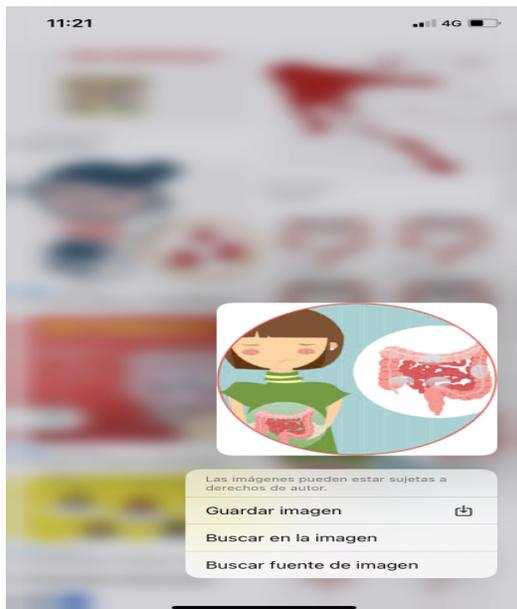


Rectorragia

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 anoperineal, 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 la proctocolitis ulcerosa, las colitis infecciosas (bacterianas, virales o amebiana).

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.

Educación.

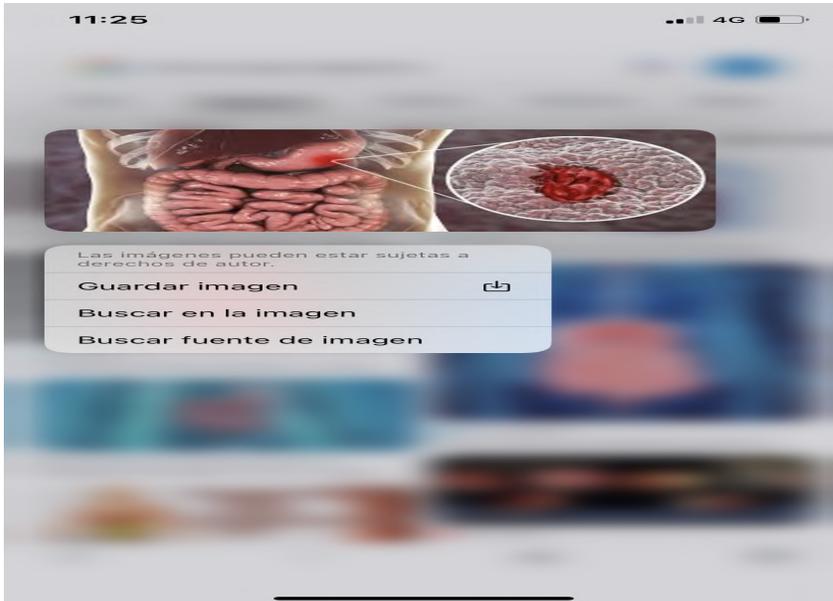
- Indicar y explicar la importancia de realizar las necesidades para evitar una implantación fecal.
- Explicar la ausencia de relación existente entre defecar y el episodio ocurrido.

Disminución de la ansiedad.

- Favorecer un ambiente confortable, respetar los tiempos individuales de cada persona.

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.
 - Terapia endoscópica: está indicada en todas las lesiones que tiene un alto riesgo de recidiva hemorrágica (activo o vaso visible). La terapia endoscópica pueden 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.

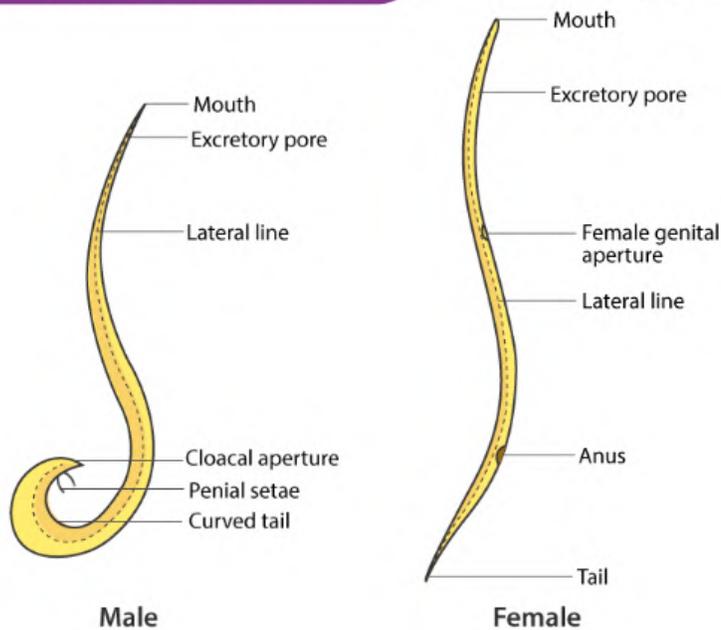
- •€Realizar preparación quirúrgica del paciente en caso de cirugía.

ÁSCARIS LUMBRICOIDE

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

ASCARIS LUMBRICOIDIS

BYJU'S
The Learning App



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
- € Fiebre baja
- € Expulsión de lombrices en las heces

- €Dificultad para respirar
- €Erupción cutánea
- €Dolor de estómago
- €Vomitir 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.

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

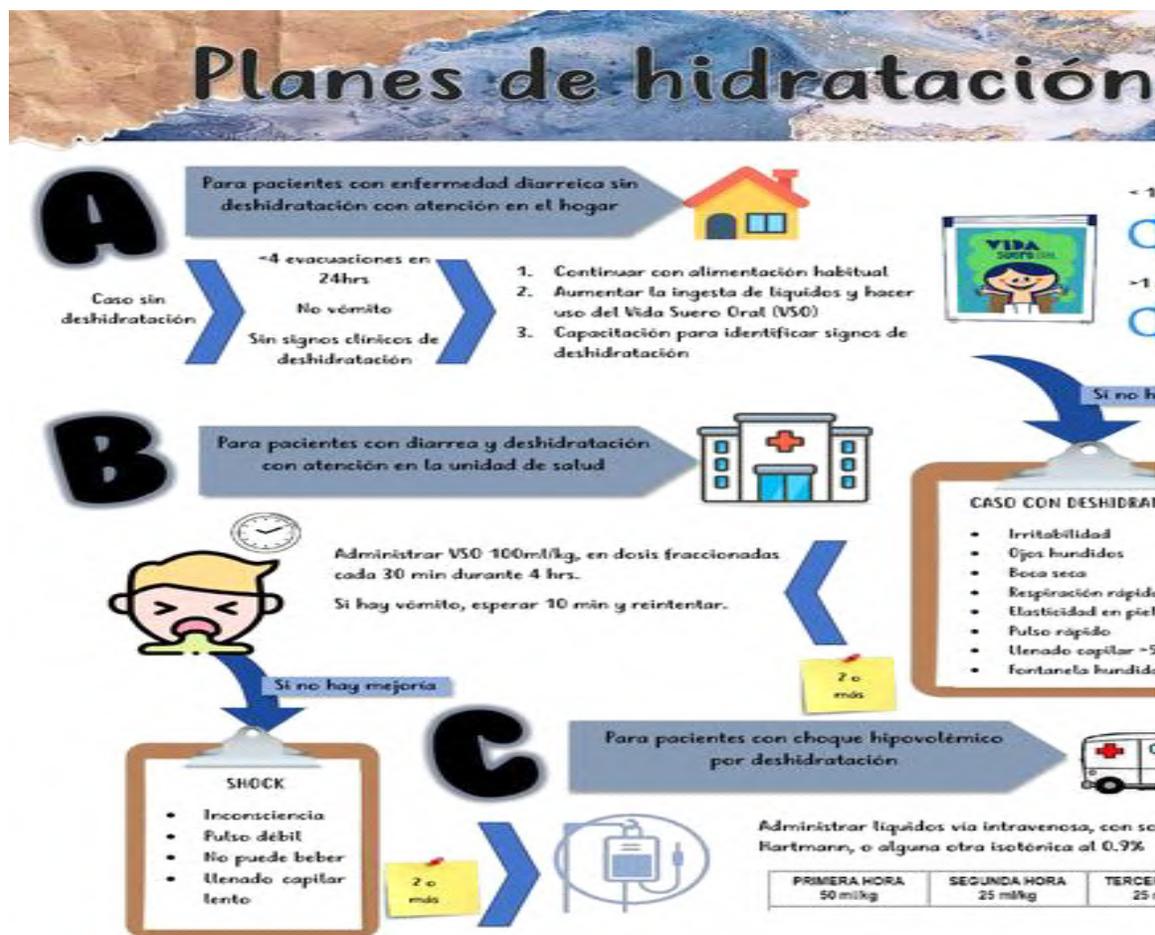
- •€Colocar al paciente en una posición que le resulte cómoda.
- •€Aplicar dieta prescrita por el médico: dieta absoluta.
- •€Canalizar una vía venosa periférica para la administración de líquidos y medicamentos prescritos.
- •€Realizar sondaje nasogástrico y conectarlo a aspiración suave.
- •€Controlar 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.

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. 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.



Norma Oficial Mexicana NOM-031-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 y los paros cardiacos extrahospitalarios

PCRH



PCRHE





15 CORRECTOS ADMINISTRACION DE

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



PARO CARDIORRESPIRATORIO

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 cardiaca)
-

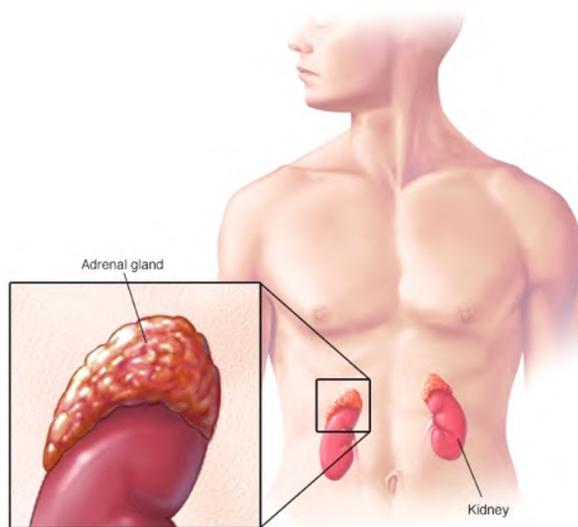
CUIDADOS POSTERIORES AL PCR

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.

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

© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

- •€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

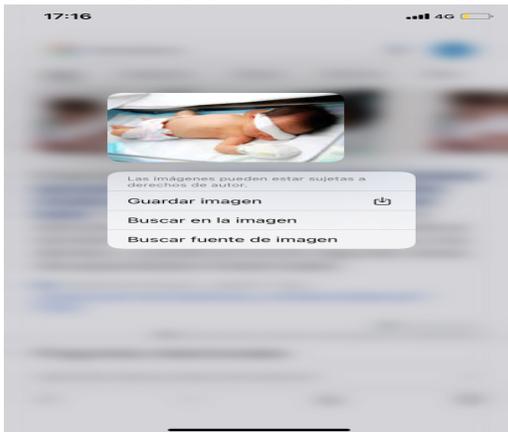
Cuidados de enfermería

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 atetóide 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 de 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

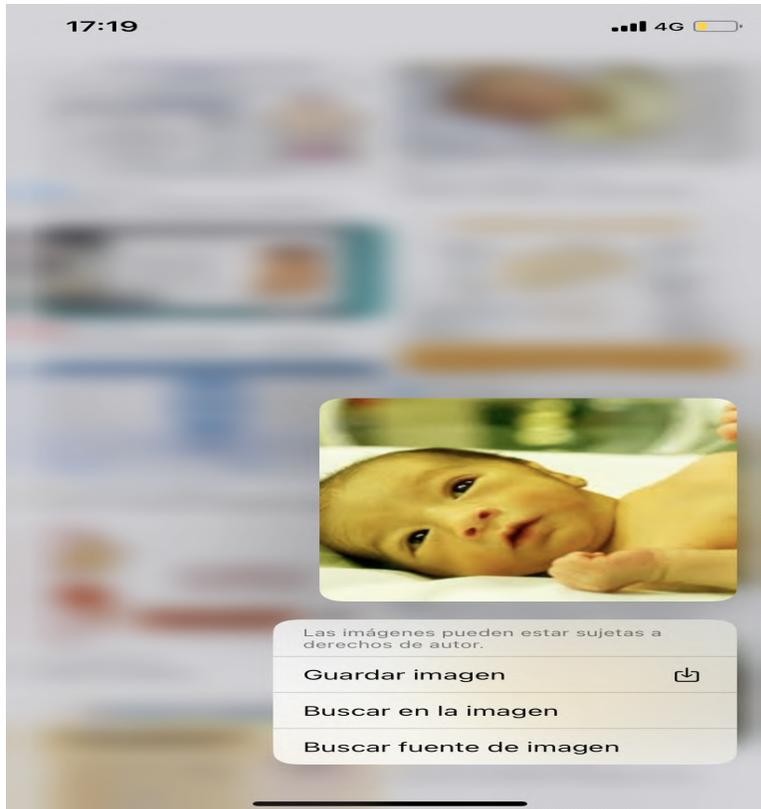
usando un medidor (fotómetro) que se coloca sobre la cabeza del bebé. Con esto se obtiene el nivel de bilirrubina transcutánea (TcB, por sus siglas en inglés). Si la bilirrubina es alta, es probable que se ordene un análisis de sangre.

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.

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.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

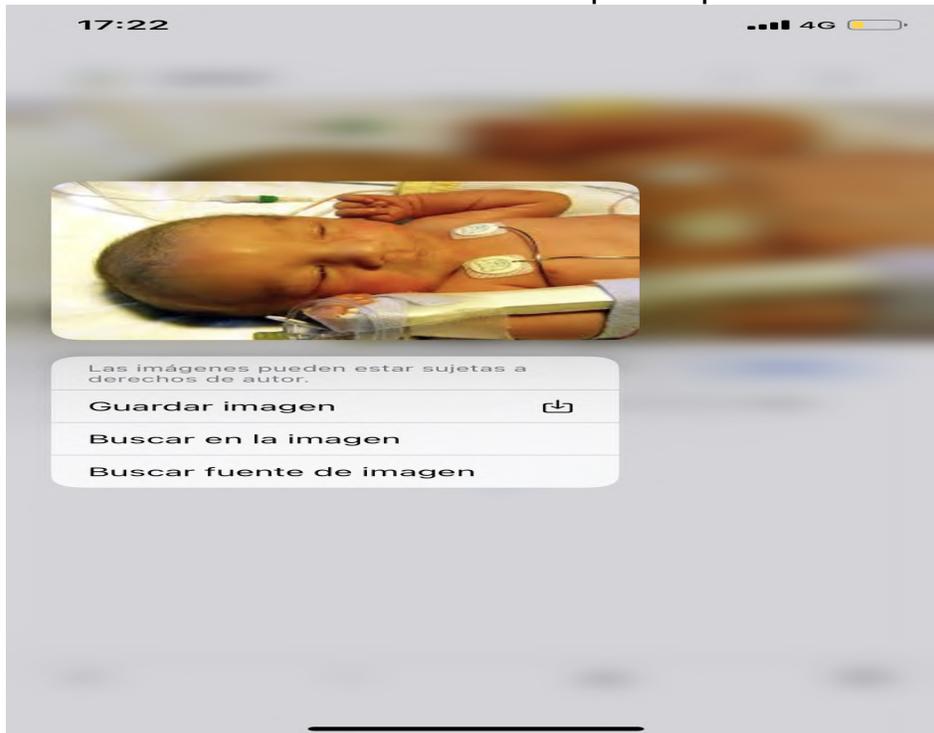
La enfermera tiene la capacidad de garantizar que la irradiación aplicada sea efectiva dentro de estos cuidados, razón por la cual, ha de verificarse la cantidad de horas en que es usada esta unidad; luego ubicar la fototerapia lo más próxima posible al neonato, como de 10 a 30 cm. Es importante recordar 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 incrementa 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.

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

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

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 cardiomonitoreado para mantener un control constante de los signos vitales (Frecuencia cardiaca, 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.

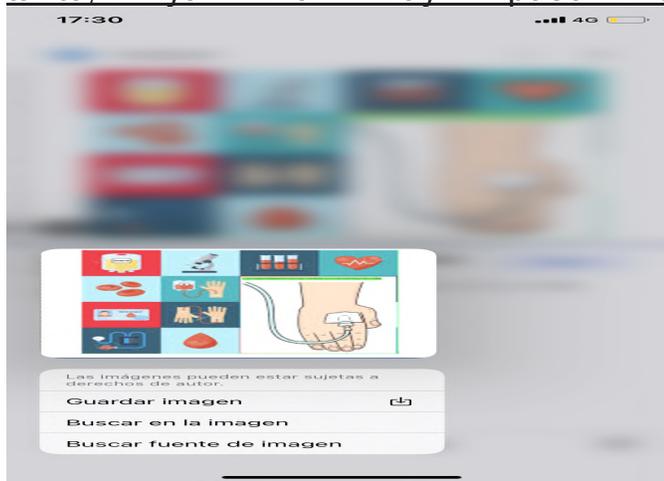
PRECAUCIONES ESTÁNDAR PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- •Familiarizar al paciente con el entorno.
- •Haga que el paciente demuestre el uso de luz de llamada.
- •Mantener la luz de llamada al alcance.
- •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 subcutánea, 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 PREPARATORIO

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 previo 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

Bibliografía : Antología UDs