

* Principio: los alimentos contienen nutrientes esenciales para la vida.

Material y Equipo

- Jeringas de diferentes tamaños
- Goteros
- Vasos graduados
- Bolsas de alimentación
- Sondas de diferentes tamaños
- Guantes
- Hojas de registro

Tipos de Alimentación

- Alimentación con jeringa
- Alimentación con gotero
- Alimentación por sonda nasogástrica
- Alimentación forzada
- Alimentación por gastrostomía

2.8. Valoración del Patrón Nutricional

* Valoración de problemas en la boca: si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras, etc).

* Valoración de problemas para comer: dificultades para masticar, tragar, alimentación por sonda y a sea alimentación enteral o con pases orales.

* Valoración de otros problemas que influyen en el patrón:

- Problemas digestivos (náuseas, vómitos, parasitosis)
- Dependencia / intolerancias alimenticias
- Alergias (suplementos alimenticios)
- Alteraciones de la piel (fragilidad de uñas y pelo)
- Falta de hidratación, Aritmia
- Lesiones cutáneas (alcoholes, lipomas, nevi, verrugas)
- Patología de las uñas

El patrón estará alterado si el manual de valoración de patrones funciona 7 con respecto al mc: patrón alterado superior al 30% o inferior al 18.5%. patrón en riesgo entre 25 y 30, patrón crítico entre 18.6 y 24.9.

Información que no condiciona el resultado del patrón: los items relativos a...

- * Lugar de comidas
- * Nombre
- * Horario
- * Tipo de Comida

Puede usarse el test de MWA, adjunto con el protocolo que valoró el riesgo de malnutrición.

Los problemas de alimentación dan información, pero no todas condicionan el resultado del patrón:

- * Patrón alterado: dieta no equilibrada.

* Patrón en riesgo: dieta insuficiente y comer entre horas, dependerá de las características del individuo.

* Patrón alterado = digestivos, inapetencia, intolerancia o dependencia.

* Patrón en riesgo: comer sin hambre, es un indicador de riesgo de la alteración si el IMC es adecuado.

* Sedentismo: se valora el patrón de actividad - ejercicio.

2ª Cuidados en Pacientes con Problemas nutricionales

Ejecución: Preparación del personal

- * Asegurar que todo el material necesario este a mano.
- * Higiene de manos.
- * Colocación de guantes.

→ Preparación del paciente

- * Identificación del paciente
- * Informar al paciente/familia del procedimiento a seguir
- * Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.

* Preservar intimidad y confidencialidad.

* Colocar al paciente en posición adecuada. Siempre que este indicado, para reducir el riesgo de aspiración.

→ Procedimiento

- Verificar la orden médica y comprobar el tipo de nutrición así como la cantidad a suministrar.
- Comprobar la fecha de caducidad.
- Verificar la temperatura adecuada.
- Colocar la bolsa en el portabolsas.
- Acoplar el sistema al regulador de gases.
- Comprobar la permeabilidad de la sonda.
- Iniciar práticamente la nutrición.
- Comprobar el residuo gástrico.
- Comprobar con frecuencia el ritmo de goteo.
- Esperar de 30 a 60 min. para colocar al paciente.
- Irrigar la sonda con 30 a 50 ml de agua.
- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas.
- Desechar los recipientes de la alimentación enteral.

2.10 Termorregulación

La fiebre se define como una temperatura axilar superior a 38°C o rectal superior a 38.8°C, es una respuesta, rápida e inespecífica medida por mecanismos neuroendocrinos e inmunológicos autónomos y conductuales, que presenta un reajuste al alza del centro termorregulador. Se diferencia de la hipotermia que este se debe a un

desequilibrio entre producción y eliminación de calor por el aumento de la primera o una disminución de la segunda. A este punto puede llegar al aumento del metabolismo, excesivo calor ambiental o alteraciones de las mecánicas.

2.11 Valoración del patrón Termorregulación

- Manifestaciones clínicas: las manifestaciones clínicas típicas del SC incluyen la hipotermia extrema, alteración a nivel de conciencia que puede llegar al coma y anhidrosis.
- Por aumento de la producción de calor:
 - * Actividad física intensa
 - * Fiebre
 - * Infecciones
 - * Convulsiones
 - * Enfermedad de Parkinson
 - * Obesidad
 - * Consumo de alcohol
 - * Transtornos dermatológicos.

2.12 Cuidados en pacientes con problemas de termorregulación

- Hipertermia: Control de signos: durante la hipertermia la FC aumenta en respuesta a la dominación de la presión arterial que se produce como la consecuencia de la vasodilatación.

* Evaluar el color y temperatura cutáneos.

* Descubrir al paciente.

* Administrar líquidos orales frecuentes.

* Medir los aportes y pérdidas.

* Control por medios físicos.

Hipotermia: durante el inicio de la hipotermia la FC y la FR aumentan para compensar las necesidades.

* Trasladar al paciente a un ambiente cálido.

* Mantener las extremidades cerca del tronco.

* Cubrir la cabeza con un gorro.

* Administrar líquidos calientes por VO.

2.13 Piel Mucosas y Anexos

La piel un órgano inmunológico, colapsa que recubre al cuerpo, protege y se relaciona con el ambiente, es muy importante la homeostasis del organismo, controla líquidos y electrolitos por medio del proceso de respiración y transpiración, medida en el control del volumen sanguíneo y la temperatura, barrera física como traumas, fisuras químicas, Rayos UV, microorganismos.

2.14 Valoración de la piel y Anexos

1. Historia Clínica: examen físico completo
2. Valoración periódica nutricional: con un instrumento validado.
3. Una valoración integral: que incluya los aspectos psico-sociales.
4. Valoración del entorno de cuidados (NANDA-NOC-NIC)

→ Anexos "Pelo" "Uñas"

Algunas alteraciones de la distribución y características:

- * Alopecia
- * Alopecia
- * Hirsutismo

2.15 Higiene del paciente

La piel es el órgano que cubre toda la superficie corporal, se deben evaluar los siguientes aspectos:

- Color
- Anexos
- Humedad y turgencia
- Turgor y elasticidad
- Temperatura
- Lesiones

El objetivo de la higiene consiste, en situar al individuo en las condiciones más favorables frente a los riesgos del ambiente, así poder mantener una correcta higiene.

2.16 Prevención de Úlceras por Presión

También conocidas como =escara por presión = =
escara de decubito y úlcera de decubito.

Son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, se producen por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Su desarrollo se conjugan dos mecanismos:

- * Oclusión vascular por la presión externa
- * Daño endotelial a nivel de micro-circulación.

Un buen aporte nutricional nos da fuerza la cicatrización de las UP, si no también evita su aparición (la pérdida de grasa, tejido muscular). El aporte hídrico es indispensable para la prevención de las UP. La valoración del riesgo para el desarrollo, a través de la escala Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.

→ Clasificación de riesgos:

- * Alto riesgo: puntuación total < 12
- * Riesgo Moderado: puntuación total 13-14
- * Riesgo bajo: puntuación total 15-16.