



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: Mireya López Vázquez

TEMA: técnicas y procedimientos.

MATERIA: enfermería medico quirúrgica

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García.

LICENCIATURA: enfermería.

CUATRIMESTRE: quinto cuatrimestre.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

Hiponatremia.

La hiponatremia se produce cuando la concentración de sodio en la sangre es anormalmente baja. El tratamiento de la hiponatremia tiene como objetivo resolver la enfermedad no diagnosticada. Según la causa de la hiponatremia, es posible que solo tengas que beber menos líquido.

Síntomas.

- Náuseas y vómitos.
- Dolor de cabeza.
- Desorientación.
- Pérdida de energía, somnolencia y cansancio.

Causas.

- Algunos medicamentos, como algunas píldoras de agua diuréticos.
- Problemas cardíacos, renales y hepáticos. La insuficiencia cardíaca congestiva y determinadas enfermedades que afectan los riñones o el hígado pueden provocar la acumulación de líquidos en el cuerpo.

Hipercalcemia.

La hipercalcemia es una enfermedad en la que el nivel de calcio en la sangre está por encima del normal. Suele ser el resultado de la hiperactividad de las glándulas paratiroides. Estas cuatro glándulas pequeñas están situadas en el cuello, cerca de la glándula tiroides.

Síntomas.

- 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.

Causas.

- 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 activen más vitamina D, que cumple un rol fundamental en la absorción de calcio.

Hipocalcemia

Es un trastorno hidroelectrolítico que consiste en la falta de calcio en la sangre, inferior a 8,5 mg/dL. Si el trastorno se prolonga, puede llevar a una malformación de los huesos, que pueden volverse quebradizos, es decir, con tendencia a fracturarse.

Síntomas.

Los síntomas más comunes en la hipocalcemia son parestesias (adormecimiento y hormigueo de los dedos), espasmos faciales o del carpo, reflejos hiperactivos, irritabilidad, entre otros.

Causas.

- Hipoparatiroidismo
- Pancreatitis aguda
- Déficit de vitamina D
- Síndrome de Di George
- Alcoholismo crónico
- Hipoalbuminemia

Tipos de dietas hospitalarias.

Dieta de líquidos claros

Es una dieta de transición, se considera como una etapa intermedia entre el ayuno y el inicio de la alimentación, nutricionalmente inadecuada debido a su pobre o nulo aporte calórico, debe ser consumida únicamente entre 24 a 48 horas, es de fácil digestión, es monótona, no cuenta con ningún alimento sólido, y puede ser fría, por lo general se fracciona de 3 a 5 tomas.

Indicaciones

- En etapa pre y post operatoria.
- En exámenes de colonoscopia y otras pruebas diagnósticas.
- En pruebas de gabinete que requieren reducción de materia fecal.

Valor nutrimental.

Este tipo de dieta aporta aproximadamente de 400 a 600 Kilocalorías.

Dieta de líquidos generales

Es la dieta intermedia entre los líquidos claros y dieta blanda, el cambio debe realizarse de acuerdo a la tolerancia del paciente, es de fácil digestión, contiene poco residuo y ningún condimento, todos los alimentos se proporcionan en consistencia líquida.

Indicaciones.

En general se indica para progresar a la siguiente dieta: 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 paladear 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.

Valor nutrimental

La dieta aporta aproximadamente un valor de entre 1500 a 1800 Kilocalorías.

Dieta enteral

La dieta licuada también identificada como alimentación 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).

Indicaciones.

Está indicada en pacientes que requieren apoyo nutricional, por no alcanzar su requerimiento nutricional por vía oral, o tienen imposibilitada la vía natural para el consumo de alimentos, en general son pacientes que no pueden o no deben utilizar la primera porción del tracto digestivo, puede ministrarse durante tiempos prolongados, incluso meses.

Valor nutrimental.

El valor nutrimental puede cubrir en la totalidad las necesidades nutricionales del paciente en una distribución normal de nutrientes.

Dieta papilla

Este tipo de dieta 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.

Indicaciones.

- Parálisis cerebral infantil (sin mayor dificultad para deglutir)
- En presencia de enfermedades o problemas dentales.
- Acalasia (problema de esófago)

Valor nutrimental.

El valor puede cubrir en la totalidad las necesidades del paciente en una distribución normal de nutrientes solo cambia la consistencia.

Técnicas de parenteral.

Indicaciones parenterales

Todo paciente hospitalizado tiene derecho a recibir el soporte nutricional más adecuado a su situación clínica. Permite aportar nutrientes directamente al torrente circulatorio de forma extra digestiva en pacientes donde la vía oral o enteral no permiten cubrir los requerimientos nutricionales.

En aquellos 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. En este sentido, se habla de NP total cuando se suministran todos los nutrientes para cubrir todos los requerimientos nutricionales del paciente por vía intravenosa.

Vías de administración

La NP se puede clasificar según sea la vía de administración en central o periférica. a. La administración por vía periférica se recomienda cuando el aporte calórico es reducido o no es posible tener un acceso central, que es lo más habitual en nutrición parenteral.

Vía periférica

A Los nutrientes pueden ser administrados al torrente circulatorio por medio de una vía periférica, generalmente colocada en miembros superiores. Este tipo de acceso sólo está indicado durante cortos periodos de tiempo. Esta localización tiene como principal condicionante la osmolaridad de la preparación parenteral.

La escolaridad viene determinada principalmente por la concentración de macronutrientes (básicamente aminoácidos) y por el volumen a administrar, por lo que los pacientes con altos requerimientos proteicos y con restricciones de volumen normalmente quedan excluidos de este tipo de soporte nutricional.

Vía central.

La nutrición parenteral central engloba al conjunto de técnicas de administración de nutrientes que han de ser infundidos en una vía venosa central, debida principalmente a la elevada osmolaridad de la solución que sobrepasa los 900 mOsm/L.

Al suponer el acceso a venas de mayor calibre, esta vía central permite aportar soluciones de macro y micronutrientes que presenten elevada osmolaridad sin que haya riesgo de flebitis o trombosis.

Técnicas presión venoso central.

Como variable de presión estática estudiada en este trabajo para predecir el volumen se define como, —presión hidrostática generada por la sangre dentro de la aurícula derecha y representa la presión de llenado o precarga del ventrículo derecho.

Esta variable empezó a ganar relevancia en 1970 como parámetro estático para la reanimación hemodinámica por fluidos. Anteriormente, entre 1912 y 1914 Starling la vinculó con el GC

Monitorización.

Se realiza mediante un catéter venoso cuyo extremo distal desemboca 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.

Se puede medir 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 87 monitor que trabaja con unidades en mmHg. Los valores normales de la PVC están comprendidos entre 2-8 mmHg

Se debe tener en cuenta que se debe medir al final de la espiración. Además, en aquellos pacientes ventilados mecánicamente con PEEP, los valores los encontraremos aumentados.

Se ha utilizado durante mucho tiempo como parámetro estimador de la precarga y por consiguiente la necesidad de fluido terapia es por su capacidad de indicar el volumen extravascular, de tal modo que una PVC baja supone un déficit de volumen y unos valores elevados de PVC supone una sobrecarga de volumen.

Esto se debe, en primer lugar, a la relación que hay entre la PEEP y el trabajo del ventrículo derecho y, en segundo lugar, a que la ventilación mecánica con presión positiva aumenta las presiones intratorácicas que producirán alteraciones en el sistema cardiovascular.

EL ENFERMO ONCOLÓGICO.

Problema potencial nauseas

Los cuidados de enfermería que estos pacientes precisan, van siempre relacionados con los efectos secundarios originados por el tratamiento. En relación al paciente la aparición de efectos tóxicos estará condicionada por el estado general del paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Disminuir la ansiedad.
- Administrar antieméticos antes, durante y después del tratamiento (por prescripción facultativa).
- Después de administrar el citostático se pueden dar al paciente bebidas de cola, tostadas o galletas saladas y progresivamente pequeñas cantidades de alimentos, según tolerancia.

Problema potencial vómitos.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Tratamiento antiemético por prescripción facultativa.
- Vigilar sobre la persistencia de vómitos severos, dolor o sangrado o cualquier otra anomalía y registrarlo en la hoja de enfermería. Si existen pérdidas significativas comunicar al facultativo para que valore aportes nutricionales extras.
- Desaconsejar 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.

Problema potencial estreñimiento

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Suele aparecer entre los 5-8 días siguientes al tratamiento.
- Algunos citostáticos pueden causar estreñimiento, causando un trastorno de la motilidad intestinal. También a veces se produce como consecuencia secundaria del uso de antieméticos.
- Recomendar al paciente que tome alimentos ricos en fibra y residuos, para facilitar el tránsito intestinal: fruta con piel, verdura, cereal integral, ciruelas, higos. Que aumente la ingesta de líquidos y que tome zumo de naranja con aceite o una bebida templada o caliente, en ayunas. Excluir el chocolate y el queso.

Problema potencial alopecia.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Se trata de un efecto frecuente que varía en función del tipo de tratamiento quimioterápico utilizado. Ocurre por la rápida frecuencia de división de las células del folículo piloso.
- Informar al enfermo, antes del inicio, de la caída del cabello. Instruirle de los efectos de la quimioterapia sobre los folículos pilosos, con respecto a la caída total o parcial.
- Intentar conocer el impacto de la alopecia en el paciente, ya que en muchos casos provocará un estrés psicológico. Discutir con él las posibilidades o estrategias a seguir. Si su imagen le preocupa, se le inducirá a que utilice peluca, pañuelo, sombrero.

Cuidados de Enfermería al paciente con dolor

Existen tres mecanismos naturales en el organismo que intervienen en la transmisión y percepción del dolor: 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).

Dentro de las primeras encontramos medidas no invasoras como el masaje, la relajación progresiva y la imaginación dirigida. En las intervenciones de colaboración encontramos la administración de analgésicos lo cual requiere la prescripción por parte del médico.

Es muy importante la identificación del dolor por parte de enfermería. Para ello es fundamental transmitir la sensación de que realmente está creyendo el dolor expresado por el propio paciente.

Por otro lado, las enfermeras pueden ayudar a proporcionar información exacta a cerca del dolor, así como facilitar que hablen sobre sus diferentes reacciones emocionales entre las cuales se encuentran el miedo, frustración, impotencia e incapacidad para realizar sus tareas adecuadamente.

El tratamiento de enfermería para el control del dolor consiste en intervenciones independientes y de colaboración.

Lo ideal para tratar el dolor es la combinación de los diferentes métodos para conseguir un alivio eficaz.

Para ello, hay que escuchar con atención lo que el cliente relata acerca de su dolor, atender las demandas del cliente con rapidez y nunca menospreciar su opinión

Se debe explicar que el dolor es una experiencia individual y hablar sobre los motivos por los que el dolor aumenta o disminuye en diferentes circunstancias para que el paciente lo sepa identificar y tenga mayor manejo de la situación.

El enfermo en estado de shock

Shock cardiogenico

Ocurre cuando el corazón ha resultado tan dañado que es incapaz de suministrarles suficiente sangre y oxígeno a los órganos del cuerpo.

Causas

Las causas más comunes son complicaciones cardíacas serias, muchas de las cuales ocurren durante o después de un ataque cardíaco (infarto al miocardio). Estas complicaciones abarcan:

- Una gran sección del miocardio que ya no se mueve bien o no se mueve en absoluto.
- Ruptura del músculo cardíaco debido a daño por ataque al corazón.
- Ritmos cardíacos peligrosos, tales como taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o taquicardia supra ventricular.
- Presión sobre el corazón debido a una acumulación de líquido a su alrededor aponamiento pericárdico.

Shock hipovolémico

Es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.

Causas

La pérdida de sangre puede deberse a:

- Sangrado de las heridas.
- Sangrado de otras lesiones.
- Sangrado interno, como en el caso de una hemorragia del tracto gastrointestinal.

Shock anafiláctico

La anafilaxia es una reacción alérgica grave en todo el cuerpo a un químico que se ha convertido en alérgeno. Un alérgeno es una sustancia que puede ocasionar una reacción alérgica.

Causas

La anafilaxia puede ocurrir como respuesta a cualquier alérgeno. Las causas comunes incluyen:

- Alergias farmacológicas.
- Alergias a alimentos.
- Picaduras/mordeduras de insectos.

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

Los factores de riesgo que predisponen al shock séptico incluyen:

- Diabetes.
- Enfermedades del aparato genitourinario, el aparato biliar o 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 stents de metal o de plástico usadas para el drenaje.
- Leucemia.
- Uso prolongado de antibiótico.

Atención de Enfermería en el post- operatorio.

Fase posterior a la intervención quirúrgica. Este periodo se puede dividir también en

Postoperatorio inmediato:

Transcurre en la Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA), desde que el paciente sale de quirófano hasta que se presenta en una condicione estable y se encuentra totalmente recuperado de la anestesia.

Postoperatorio a corto plazo o general:

Transcurre en una unidad de hospitalización o de cuidados especiales. Dependiendo del estado del paciente y el tipo de intervención quirúrgica.

Postoperatorio a largo plazo:

Que el paciente pasa fuera del hospital y que finaliza una vez está recuperado de los efectos de la intervención quirúrgica.

Esta fase se realiza en un área especializada para atender a los pacientes durante el periodo posquirúrgico inmediato. Así todos los pacientes sometidos a anestesia general o regional, o bien la sedación, deben mantenerse en observación estrecha durante el periodo posoperatorio inmediato, y su condición debe valorarse y estabilizarse.

Desde el quirófano de intervención hasta la URPA deben ir acompañados el anestesiólogo y un celador que transporte la cama. De este modo se reafirma que la transferencia y vigilancia sean seguras, reduciendo al mínimo los riesgos.

Enfermera de la URPA

Miembro que aporta los cuidados al paciente inmediatamente después del procedimiento anestésico, quirúrgico o de otro tipo. El papel que desempeña es cerciorarse de la seguridad del paciente en su trayectoria desde la inconsciencia y la inestabilidad hasta la conciencia y la estabilidad.

La vigilancia es crucial debido a que el paciente se encuentra en alto riesgo durante este proceso. Por ello debe de haber un desfibrilador, tomas para aspiración, equipo de urgencia y fármacos de reanimación.

Responsabilidades / actividades:

- Valoración del paciente y atención de la vía aérea
- Observación y vigilancia del paciente.
- Tomar y valorar las constantes vitales y controlarlas cada 15 minutos.
- Llevar a cabo la reanimación.
- Control del dolor agudo, las náuseas y el vómito.
- Control de equilibrio de líquidos del paciente (apósitos, sondas, drenajes).
- Registro de los cuidados de Enfermería durante el periodo posoperatorio inmediato.
- Control del dolor en el posoperatorio.

