



Nombre de alumnos: Palma Acevedo Felipe Mauricio

Nombre del profesora: Dr. Gerardo Cancino

Nombre del trabajo: resumen 1

Materia: crecimiento y desarrollo.

Grado: 3

Grupo: "A"

Actualmente, la mayor parte de las muertes infantiles se dan durante el primer mes de vida, mostrando la importancia de factores relacionados con la gestación, parto y puerperio. Se destaca que con relación a la disminución continua de la mortalidad post-neonatal

Una de las grandes preocupaciones de la mujer embarazada es el miedo al dolor durante el parto, al ser de intensidad severa a insoportable en más del 50% de las parturientas. El abordaje analgésico de este tipo de paciente ha sido motivo de controversias y discrepancias durante mucho tiempo, lo que ha supuesto una importante limitación a la hora de su adecuada utilización.

El dolor postoperatorio es un problema muy difundido y constante en los cuidados del paciente quirúrgico y a pesar de que los analgésicos son utilizados de modo general para controlar el dolor, la mayoría de los pacientes siguen experimentando alivio incompleto del mismo. Actualmente, hay que tener presente que la analgesia postoperatoria en obstetricia no se circunscribe únicamente al anestesiólogo. En el dolor derivado de cesárea, la incisión quirúrgica es la responsable de liberación de sustancias nociceptivas que estimulan a los nociceptores periféricos, activando a las fibras aferentes del tipo C y A-delta. En la mayoría de las cesáreas se realiza la incisión de Pfannenstiel ya que es una técnica que se asocia a menor pérdida de sangre, menos infección y menos dolor postoperatorio. La incisión de Pfannenstiel afecta habitualmente a los dermatoma T11-12

Valorar la presencia de cualquier tipo de dolor, al ingreso en la unidad, después de un cambio en la situación clínica y antes, durante y después de un procedimiento. Se realizará una valoración integral del dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas apropiadas. Nivel de evidencia Ib – Para valorar la intensidad del dolor se utilizará de manera sistemática una herramienta validada: Escala de Valoración Numérica o Escala visual analógica (EVA). Grado de recomendación = A En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el autoinforme es la fuente principal para la valoración. Grado de recomendación = C Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados. Grado de recomendación = C - El dolor agudo postoperatorio debe valorarse con cierta regularidad, en función de la intervención y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor, en caso de un dolor inesperado, tras la administración de cada analgésico y cuando el dolor no se alivia con las estrategias que previamente eran eficaces. - El dolor es revalorado después de que la intervención haya alcanzado el efecto máximo. – El manejo del dolor debe tener un enfoque multidisciplinar y se establecerá, con ayuda del equipo interdisciplinar, un plan de cuidados en lo que concierne al alivio del dolor Grado de recomendación = C – Se comunicará al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor, el alivio o la ausencia de éste, obtenido con el tratamiento, los objetivos que la paciente espera alcanzar con dicho tratamiento y los efectos que el dolor causa en la paciente, mediante la descripción de los parámetros obtenidos con una herramienta de valoración estructurada. Grado de recomendación = C – Se documentará la valoración del dolor de forma regular y sistemática en un 7 formulario normalizado accesible a todo el personal sanitario implicado en el cuidado. Grado de recomendación = C – La selección de los analgésicos se realizará de forma escalonada en función de la intensidad del dolor. Grado de recomendación = B – Hay que asegurarse de que la elección de analgésicos se adapta a cada persona, teniendo en cuenta el tipo de dolor y la intensidad del dolor. Grado de recomendación = A – Se tendrá en cuenta que el uso de los medicamentos coadyuvantes es un complemento importante para el tratamiento de tipos específicos de dolor. Grado de recomendación = B – Se emplearán los opioides para el tratamiento del dolor de intensidad moderada a severa. Grado de recomendación = A

– Se valorará de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre Grado de recomendación = C

– Se utilizará una tabla de equianalgesia en caso de alergia para asegurar la equivalencia cuando se cambia un analgésico por otro. Grado de recomendación = C – Evaluar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares y tras una modificación de la dosis, la vía o el momento de la administración. Grado de recomendación = C

– Debemos anticiparnos al dolor que pueda aparecer durante ciertos procedimientos y combinar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas como medida preventiva. Grado de recomendación = C

– Uso de analgésicos y/o los anestésicos locales como la base del tratamiento farmacológico de los procedimientos dolorosos. Grado de recomendación = C

– Documentar todas las intervenciones farmacológicas en un registro sistemático del dolor en el que se pueda identificar con claridad el efecto del analgésico en el alivio del dolor. Grado de recomendación = C

– Combinar los métodos farmacológicos y no farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor. Grado de recomendación = C

– Se evaluará la efectividad de cualquier intervención no farmacológica (física y psicológica) y el potencial de interacción con las intervenciones farmacológicas. Nivel de evidencia Ib – Se revalorará la respuesta del paciente a las intervenciones de manejo del dolor de forma consistente utilizando las mismas herramientas de evaluación. La frecuencia de la revaloración vendrá determinada por: Nivel de evidencia IIb - Presencia del dolor - Intensidad del dolor - Tipo de dolor p.ej. agudo versus persistente - La institución sanitaria

– Las instituciones sanitarias deben asegurar que hay recursos disponibles para toda persona, y personal sanitario, con el fin de proporcionar una valoración y manejo del dolor efectivos. Grado de recomendación = C

VALORACIÓN DEL DOLOR

Localización de dolor. • Factores desencadenantes • Irradiación del dolor. • Intensidad del dolor. • Frecuencia temporal (intermitente, continuo). • Medicación para el alivio del dolor y efectos adversos.

-
- Los bebés nacen con respuestas automáticas, llamadas reflejos primitivos, que les ayudan a moverse y desarrollarse. Un ejemplo de esto es chupar un dedo que toca sus labios.
 - Los reflejos primitivos deben integrarse (desaparecer) dentro del primer año. Cuando no lo hacen, pueden tener efectos negativos en la coordinación física, el tono muscular o el aprendizaje, pero estos casos son raros.
-

- Los bebés tienen 70 reflejos primitivos presentes en el útero y en el nacimiento. Los cinco que tienen el mayor impacto en el desarrollo temprano son: El Reflejo de Moro, el Reflejo Tónico Laberíntico, el Reflejo Espinal de Galant, el Reflejo Tónico Asimétrico del Cuello y el Reflejo Tónico Simétrico del Cuello.
- El tiempo boca abajo y el juego enfocado pueden ayudar a integrarlos.

Estos reflejos están presentes en el útero y en el momento del nacimiento y pueden estimularse por cambios en el entorno o en el cuerpo del bebé. Los reflejos primitivos existen para ayudar a un recién nacido a moverse, desarrollarse y sobrevivir, pero deben integrarse o desaparecer dentro del primer año de vida. En la mayoría de los casos esto sucede, pero cuando no lo hacen pueden tener implicaciones negativas en áreas tan amplias como la coordinación física, la enuresis, el tono muscular y las habilidades de aprendizaje.

Cuanto más interactúen los bebés con su entorno y participen en actividades cotidianas, más probable será que esos reflejos se incorporen o se integren en su repertorio básico de movimientos. La buena noticia es que la gran mayoría de los bebés no tendrá problemas al incorporar estos movimientos y los padres pueden ayudarlos participando en un juego guiado.

Los bebés cuentan con 70 reflejos primitivos conocidos presentes en el útero y al momento de nacer. Nos concentraremos en cinco que están entre los que tienen mayor impacto en el desarrollo temprano: el reflejo de Moro, reflejo tónico laberíntico, reflejo de Galant, reflejo tónico asimétrico del cuello y reflejo tónico simétrico del cuello.