



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: SELENY DOMINGO CARDENAS.

TEMA: TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS, EL ENFERMO ONCOLOGICO, UNIDAD 3 y 4.

PARCIAL: I.

MATERIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA I.

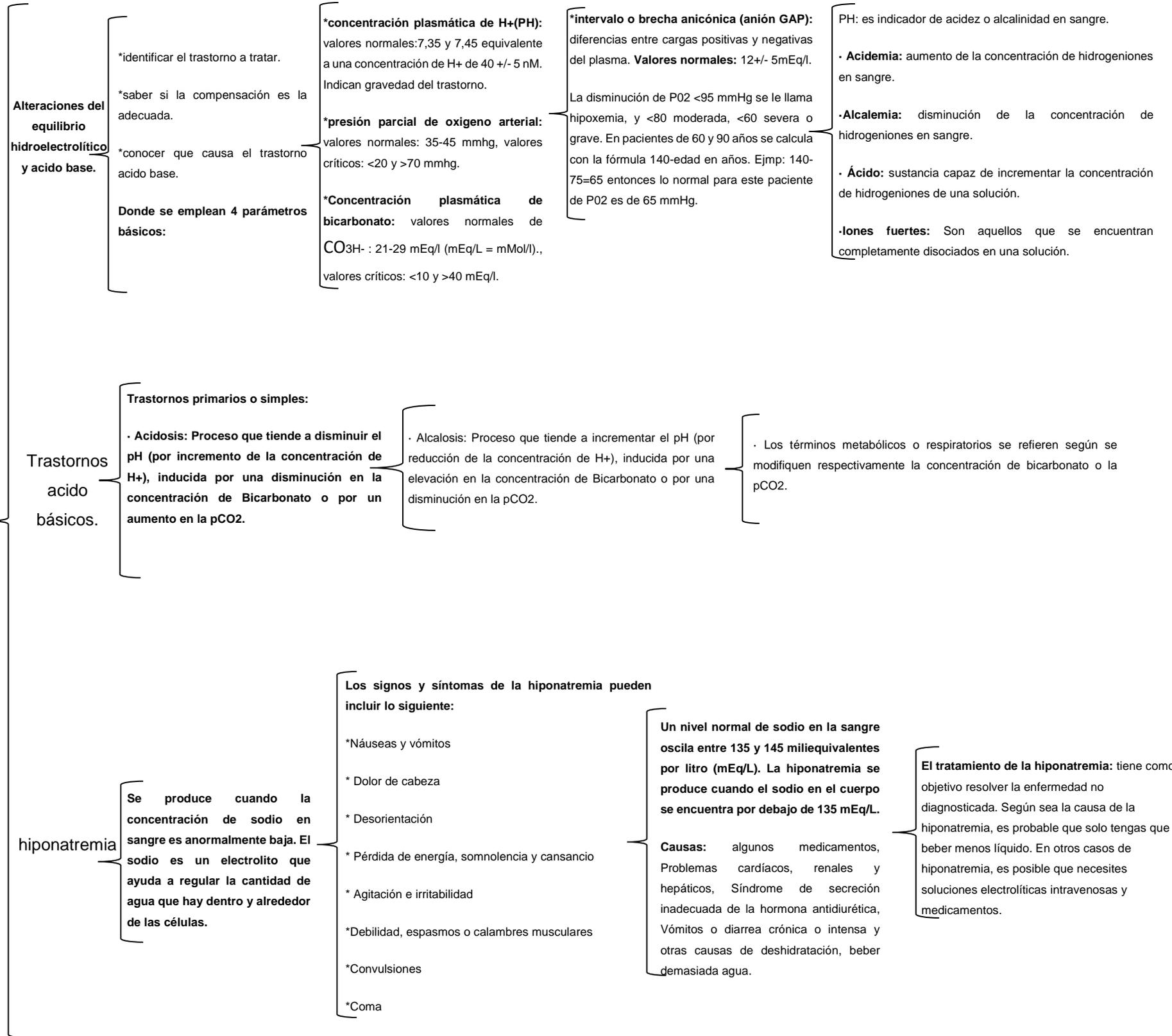
NOMBRE DEL PROFESOR: RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ GARCIA.

LICENCIATURA: ENFERMERIA.

CUATRIMESTRE: 5TO CUATRIMESTRE.

11 DE FEBRERO 2023.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD 3.



TECNICAS Y
PROCEDIMIENTOS
UNIDAD 3.

hipercalcemia

es una enfermedad en la cual el nivel de calcio en la sangre está por encima del normal. Demasiado calcio en la sangre puede debilitar los huesos, formar cálculos renales e interferir en el funcionamiento del corazón y el cerebro.

Síntomas: Es posible que no tengas signos o síntomas si tu hipercalcemia es leve. Los casos más graves producen signos y síntomas relacionados con las partes del cuerpo afectadas por los altos niveles de calcio en la sangre. Por ejemplo:
* **Los riñones:** El exceso de calcio hace que los riñones trabajen más duro para filtrarlo. Esto puede provocar sed excesiva y micción frecuente.

***Aparato digestivo:** La hipercalcemia puede causar malestar estomacal, náuseas, vómitos y estreñimiento.

***Huesos y músculos:** En la mayor parte de los casos, el exceso de calcio en la sangre proviene de los huesos, lo que los debilita. Esto puede ocasionar dolor en los huesos y debilidad muscular.

***Cerebro:** La hipercalcemia puede interferir en el funcionamiento del cerebro, lo que provoca confusión, letargo y fatiga. puede causar también depresión.

***Corazón:** En ocasiones raras, la hipercalcemia grave puede interferir en la función cardíaca, lo cual causa palpitaciones y desmayos, indicaciones de arritmia cardíaca y otros problemas cardíacos.

causas

Además de construir huesos y dientes fuertes, el calcio ayuda a los músculos a poder contraerse y a que los nervios transmitan señales. Si no hay suficiente calcio en la sangre, las glándulas paratiroides secretan una hormona que provoca lo siguiente:

- *Hace que los huesos liberen calcio en la sangre.
- * Hace que el tubo digestivo absorba más calcio
- *Hace que los riñones excreten menos calcio y que activen más vitamina D, que cumple un rol fundamental en la absorción de calcio.

la hipercalcemia puede verse alterado por varios factores. causada por: Glándulas paratiroides hiperactivas (hiperparatiroidismo), cáncer, otras enfermedades como tuberculosis y sarcoidosis, factores hereditarios(genéticos), inmovilidad, deshidratación grave, medicamentos, suplementos.

- Complicaciones:**
- *osteoporosis.
 - *cálculos renales.
 - *insuficiencia renal.
 - *problemas del sistema nervioso.
 - *ritmo cardíaco anormal.

hipocalcemia

trastorno hidroelectrolítico que consiste en la falta de calcio en la sangre, inferior a 8,5 mg/dL. Puede ser de 2 tipos según su origen: por reducción del calcio ionizado o por deficiencia de la hormona paratiroidea.

Síntomas: irritabilidad neuromuscular, espasmos y fasciculaciones, calambres musculares en piernas o brazos. Estos síntomas dependen de la velocidad que se produce la caída de los niveles de calcio en sangre.

Causas: Hipoparatiroidismo, Pancreatitis aguda, Déficit de vitamina D, Síndrome de Di George, Alcoholismo crónico, Hipoalbuminemia, Hiperfosfatemia,.

Prevención: se aconseja seguir una dieta rica en lácteos (leche, yogur, queso), vegetales de hojas verdes, como la espinaca, algunos pescados, como la sardina o el salmón, y cereales ricos en vitamina D. Asimismo, los suplementos de calcio también pueden ayudar a prevenir la hipocalcemia, pero sólo se pueden tomar si el médico lo recomienda.

* **Hombre, de 25 a 65 años de edad:** ingiera 1.000 mg de calcio por día.

***Hombre, de más de 65 años de edad:** ingiera 1.500 mg de calcio por día.

***Mujer, de 25 a 50 años de edad:** ingiera de 1.000 a 1.200 mg de calcio por día.

* **Mujer, de más de 50 años de edad:** ingiera 1.500 mg de calcio por día.

El calcio, en cualquiera de sus formas, necesita vitamina D para ser absorbido. Ingiera entre 400 y 800 mg de vitamina D con sus suplementos de calcio cada día, para asegurarse de que el calcio que se está tomando sea absorbido.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD 3.

venoclisis

Es introducir un catéter en una vena para poder pasar liquido de un contenedor de solución, en el torrente sanguíneo, mediante la punción percutánea de la vena. Esto con el fin de administrar medicamentos de manera continua y controlada, aunque es un método seguro tiene sus fallas en un 96% puede aver complicaciones como infiltración, oclusión del catéter, flebitis, o infección.

Material para canalización: *batea y/o mesa auxiliar, *esponja jabonosa y toalla, *empapador, *compresor, *catéter endovenoso (con sistema de seguridad), del calibre adecuado, *válvula antirreflujo, *tira adhesiva de 1x 10 (esparadrapo), *gasas estériles, *solución antiséptica: clorhexidina acuosa al 2% o alcohol 70%, o en su defecto povidona yodada al 10%, *apósito quirúrgico estéril 5 x 9 cm., *guantes no estériles, *contenedor de material punzante y otro contenedor para material usado.

Sueroterapia continua: además del material anterior se necesita, *sistema de infusión que incluya llave de tres pasos y alargadera de 20 cm., *suero a perfundir, *pie de gotero, * tiras de esparadrapo para fijar el sistema de infusión.

Uso intermitente: *Ampolla monodosis de suero salino 0,9 %, *Jeringa de 2cc.

Para extracción de muestras: *llave de tres pasos, *Heparina sódica diluida (Fibrilin® 20 UI/ml), *Jeringa de 2cc y aguja IV (25 x 9).

Hay que preparar al paciente, lavarnos las manos con agua y jabón por 20 s., elegir catéter y numero, elegir punto de inserción en el paciente, hacerle antisepsia del área a puncionar, con la mano dominante insertar el catéter en un Angulo de 15 a 30 grados hasta que tengamos retorno, y hacemos la fijación de la vía.

Tratamiento nutricional

Dieta de líquidos claros: dieta de transición etapa intermedia entre el ayuno y el inicio de la alimentación, nulo aporte calórico, solo debe consumirse en 24 a 48 hrs. De fácil digestión, sin alimentos sólidos y puede ser fría, de 3 a 5 tomas.

Dieta de líquidos generales: dieta intermedia entre líquidos claros y dieta blanda, el cambio va de acuerdo a la tolerancia del paciente, de fácil digestión sin residuos ni condimentos, todos son en consistencia líquida.

Dieta licuada o enteral: es aquella nutricionalmente completa (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, fibra, vitaminas, minerales y agua) y que es liberada en alguna sección del tracto digestivo, puede ser estomago o intestino (duodeno y yeyuno) y que pasa a través de un dispositivo enteral (sonda).

Dieta semisólida: es completa en cuanto a que logra cubrir los requerimientos nutricionales del enfermo, únicamente que la textura esta modificada, pues los alimentos se procesan o muelen, para que quede una consistencia en puré. No se evitan condimentos.

Indicaciones: En general se indica en: • En etapa pre y post operatoria. • En exámenes de colonoscopia y otras pruebas diagnósticas. • En pruebas de gabinete que requieren reducción de materia fecal. • En condiciones agudas de disturbios gastrointestinales obstructivas e inflamatorias. • En etapa inicial de la transición de la alimentación parenteral a enteral. • En intolerancia a la alimentación sólida. • En trastornos de deglución, como estenosis de esófago. Aporta de 400 a 600 KC.

indicaciones: Cuando el paciente ya ha tolerado la dieta líquida clara, se puede iniciar la líquida general, esta dieta es por vía oral, por lo que el paciente puede paladar el sabor de los alimentos, es la diferencia fundamental de la dieta licuada o enteral, por lo que es de suma importancia verificar buen sabor de los mismos. Aporta de 1500 a 1800 KC.

Indicaciones: Está indicada en pacientes que requieren apoyo nutricio, por no alcanzar su requerimiento nutricional por vía oral, o tienen imposibilitada la vía natural para el consumo de alimentos.

Indicaciones: *Parálisis cerebral infantil (sin mayor dificultad para deglutir). * En presencia de enfermedades o problemas dentales. *Acalasia (problema de esófago). *Post operatorio de laringe, esófago. *Post operaciones estéticas de cuello y cara.

Técnica de nutrición parenteral y enteral.

Todo paciente hospitalizado tiene derecho a recibir soporte nutricional adecuado a su situación clínica. Aporta nutrientes directo al torrente circulatorio de forma extra digestiva en pacientes donde la vía oral no permite cubrir los requerimientos nutricionales. En casos en los que la tolerancia a la nutrición enteral sea limitada, se puede recurrir a un tipo de nutrición mixta, combinando la NP y la enteral.

Está indicada en pacientes que tienen que estar en ayunas por alguna patología. Las vías de administración:

Enteral: los nutrientes se administran directo al torrente circulatorio por medio de una vía periférica, solo se indica en periodos cortos de tiempo, la osmolaridad no debe superar los 800-900 mOsm/L y además el pH debe estar entre 6-7,4., esto para evitar complicaciones. Los pacientes con altos requerimientos proteicos y con restricciones de volumen normalmente quedan excluidos de este tipo de soporte nutricional.

Vía central: abarca al conjunto de técnicas de administración de nutrientes que han de ser infundidos en una vía venosa central, debido principalmente a la elevada osmolaridad de la solución que sobrepasa los 900 mOsm/L. esta vía central permite aportar soluciones de macro y micronutrientes que presenten elevada osmolaridad sin que haya riesgo de flebitis o trombosis. Aunque tiene más probabilidad de riesgo de infección.

TECNICAS Y
PROCEDIMIENTOS
UNIDAD 3.

Nutrición
enteral

Técnica de soporte nutricional donde se administran los nutrientes directo al tracto gastrointestinal mediante sonda.

Hay que identificar a los pacientes que requieran un soporte nutricional específico se necesita tener en cuenta: *valoración nutricional, *edad del paciente, *diagnóstico de la enfermedad.

Elección de la vía

*Sonda nasogástrica. • Sonda transpilórica: nasoduodenal o nasoyeyunal. • Gastrostomía endoscópica percutánea. Radiológica: punción. Quirúrgica.

*Yeyunostomía. • El nivel del TGI en el que se administrará depende de la tolerancia. • La elección de sondas u ostomías viene dada por el tiempo programado para la nutrición enteral; estos "tiempos" se cuantifican individualmente, aunque en general se acepta que el punto de corte estaría en 8-10 semanas.

Elección de la fórmula

La fórmula elegida dependerá de la edad, del funcionamiento del TGI y del diagnóstico del paciente, así como de la forma de administración. Las formulas pueden ser:

1. Por presentación de nutrientes: Poliméricas. Los macronutrientes están enteros sin hidrolizar., *Peptídicas. Cuando las proteínas están hidrolizadas. Normalmente parte de los lípidos están en forma de triglicéridos de cadena media (TCM) y suelen ser fórmulas exentas de lactosa, utilizando dextrinomaltosa como hidrato de carbono.

***Elemental proteínas en forma de aminoácidos:** Parte de las grasas aparecen en forma de TCM y dextrinas más hidrolizadas que en las fórmulas anteriores.

2. Por la densidad energiticoproteica:

*Estándar: 1 kcal/ml.

* Hipercalórica: 1,5-2 kcal/ml.

Técnica de
gasometría

Test allen: consiste en hacer presión en la arteria radial y cubital, pidiéndole al paciente que habrá y cierre la mano y en un lapso de no más de 15 s, debe restablecerse la circulación y coloración de la mano, si esto pasa el test es positivo, de lo contrario es negativo y se procede a realizar la gasometría, puncionando la arteria radial.

Para realizar la gasometría es necesario poner la muñeca del paciente con la palma de la mano hacia arriba, desinfectar la zona con antiséptico, opcional administrar anestésico local de 0.3-0.5 cc masajeando la zona para que absorba el medicamento, localizamos el punto de punción palpando el pulso de la arteria no muy fuerte para no colapsar la arteria, luego se procede a puncionar con la aguja con la mano dominante en un Angulo de 45 grados en la muñeca.

Al estar dentro de la arteria el embolo de la jeringa subirá solo debido a la presión de la sangre que ejercen en las arterias, se obtendrá una muestra de 2-3 cc. Después se ejerce presión en el lugar de punción de 10-15 mn para evitar hematomas y sangrado. Al finalizar se comprueba el pulso de la arteria, y se desecha la jeringa, la muestra debe ser procesada lo antes posible en 10-15 mn, de lo contrario debe conservarse en una nevera con hielo hasta que lleguen al laboratorio.

Técnica de
aspiración de
secreciones.

se realiza cada vez que la persona tosa y movilice secreciones, o se note con dificultad respiratoria (agitado, con esfuerzo al respirar), o cambios en la coloración de la piel, o escuchen ruidos de secreciones bronquiales, si se perciben frémitos en el tórax palpable. si no hay nada de esto se aspira una vez al día.

Procedimiento:

1. Conectar la sonda al aspirador.
2. Encender el aspirador (chequear que aspire).
3. Colocar un guante estéril en la mano hábil y un guante limpio en la otra mano. En caso de no contar con guante estéril, realizar técnica de aspiración con guante limpio, manipulando la sonda con una gasa estéril, para evitar el contacto directo del guante con la sonda.
4. Desconectar al paciente de la humidificación a la que se encuentre conectado.

5. Tomar la sonda con la mano hábil (que tiene el guante estéril colocado) e introducirla suavemente sin aspirar en la cánula de traqueostomía, hasta sentir un tope. Retirar la sonda, aspirando. El procedimiento no debe durar más de 10 segundos (Se puede realizar un conteo hasta 10 para no excederse en dicho tiempo).

6. En caso de constatar secreciones más espesas de lo habitual, algún tapón mucoso o dificultad en progresar la sonda a través de la cánula, con una jeringa inyectar solución fisiológica a través de la cánula (1-3 ml) con una jeringa al momento de la aspiración.

7. Esperar unos minutos a que el paciente se recupere.

8. Repetir procedimiento.

9. controlar la endocanula Es importante que la endocánula de repuesto se guarde seca en un recipiente o bolsa limpio/a.

10. Aspirar puerto de aspiración subglótica en caso de contar con una cánula de estas características. Controlar diariamente que la misma no esté tapada con secreciones.

11. si fuera necesario aspirar la boca usar sonda de aspiración.

12. Reconectar a humidificación. Descartar material y repetir el lavado de manos. Y Controlar oximetría al finalizar la técnica de aspiración.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS UNIDAD 3.

Técnica de oxigenoterapia y aerosol terapia.

tratamiento de prescripción médica en el que se administra oxígeno en concentraciones elevadas con el fin de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno (hipoxia) en la sangre, las células y los tejidos del organismo. En pacientes con insuficiencia renal crónica.

Existen 2 tipos de oxigenoterapia más utilizados:

Oxigenoterapia normobárica: En esta opción el médico incorpora el oxígeno a diferentes concentraciones, normalmente entre el 21 y el cien por cien. La administración se puede realizar mediante cánulas nasales o mascarillas, entre otras opciones.

Oxigenoterapia hiperbárica: el oxígeno se administra siempre al cien por cien de concentración. Para incorporarlo utiliza un casco u una mascarilla. La administración se realiza mientras que el paciente está en el interior de una cámara hiperbárica.

Indicaciones: Esta terapia se prescribe en situaciones en las que los pacientes presentan una disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre como consecuencia de problemas como la anemia o la insuficiencia respiratoria aguda o crónica. Esto puede generar hipoxia.

Complicaciones: Los principales problemas que puede tener este tipo de terapia derivan de una concentración inadecuada del oxígeno, o un exceso del tiempo al que está sometido el paciente al tratamiento. Esto puede ser contraproducente en algunas patologías, como las relacionadas con problemas respiratorios crónicos.

Vías: *cánulas nasales, *mascarilla simple, *mascarilla venturí, *mascarilla de respiración.

Técnica de catéteres venosos.

***Informar al paciente de lo que se le realizara, monitorizar el electrocardiograma antes, colocar al paciente en posición decúbito supino, valorar las venas en ambas extremidades superiores en la fosa ante cubital, se pueden emplear 2 tipos de anestésicos locales (EMLA o CLORETILO), aplicar antiséptico en forma circular de adentro hacia afuera.**

***preparación del personal:** Utilizar técnica estéril en todo momento. Esto implica que la enfermera/o responsable del procedimiento realizará lavado quirúrgico de sus manos, previa colocación de mascarilla y gorro. El secado de las manos se hará con compresas estériles y se colocará bata estéril.

Realización de la técnica: preparar el material a utilizar, realizar antisepsia en el área a puncionar, canalizar la vena con un Abocath #18 ya que si es de menor grosor no pasara, retirar el compresor, Pedir la colaboración del paciente, haciendo que gire la cabeza hacia el lado de la punción, y empezar a introducir la guía a través del angiocatéter. Vigilar el electrocardiograma en todo momento.

Dejar fuera suficiente porción de guía como para poder manejarla con seguridad, y sacar el angiocatéter a través de la guía, Deslizar el dilatador a través de la guía. Al traspasar el tejido subcutáneo y la piel, se debe ejercer cierta fuerza. Si fuera necesario, se puede realizar un corte con un bisturí, en la zona de la punción, colocando el filo hacia arriba, Introducir hasta 40-45 cm, y teniendo en cuenta que, si el brazo es el izquierdo, unos centímetros más, Retirar la guía con cuidado y comprobar el reflujo de sangre en las dos luces con jeringasde 10 ml, conectando después los equipos de suero previamente purgados en cada luz.

Técnica de presión venosa central

está determinada por el volumen sanguíneo, tono vascular y la función del ventrículo derecho.

***La monitorización se realiza mediante un catéter venoso cuyo extremo distal desemboque en la vena cava superior justo por encima de la aurícula derecha. La elección dependerá de la situación del paciente y de la experiencia del profesional que realice la intervención. Las venas de elección es la vena yugular, la subclavia o la femoral.**

Esto se mide mediante dos dispositivos, en primer lugar, una columna de agua cuyas unidades son cm H2O y, en segundo lugar, por un transductor electrónico conectado a un monitor que trabaja con unidades en mmHg. Los valores normales de la PVC están comprendidos entre 2-8 mmHg.

Hay diversas situaciones clínicas que están contraindicadas en las que no está indicado poner un CVC como son: trombosis del vaso venoso a puncionar, síndrome de vena cava superior, vegetaciones fungosas de la válvula tricúspide y extensión de tumor de células renales en AD.

El fundamento por el cual la PVC se ha utilizado durante mucho tiempo como parámetro estimador de la precarga y por consiguiente la necesidad de fluidoterapia es por la capacidad de poder pasar mayor volumen intravascular.

EL ENFERMO ONCOLOGICO UNIDAD 4.

Cuidados de enfermería a pacientes con quimioterapia

Los cuidados que estos pacientes necesitan, se relacionan con efectos secundarios debidos al tratamiento. Siendo un problema potencial las náuseas, sus cuidados: *pueden aparecer en 2-3 hrs después de la quimioterapia y pueden durar hasta 72 hrs, hay que informar al paciente. *disminuir la ansiedad y administrar antieméticos, antes, después y durante el tratamiento. *después de administrarle el citostatico se le puede dar refresco de cola, tostadas o galletas saladas según lo tolere.

Vómitos: Pueden ser agudos las (primeras 24 horas, siendo muy intensos), anticipatorios (antes de la quimioterapia) y retardados (aparecen después de las primeras 24 horas, alcanzando un máximo entre las 48-72 horas y desaparecen al 4º o 5º día. *vigilar la deshidratación. *tratamiento antiemético. *vigilar la persistencia de los vómitos severos, dolor o sangrado o cualquier otra anomalía. *comidas pesadas, grasientas, fritos, picantes, alimentos que produzcan gases o sensación de plenitud, alimentos con colores intensos, sabores fuertes, comidas muy calientes y el café o té. * evitar cocinar.

Estreñimiento: aparecen de 5-8 días después del tratamiento. *algunos citostaticos causan estreñimiento y un trastorno de la motilidad intestinal. *recomendarle al paciente consumir alimentos ricos en fibra para acelerar el tránsito intestinal. *recomendar al paciente que haga ejercicio y masaje abdominal. *en ocasiones puede necesitar usar laxantes, mini enemas, y enemas.

Alopecia: este es un efecto secundario del tratamiento para la quimioterapia, por la división de las células del folículo piloso. *hay que informar al paciente de esta pérdida de cabello que tendrá antes que suceda. *informarnos sobre la gravedad de alopecia del paciente, y darle alternativas para que esto no le ocasione estrés psicológico, como el uso de pelucas para que se sienta bien con su apariencia. *El cuidado del cabello, durante el tratamiento, se realizará con champú de ph neutro con proteínas, para nutrir las células capilares y acondicionadoras cada 2- 3 días, secando y peinando con delicadeza.

Cuidados de enfermería al paciente con dolor.

Hay 3 mecanismos naturales en el organismo que interfieren en el dolor que se siente: Encefalinas (capaces de inhibir la liberación de sustancias P), las **Endorfinas** (han demostrado poseer mayor potencia que las encefalinas) y las **Dinorfinas** (poseen gran efecto analgésico). el tratamiento consiste en intervenciones independientes y de colaboración.

Técnicas de distracción:
*Respiración lenta y rítmica.
*masaje en la zona de dolor.
*música para relajarse.
*imaginación dirigida.
*estimulación cutánea para reducir el dolor.

Administración de analgésicos: Modifican la percepción y la interpretación del dolor a través de la depresión del sistema nervioso central. Pueden ser eficaces siempre que se administren antes de que el paciente manifieste el dolor. Es importante vigilar los efectos secundarios, efectos colaterales y alergias.

Analgesia controlada por el paciente: método de tratamiento para el dolor que le permite al paciente estar activo en su tratamiento para el dolor. Este consiste en la administración de una dosis previamente establecida de un agente narcótico mediante una bomba de infusión electrónica. Esto le permite obtener un grado de alivio del dolor mucho más constante que los sistemas tradicionales. Estos sistemas incorporan mecanismos de seguridad para evitar que el cliente sufra sobredosificación y uso abusivo.

El enfermo en estado de shock.

Afección potencialmente mortal, este se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo el flujo de sangre suficiente, y los órganos y células no reciben suficiente oxígeno para su buen funcionamiento y pueden fallar. Requiere tratamiento rápido 1 de cada 5 personas mueren por esto.

Shock cardiogénico: esto pasa cuando el corazón a resultado muy dañado que es incapaz de mandar suficiente oxígeno y sangre a los órganos.
Causas: las más comunes son por problemas cardiacos serios las complicaciones ocurren después o durante de un infarto agudo al miocardio: *una gran sección del miocardio no se mueve bien o no se mueve en absoluto. *ruptura del musculo cardiaco por ataque al corazón. *presión en el corazón por acumulación de líquido alrededor. *desgarro o ruptura de músculos o tendones que sostienen las válvulas cardiacas. *desgarro o ruptura de la pared del ventrículo derecho o izquierdo. *bradicardia.

Shock hipovolémico: es una afección de emergencia donde hay pérdida de sangre o de otro líquido que hace que el corazón sea incapaz de bombear sangre al cuerpo.

Causas: la perdida de la 5ta parte del volumen de sangre del cuerpo hace que cause este shock. Esta pérdida puede ser debido a: *Sangrado de las heridas. * Sangrado de otras lesiones. *Sangrado interno, como en el caso de una hemorragia del tracto gastrointestinal.

También puede ser provocado por una pérdida de grandes cantidades de líquido por medio de: *quemaduras. *diarrea. *transpiración excesiva. *vómitos.

