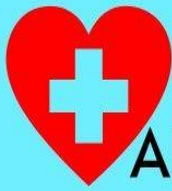
Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA3-2012.

CÓDIGO AZUL

El Código Azul más que un grupo de trabajo es un sistema de alarma integrado por dos componentes de trabajo en equipo con funciones determinadas, que se unen en un equipo ideal de manejo para la atención de pacientes en paro cardiorrespiratorio. Por una parte, esta toda la gente que forma la base de la atención y que iniciará el manejo del paciente con los principios básicos de reanimación cardiopulmonar y por el otro, un equipo de profesionales de la salud, previamente calificado, capacitado y con funciones establecidas que reaccionará a la activación del proceso de atención del PCR. Entre sus ventajas tenemos, un manejo más rápido, sistematizado y coordinado, mayor éxito de retorno a las funciones cardiovasculares previas y la reducción de la morbimortalidad tanto a corto como a largo plazo. Independiente del sitio del paro (Paro Intrahospitalario o Extrahospitalario) está conformado de dos partes complementarias y dependientes una de otra, las cuales están establecidas en las cadenas de supervivencia del Paro Cardiorrespiratorio de las Guías de RCP del Comité de Enlace Internacional en Reanimación (ILCOR), una dedicada a la realización de la Resucitación Cardiopulmonar Básica (RCPB) y otra a la Resucitación Cardiopulmonar Avanzada (RCPA).

Cadenas de supervivencia en los paros cardiacos intrahospitalarios y los paros cardiacos extrahospitalarios





15 CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

1. Higiene de la manos.
2. Antecedentes alérgicos del paciente.
3. Tomar los signos vitales.
4. Medicamento correcto.
5. Dosis correcta
6. Vía de administración correcta
7. Hora correcta
8. Paciente correcto
9. Técnica de administración correcta.
10. Velocidad de infusión correcta
11. Verificar la fecha de caducidad
12. Preparare y administre usted mismo el medicamento
13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo.
14. No administrar medicamentos bajo ordenes verbales.
15. Educar al paciente y su familia.



@kafiore_gr



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. El tratamiento de emergencia del paro cardíaco repentino incluye reanimación cardiopulmonar (RCP) y descargas eléctricas al corazón con un dispositivo llamado desfibrilador externo automático. Se puede sobrevivir con una atención médica correcta y rápida. El paro cardíaco repentino es diferente de un ataque cardíaco, que se produce cuando se bloquea el flujo sanguíneo a una parte del corazón. El paro cardíaco repentino no se debe a una obstrucción. Sin embargo, un ataque cardíaco puede desencadenar una alteración en la actividad eléctrica del corazón que lleva a un paro cardíaco repentino.

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

Cuidados de enfermería

Verifica el llamado al equipo.

- Trae el carro de paro y parenteral, en caso de que no haya llegado.
Permeabiliza vías aéreas
- Alista la fuente de oxígeno
- Colocar tabla rígida para maniobras de RCP
- Ambusear en caso de que personal médico no haya llegado
- Prepara el material de succión
- Establece una vía venosa periférica
- Colabora con la preparación de drogas y mezclas.

- Programa y regula el volumen de las soluciones a administrar, en coordinación con el médico.
- Calcula las dosis de los fármacos y prepara las mezclas
- Administra los medicamentos, diciendo en voz alta la dosis en el momento de administrarlo
- Realiza los registros pertinentes según hora de aplicación
- Asiste la intubación.
- Permanecer pendiente de los constantes vitales (pulso, respiración, frecuencia cardíaca)

CUIDADOS POSTERIORES A PCR 1. Monitorización estricta, evaluación y seguimiento permanente del manejo suministrado al paciente durante y después del paro. 2. Valoración neurológica con el fin de identificar en forma temprana secuelas neurológicas. 3. Evaluar el tiempo de inicio y finalización de la reanimación puesto que la probabilidad de supervivencia disminuye abruptamente con cada minuto que pasa en la evolución del paro y finalización de la reanimación.



shutterstock.com · 408662920



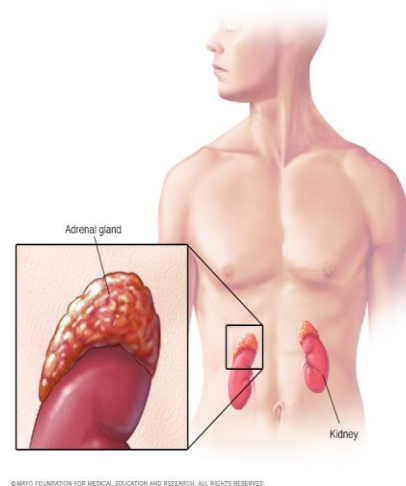
ENFERMEDAD DE ADDISON

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

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

Síntomas

- 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



Cuidados de enfermería

Son abordados por el personal enfermero como seres biopsicosociales, así la enfermera se centra en la recuperación física, como en la atención a su estado

emocional y mental y fomenta la adaptación al hogar y a la comunidad. Abordaje de este tipo de pacientes.

Kernícterus

El kernícterus es un tipo de daño cerebral que puede presentarse debido a altos niveles de bilirrubina en la sangre del bebé. Puede causar parálisis cerebral atetoide y pérdida auditiva. El kernícterus también causa problemas en la vista y los dientes; y puede provocar, algunas veces, discapacidades intelectuales. La detección temprana y el control de la ictericia pueden prevenirlo.

Signos y síntomas

Por lo general, la ictericia primero aparece en la cara y luego, a medida que los niveles de bilirrubina van aumentando, se extiende por el pecho, el abdomen, los brazos y las piernas. El blanco de los ojos también puede tener un color amarillento. La ictericia puede ser más difícil de ver en los bebés de piel oscura. El médico o la enfermera pueden hacerle una prueba para determinar cuánta bilirrubina hay en su sangre.

Diagnóstico

Antes de que su recién nacido salga del hospital, puede pedirle al médico o la enfermera que le haga una prueba de bilirrubina.

El médico o la enfermera pueden examinar la bilirrubina del bebé usando un medidor (fotómetro) que se coloca sobre la cabeza del bebé. Con esto se obtiene el nivel de bilirrubina transcutánea (TcB, por sus siglas en inglés). Si la bilirrubina es alta, es probable que se ordene un análisis de sangre.

La manera más exacta de medir la bilirrubina es analizando una pequeña muestra de sangre que se le saca del talón. Con este análisis se obtiene el nivel de bilirrubina sérica total (TSB, por sus siglas en inglés). Si el nivel es alto, con base en la edad del bebé en horas y otros factores de riesgo, es de esperarse que se comience un tratamiento. También es probable que se vuelvan a sacar muestras de sangre para asegurarse de que los niveles de TSB estén disminuyendo con el tratamiento.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- 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.

Ictericia neonatal

Se define la ictericia como: la coloración amarillenta de piel y mucosas por depósito a ese nivel de bilirrubina (Bb). Entre el 25-50% de todos los recién nacidos a término y un mayor porcentaje de prematuros desarrollan ictericia relevante desde el punto

de vista clínico, alcanzando el pico máximo a las 48-72 horas en nacidos a término y a los 4-5 días en los pre términos.

La elevación de la Bb se considera fisiológica en la mayor parte de los recién nacidos. Cifras máximas de Bb no conjugada de 12 mg/dl en recién nacidos a término y de 15 mg/dl en prematuros, podrían considerarse dentro de los límites no asociados a patología específica del metabolismo de la Bb

Se considera ictericia patológica aquella que cumple los siguientes criterios

- Aparece en las primeras 24 horas de vida.
- La cifra de Bb aumenta más de 0,5 mg/dL/hora.
- Cursa con Bb directa mayor de 2 mg/dL.
- Se eleva por encima del valor descrito con anterioridad (recién nacido a término [RNT] 12 mg/dl y recién nacido pre término [RNPT] 15 mg/dl).

Tratamiento

La existencia de nomogramas de estratificación del riesgo de desarrollar ictericia patológica y de nomogramas de indicación terapéutica, es esencial en la elección y control de estos pacientes.

Vigilancia de pacientes de riesgo

La Academia Americana de Pediatría establece nomogramas predictivos de bilirrubinemia basado en la Bb sérica según las horas de vida en los recién nacidos ≥ 35 semanas de edad gestacional. Se define así el riesgo de presentar posteriormente hiperbilirrubinemia significativa en 3 niveles: riesgo alto (\geq percentil 95), riesgo intermedio (percentil 40-95) y riesgo bajo ($<$ percentil 40). Hay que tener en cuenta que no describe la evolución natural de la hiperbilirrubinemia neonatal a partir de las 48-72 horas de vida. Precisarán control los pacientes que al alta tienen una cifra de Bb sérica \geq percentil

CUIDADOS DE ENFERMERIA

La enfermera tiene la capacidad de garantizar que la irradiación aplicada sea efectiva dentro de estos cuidados, razón por la cual, ha de verificarse la cantidad de horas en que es usada esta unidad; luego ubicar la fototerapia lo más próxima posible al neonato, como de 10 a 30 cm. Es importante recordar que, cuando se aplica sobre una incubadora, es menester subir y mantener en forma horizontal el soporte del colchón; igualmente, que el centro de luz esté dirigida al tronco del niño; también que rodee la fototerapia con cobertores blancos y/o papel de aluminio con lo cual se incremente el poder reflectante; de igual modo, no colocar objetos sobre la incubadora y, por último, realizar cambios de postura, esto es, de cúbito prono y supino cada tres horas (14). 13 Otros de los aspectos que se consideran de mucha importancia es el proteger y cuidar los ojos del niño; hacer evaluación de la exposición de la piel; controlar la temperatura del cuerpo; que se favorezca la integridad cutánea; cuidar de una ingesta adecuada; estrechar el vínculo paterno filial; hacer evaluación para cuando aparezca signos de alteración neurológica; valorar la coloración del neonato; se proteja de la luz con paños verdes a los niños

que estén cercanos; efectuar determinaciones analíticas que han sido pautadas; apagar la fototerapia cuando se lleve a cabo extracción de sangre con la cual se determinen los niveles de bilirrubina, considerando que la luz de la fototerapia pudiera falsear los resultados.

HIPERBILIRRUBINEMIA

La hiperbilirrubinemia puede ser inofensiva o perjudicial, lo que depende de su causa y del grado de aumento. Algunas causas de ictericia son intrínsecamente peligrosas cualquiera que sea la concentración de bilirrubina. Pero la hiperbilirrubinemia de cualquier etiología plantea preocupación una vez que el nivel es suficientemente alto. El umbral de preocupación varía según

- Edad
- Grado de prematurez
- Estado de salud

En recién nacidos de término sanos, suele considerarse que el umbral para preocuparse es una concentración > 18 mg/dL (> 308 micromol/L); véase figura Riesgo de hiperbilirrubinemia en recién nacidos. Sin embargo, los recién nacidos que son prematuros, pequeños para la edad gestacional, y/o se encuentran en estado crítico (p. ej., con sepsis, hipotermia o hipoxia) tienen un riesgo mayor y la intervención puede llevarse a cabo con niveles más bajos. En estos lactantes, aunque el riesgo aumenta con la mayor hiperbilirrubinemia, no hay un nivel de hiperbilirrubinemia que se considera seguro; el tratamiento se administra según la edad y los factores clínicos. En la actualidad, se sugieren umbrales operativos para iniciar la fototerapia, basado en la edad gestacional.

La **neurotoxicidad** es la consecuencia principal de la hiperbilirrubinemia neonatal. Una encefalopatía aguda puede dejar una variedad de trastornos neurológicos, incluyendo parálisis cerebral y déficits sensoriomotores; la cognición por lo general no se afecta. La encefalopatía ictérica es la forma más grave de la neurotoxicidad. Si bien en la actualidad es raro, todavía se produce kernícterus, que casi siempre puede ser prevenido. Este cuadro consiste en lesión encefálica causada por depósito de bilirrubina no conjugada en los ganglios basales y los núcleos del tronco encefálico, provocado por hiperbilirrubinemia aguda o crónica. Normalmente, la bilirrubina unida a albúmina sérica permanece en el espacio intravascular. Sin embargo, la bilirrubina puede atravesar la barrera hematoencefálica y causar kernícterus en ciertas situaciones:

- Cuando la concentración sérica de bilirrubina es marcadamente alta
- Cuando la concentración sérica de albúmina es marcadamente baja (p. ej., en recién nacidos pretérmino)
- Cuando la bilirrubina es desplazada de la albúmina por sustancias competitivas
Las sustancias competitivas son fármacos (p. ej., sulfisoxazol, ceftriaxona, aspirina) y ácidos grasos libres y iones hidrógeno (p. ej., en recién nacidos en ayunas, sépticos o acidóticos).

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- En casos leves no habrá que hacer nada, solamente controlar que los niveles de bilirrubina en sangre no excedan de los valores límite. Los pediatras valoran la concentración de bilirrubina que varía según la edad gestacional y los días de vida.
- Se recomienda que se aumenten la toma de alimentación del recién nacido tanto de lactancia materna o lactancia artificial, para favorecer el aumento de las deposiciones y así la eliminación de la bilirrubina por las heces.
- Si la concentración no remite, el pediatra pondrá de tratamiento una lámpara especial de fototerapia, que ayuda al organismo a eliminar el exceso de bilirrubina en sangre a través del hígado. Ese tratamiento será hospitalario y el recién nacido deberá ingresar hasta que finalice el proceso.
- Si todo lo anterior no hubiera conseguido disminuir la concentración de bilirrubina, sería necesario hacer una exanguinotransfusión, que consiste en hacer un recambio de sangre, para proporcionar al niño sangre limpia y eliminar el exceso de bilirrubina. El tratamiento también sería hospitalario.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NEONATA BAJO DE PESO

Cuidados para medir signos vitales Preferentemente el recién nacido debe mantenerse cardio monitorizado para mantener un control constante de los signos vitales (Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno y tensión arterial). Para el control de la temperatura corporal se colocará un sensor cutáneo.

Cuidados para proteger la piel Al utilizar esparadrapo debe ser del menor tamaño posible, preferentemente de un tipo especial.

Cuidados para evitar ruidos e iluminación excesiva Hay que mantener al recién nacido en un ambiente de semioscuridad, para facilitar el sueño y reducir el estrés.

Cuidados para la manipulación mínima Se debe evitar el exceso de estimulación sensorial y la salida de la incubadora innecesariamente, manipulando siempre al recién nacido de forma lenta y suave.

Cuidados para el posicionamiento adecuado del recién nacido Colocar al recién nacido en posición prona y en flexión, con un soporte alrededor del cuerpo que simule los límites físicos impuestos por las paredes uterinas en el periodo fetal (realizar un nido).

Cuidados para la alimentación La alimentación de estos recién nacidos se inicia dependiendo de las condiciones en las que se encuentre, preferentemente después de las 24 horas de vida con leche materna exclusiva.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- 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 venoclisis instalada

Verificar la medicación y solución que se está administrando

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

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

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

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

Control del goteo

Otro aspecto importante de controlar es el goteo y paso del medicamento. Si el medicamento va muy lento puede no llegar a las concentraciones plasmática esperadas y si va muy rápido puede generar efectos secundarios, entre ellos un síncope.

Además, es posible que en el tubo o directamente en el lumen del catéter se depositen detritus que obstruyan la luz. Y, por lo tanto, ya no hay paso de ningún líquido.

Los profesionales de la enfermería deben estar atentos a este problema y solucionarlo. En ocasiones basta con instilar solución a través del sitio de inyección

en Y. Mientras que, otras veces es imposible revertir el problema. En este caso, se necesitará hacer el recambio del catéter, usando otra vena.

Evaluación de la zona de punción

En la zona de punción pueden ocurrir varias complicaciones, por lo que, es primordial que la enfermera de turno verifique el área al menos una vez.

La más temida de todas es la infección de la zona. Debes sospechar de infección de punto de partida el catéter si el paciente tiene fiebre sin foco aparente, y si hay signos de enrojecimiento, dolor, edema y/o secreción en el punto de inserción.

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

También pueden ocurrir otros problemas en el sitio de punción como lo es la flebitis mecánica, la tromboflebitis y la extravasación.

La primera es una inflamación de la vena punzada por efecto mecánico. Esto se puede prevenir fijando de forma adecuada el catéter a la piel. Y en caso de personas muy activas y niños, colocando una férula que inmovilice el miembro.

Cuando hablamos de tromboflebitis se le suma un coágulo sanguíneo a la inflamación venosa. Esto principalmente sucede por el paso de soluciones irritantes o hipertónicas por la vena. Los enfermeros deben lavar la vena con solución fisiológica luego de pasar un agente muy agresivo por la vía para evitar esta complicación.

Mientras que, la extravasación es el edema que ocurre en el miembro por la perfusión del líquido en el espacio subcutáneo, en vez de la vena. Esto es fácil de diagnosticar y de prevenir. Todo el que realice una venoclisis debe asegurarse de que el catéter está bien posicionado en la vena y no por fuera.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SONDA VESICAL

- Lavarse las manos siempre antes y después de manipular la sonda.
- Realizar higiene y secado de genitales, evitando tirar de la sonda.
- El cambio de la bolsa se realizará cada 4-5 días.
- No desconectar la bolsa, ni para el vaciado ni para la higiene.
- Realizar el vaciado de la bolsa a través del grifo.

Mantener la bolsa por debajo del nivel de la cintura, para evitar reflujo de la orina hacia la vejiga.

Evitar tirar de la sonda.

- Cambiar la colocación de la bolsa para evitar que la sonda esté siempre en contacto con la misma zona.
- Evitar que la bolsa roce con el suelo.
- Evitar acodamientos en el recorrido del tubo.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO

Los cuidados preoperatorios incluyen la preparación de integral de tipo físico, psicológico, emocional, y espiritual del paciente antes de la cirugía. La enfermera deberá valorar los cuidados a seguir, tratamiento y su preparación para la cirugía.

1. Exploración física.
2. Preparación en el ámbito psicológico.
3. Educación para el paciente.
4. Higiene previa de la intervención quirúrgica.
5. Valoración y documentación del paciente.

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.
- Otros:
- Garantizar la información y la instrucción preoperatoria
- Localización y verificación de la intervención
- Monitorizar la seguridad ambiental
- Comprobar el funcionamiento del equipo
- Proveer las medidas de comodidad y seguridad del paciente
- Colocar al paciente según procedimiento
- Monitorización psicológica y fisiológica del paciente
- Comunicar la información intra operatoria requerida en base a normatividad
- Procedimientos básicos según la función de enfermería

Procesos básicos de enfermería.

Para poder realizar la intervención se inicia con lo que se llama **Sedación**, recordar que en este periodo el paciente permanece consciente. Aquí es importante que no exista ansiedad y que los signos se encuentren estables para pasar a la **anestesia**, Los fármacos más comunes son:

Tabla 4. Anestésicos.

<i>ANESTÉSICOS LOCALES</i>	<i>ANESTÉSICOS INTRAVENOSOS</i>	<i>ANESTÉSICOS LOCALES</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Lidocaína al 1 y 2% (con o sin epinefrina), - Procaína - Mepivacaína 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiopental - Diazepam - Propofol - Ketamina 	<ul style="list-style-type: none"> - Protóxido de nitrógeno u óxido nitroso (N₂O) - Halotano o fluotano - Enflurano - Isoflurano

Por supuesto que el paciente se encuentra en riesgo, sin embargo, este dependerá de varios factores previsibles desde la valoración preanestésica y preoperatoria, el tipo de fármaco y procedimiento. Ello no objeta la existencia de un error humano, por ello es menester siempre estar vigilando y monitoreando al paciente. Pues todo fármaco puede tener un efecto tóxico.

Colocación del paciente en la mesa quirúrgica (posiciones)

Una mesa de operaciones está diseñada para proporcionar seguridad y comodidad, facilitar el acceso, favorecer funciones vitales y evitar lesiones nerviosas y vasculares.

El personal de enfermería debe conocer los controles de la mesa para la mecánica del movimiento y la colocación idónea de férulas para brazos y dispositivos de monitorización, teniendo siempre presente las medidas de protección y seguridad, así como los posibles riesgos ambientales. Dependiendo del tipo de cirugía será la posición del paciente y mesa, así tenemos:

- Decúbito dorsal (supina), paciente en decúbito dorsal para intervenciones quirúrgicas abdominales, de cráneo y cuello, tórax y hombro, cirugía vascular y algunos ortopédicos.
- Trendelenburg similar a la dorsal, pero las rodillas descansan sobre la articulación de la mesa, la inclinación de ésta se eleva quedando la cabeza más baja que el tronco. intervenciones quirúrgicas del abdomen inferior o de la pelvis.
- Trendelenburg invertido, se encuentra sobre su espalda, mesa inclinada, queda más elevada la cabeza y los pies se encuentran en un nivel más bajo. intervención de tiroidectomía

- Fowler postura en decúbito dorsal, la sección superior de la mesa se eleva, descansando en esta parte la espalda del paciente, quedando semisentado. Su uso en craneotomías y cirugías faciales, se requiere de un soporte de cabeza para estabilizar la cabeza.
- Litotomía (ginecológica) posición decúbito dorsal, se usa un cojín Kelly o un hule (antes de situar al paciente en la parte inferior de la mesa para contrarrestar la humedad y escurrimiento de líquidos), los glúteos sobrepasan ligeramente la articulación inferior de la mesa, las piernas se ubican en el soporte (pierneras). usada en a cirugía vaginal, perineal y rectal.
- Posición prona (decúbito ventral) Se descansa sobre el abdomen, los brazos se colocan a lo largo de los lados del cuerpo. Intervenciones de la parte posterior del tórax, tronco o piernas. generalmente se requiere de almohadillas para evitar presión en las prominencias óseas y permitir la distensión del tórax al respirar.
- Posición decúbito ventral con apoyo de la cabeza, igual a la anterior con la variante en cabeza, el rostro se dirige hacia abajo y la frente se apoya en un soporte especial.
- Jack nife (Kraske, en navaja sevillana), se coloca al paciente en posición decúbito ventral, separando la mesa en la parte media, formando un ángulo, en el cual el abdomen queda apoyado, sus brazos se dirigen hacia la cabecera de la mesa.
- Laminectomía (posición prona modificada) es una variante de la posición decúbito ventral, se colocan almohadillas a nivel del abdomen, piernas y brazos para evitar la presión de los plexos nerviosos y facilitar la respiración. Usada para cirugías de laminectomías de columna, torácica o lumbar.
- Sims: En posición lateral sobre el lado no afectado, brazos extendidos y pierna flexionada, Se curva la mesa en la parte media y el flanco en el cual se va a practicar la cirugía, se eleva acomodándose con almohadillas, para evitar presión de los plexos nerviosos. Empleada para cirugías de riñón, uréteres y pulmón. El paciente se coloca lateralmente sobre el lado no afectado, con los brazos extendidos, con la pierna flexionada.



