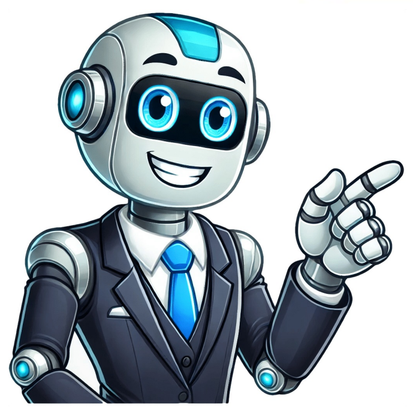
Continue



0 calificaciones0% encontró este documento útil (0 votos)542 vistasEste documento presenta el procedimiento de alimentación gástrica por sonda o gastroclisis en enfermería de hospitalización. Describe los objetivos, principios científicos, equipo necesario …Descripción mejorada con IAGuardarGuardar Alimentacion Gastrica Por Sonda o Gastroclisis para más tarde0%0% encontró este documento útil, undefined 0 ratings0% found this document useful (0 votes)19 viewsSOLIS PALMA JOHANA MANUELASaveSave La Gastroclisis For Later0%0% found this document useful, undefined Gastrostomía De Wikipedia, la enciclopedia libre Saltar a: navegación, búsqueda Gastrostomía con sonda de una sola vía. Cada vez son más frecuentes las sondas de doble vía, que permiten separar el acceso para la medicación del de la alimentación. Se denomina gastrostomía o gastrostomía endoscópica percutánea (más conocida por sus siglas en inglés: PEG) a una intervención quirúrgica que consiste en la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago. Es un método seguro que se considera de elección en situaciones de nutrición enteral prolongada, ya que previene las complicaciones más habituales de la sonda nasogástrica (obstrucción, recambios frecuentes, imposibilidad de colocación por estenosis esofágica...).[1] Es de fácil manejo, lo que permite su uso en pacientes ambulatorios por parte de cuidadores no cualificados.[2] [editar] Bibliografía • Sebastián Domingo JJ. Gastrostomía endoscópica percutánea. Actualizaciones temáticas Madaus en Gastroenterología. Servicio Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, 2001. Gastrostomía De Wikipedia, la enciclopedia libre Saltar a: navegación, búsqueda Gastrostomía con sonda de una sola vía. Cada vez son más frecuentes las sondas de doble vía, que permiten separar el acceso para la medicación del de la alimentación. Se denomina gastrostomía o gastrostomía endoscópica percutánea (más conocida por sus siglas en inglés: PEG) a una intervención quirúrgica que consiste en la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago. Es un método seguro que se considera de elección en situaciones de nutrición enteral prolongada, ya que previene las complicaciones más habituales de la sonda nasogástrica (obstrucción, recambios frecuentes, imposibilidad de colocación por estenosis esofágica...).[1] Es de fácil manejo, lo que permite su uso en pacientes ambulatorios por parte de cuidadores no cualificados.[2] [editar] Bibliografía • Sebastián Domingo JJ. Gastrostomía endoscópica percutánea. Actualizaciones temáticas Madaus en Gastroenterología. Servicio Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, 2001. Índice Anterior Siguiente Rev Cubana Enfermer 2006;22(4) Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Cuidados de enfermería en la nutrición parenteral y enteral del recién nacido Lic. Frank W. Castro López y Lic. Gretel González Hernández 1 2 Resumen El soporte nutricional es el aporte de los nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales en el recién nacido (RN) cuando no es posible la alimentación convencional, así sea mediante la nutrición parenteral total, la nutrición enteral o ambas. Este tipo de soporte tiene como propósito reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la malnutrición. El personal de enfermería debe responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos que requieren de una nutrición adecuada, es por eso que se requiere de un personal calificado y entrenado, pues la evolución de estos pacientes depende en gran medida de los cuidados de enfermería. Se realizó una revisión bibliográfica actualizada, con el objetivo de profundizar en los cuidados de enfermería que se aplican en los pacientes con soporte nutricional. Palabras clave: Soporte nutricional, nutrición parenteral, nutrición enteral, cuidados de enfermería. El desarrollo científico-técnico alcanzado en las últimas décadas, acompañado de la evolución de las nuevas tecnologías, la incorporación de nuevos medicamentos y el aporte de nuevos descubrimientos en el soporte nutricional, ha influido en la evolución favorable del neonato enfermo y por tanto, ha contribuido en que aumente la sobrevida. 1 El papel de la enfermera en el cuidado de estos RN enfermos, se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos que requieren de una nutrición adecuada, ha permitido que esta ocupe un gran espacio en la especialidad. El soporte nutricional se define como el aporte de los nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales en el RN, cuando no es posible la alimentación convencional, así sea mediante la nutrición parenteral total (NPT), nutrición enteral (NE) o ambas. El objetivo fundamental de este tipo de soporte es reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la malnutrición. 1,2 Los cuidados de enfermería en un paciente con soporte nutricional, requieren de un personal calificado y entrenado pues la evolución del paciente y el éxito de la nutrición, dependen en gran medida de estos cuidados; aunque existen muchos aspectos para valorar en relación con los criterios de la NPT, como son: el tiempo de permanencia, las vías de acceso menos agresivas, los nutrientes específicos que deben utilizarse y las complicaciones que pueden derivar a largo plazo, de un soporte inadecuado. 1-3 Debido a los problemas que se afrontan en la actualidad con el manejo de los RN con NPT y NE, que cada día estos soportes nutricionales se aplican con más frecuencia en las unidades de cuidados especiales neonatales, por la alta morbilidad de los pacientes de alto riesgo, fundamentalmente el RN bajo peso, se realizó esta revisión bibliográfica actualizada, con el objetivo de profundizar en los cuidados de enfermería que se aplican en los pacientes con soporte nutricional. Métodos Se realizó una revisión bibliográfica actualizada, donde se abordaron definiciones y las características principales de los diferentes soportes nutricionales que se aplican a los RN graves en las unidades de cuidados especiales neonatales, además se hizo una explicación detallada de los cuidados de enfermería que se llevan a cabo tanto en la NPT y en la NE, así como las complicaciones más frecuentes de cada técnica. Para la búsqueda de información se hicieron revisiones de libros, revistas científicas, así como la búsqueda en páginas web que contenían información relacionada con el tema. Nutrición parenteral total La NPT consiste en la administración de nutrientes en el organismo a través de la vía endovenosa. Está indicada en todos aquellos pacientes con incapacidad de ingerirlos por vía oral para cubrir sus necesidades nutricionales ante la incapacidad de su sistema digestivo. Pueden ser: RN pretérmino de muy bajo peso, RN que a causa de su enfermedad no pueda recibir alimentación oral por más de 3 días, RN con trastornos gastrointestinales quirúrgicos, pacientes con insuficiencia renal aguda o con insuficiencia respiratoria grave, diarreas intratables, síndrome de intestino corto, enterocolitis necrosante, entre otras. 4,5 Composición de la nutrición parenteral: Carbohidratos (glucosa de diferentes osmolaridades): • Lípidos. • Electrólitos (sodio, cloro, potasio, calcio, magnesio). • Oligoelementos (zinc, cobre, magnesio, cromo). • Vitaminas. Los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental en el éxito de la NPT en el RN grave, pues la mayoría de las acciones del manejo del paciente que recibe este soporte nutricional, recaen en la enfermera; desde la preparación de la hidratación, la canalización de un acceso venoso -incluyendo los cuidados- hasta la observación clínica detallada del paciente. 3 Preparación de la nutrición parenteral La nutrición parenteral requiere una preparación bajo estrictas normas de asepsia y antisepsia. Previo a la preparación, el personal debe realizarse un lavado de manos vigoroso y usar soluciones desinfectantes, usar ropa adecuada incluyendo gorro, cubreboca y guantes estériles. 3 El local donde se prepara la hidratación debe estar provisto de una cabina de flujo laminar horizontal, que mantenga una temperatura adecuada entre 24 y 28 C, una buena iluminación y que se encuentre sellado, para evitar las corrientes de aire y el acceso de personal innecesario. o 3 La enfermera(o) debe cerciorarse de disponer a su alcance de todo el material necesario y de la desinfección previa del local, de los frascos y ámpulas que va a utilizar; además debe asegurarse de que los medicamentos coincidan con los indicados por el médico y siempre revisando la fecha de vencimiento. Es muy importante que el personal que se dedique a esta actividad tenga una adecuada preparación y experiencia, para que garantice que la preparación de las soluciones sea adecuada, con las dosis exactas, y analice la compatibilidad y estabilidad de las mezclas. 3 Material necesario en la preparación de la hidratación parenteral: • Bolsas EVA o PVC. • Filtros de diferentes micras. • Jeringuillas de diferentes calibres. • Equipos de venoclisis. • Torundas de gasa. • Cubeta metálica con tapa. Dentro de las precauciones que se deben tener con la NPT está el uso de los filtros: se recomienda utilizar filtro de medidas de 0,22 micras cuando la relación calcio-fósforo esté en rango de riesgo, y de 1,2 micras cuando se utilicen lípidos. Si la preparación contiene multivitaminas se recomienda proteger el frasco de la luz, ya que es fotosensible a varias horas de exposición. 1,3 Una vez que se termine la preparación de la hidratación, con todas las medidas pertinentes, se recomienda rotular el frasco con el nombre del paciente y número de historia clínica, fecha de preparación, volumen y concentración de todos los componentes, la osmolaridad y el flujo del goteo. El frasco de la hidratación debe llegar al paciente bien protegido, extremando las medidas de higiene y aplicando las medidas de conservación. La hidratación se conserva en refrigeración si no se va administrar en el instante; aunque es aconsejable prepararla en el momento de administrar, para evitar la contaminación o precipitación de la mezcla. 3 Existen distintas formas de acceso venoso en el neonato, central o periférica, para la administración de nutrientes por vía parenteral, a través de la vena umbilical (la vía más utilizada hace unos años), por acceso a venas periféricas o mediante la cateterización por el catéter epicutáneo de silicona. 6 La cateterización mediante el catéter epicutáneo ofrece numerosas ventajas con respecto a la NPT, pues por su longitud permite llegar a vasos de mayor calibre y de esta manera las infusiones que se producen causan menos fenómenos inflamatorios irritativos en el endotelio; la permanencia es de 21 días, por lo que tiene menor frecuencia de cambio, lo que reduce el riesgo de infección bacteriana; menor riesgo de bloqueo, lo que permite períodos de aplicación más largos y disminuye considerablemente la morbilidad y la mortalidad infantil debido a las complicaciones que pueden ser evitadas. 6 La vía de acceso seleccionada está en dependencia de la osmolaridad y de la concentración de los nutrientes que componen la hidratación. Las concentraciones altas deben administrarse a través de un acceso venoso central para evitar, en caso de extravasación, fenómenos imitativos y necrosis de la zona. Solamente las osmolaridades menores de 600 mOsm/L pueden infundirse a través de una vena periférica. 3,7 En la administración de la NPT mediante la vena periférica, hay que tener como primera precaución la osmolaridad de la mezcla, pues es una de las principales causas de la aparición de la flebitis, y se ha demostrado una relación directa entre el grado de osmolaridad y la incidencia de esta. Generalmente este medio se utiliza cuando se piensa que el RN resuelva pronto el problema gastrointestinal y retome la vía oral, porque la durabilidad es limitada, no debe extenderse por más de 3 días. 7 Generalmente esta vía se indica al comienzo y final de la NPT, ante dificultades técnicas para acceder al sistema venoso profundo en el RN, complementaria a la nutrición oral o enteral o por otros motivos específicos como es la retirada de un catéter central por sepsis. 7 Esta vía es muy susceptible a los cambios y a los movimientos bruscos, son muy frecuentes las extravasaciones si no se inmoviliza el miembro adecuadamente y se recomienda evitar las punciones próximas a las zonas de flexión. Por todo ello la enfermera debe controlar constantemente el estado de la vena en busca de flebitis y vigilar que no se detenga la perfusión continua de los líquidos, para evitar la obstrucción. 7 Cuidados de enfermería generales en el RN con NPT: 1. Utilizar siempre una bomba de infusión para la administración de la NPT, para llevar un control estricto del flujo por horas y así evitar una hiperhidratación en el paciente. 2. Utilizar la hidratación siempre dentro de las primeras 24 h posteriores a su preparación, para evitar la precipitación de las mezclas y su contaminación. 3. Medir e interpretar los signos vitales cada 4 h, enfatizando en la frecuencia cardíaca, que varía en caso de una hipo e hipervolemia y en la temperatura, que indica infección. 4. Pesar diariamente al RN, para llevar un control estricto de su evolución; normalmente el RN debe aumentar +/- 25 g diarios, de lo contrario la hidratación no es eficaz. 5. Llevar un control del balance hidromineral, cuantificar los ingresos y egresos totales, para analizar si el balance es positivo o negativo. 6. Evitar usar esta vía para otros propósitos, no se recomienda la administración simultánea de drogas, antibióticos u otros expansores. Hay muchos electrolitros y vitaminas que se inactivan o precipitan al interactuar con otros medicamentos. 7. Cambiar el equipo de venoclisis y filtros cada 24 h, para evitar las infecciones y la acumulación de residuos que pueden provocar un tromboembolismo. 8. Garantizar la vía distal de los miembros superiores para administrar la NPT por los beneficios que reportan con respecto a las vías de los miembros inferiores. 9. Evitar utilizar llaves de tres vías para la administración de la NPT, porque se acumulan residuos de los mismos electrolitos y pueden provocar una obstrucción en el catéter de pequeño calibre o un tromboembolismo. 10.Impedir que el frasco o bolsa de la NPT permanezca instalado en el paciente por más de 24 h, pues la mezcla puede precipitarse o contaminarse. 11.Mantener refrigerada la mezcla a una temperatura de 4 oC en caso de no administrar en el instante, y retirar del refrigerador 15 min antes de su administración, para que alcance la temperatura ambiente. 12.Observar la mezcla constantemente en el momento que se está administrando al paciente, en busca de precipitaciones y turbidez; en caso de aparecer retirar inmediatamente. 13.Administrar heparina a la hidratación, según el peso del RN, para evitar la obstrucción por coágulos en el catéter de pequeño calibre. 14.Realizar controles microbiológicos a las mezclas preparadas, la sepsis es una de las complicaciones más frecuentes, fundamentalmente cuando se administran lípidos. Las complicaciones más frecuentes de la NPT en los RN son las metabólicas y las infecciosas. En relación con las complicaciones infecciosas están vinculadas al hecho de que los RN son inmunodeprimidos y por esta razón muy susceptibles a estas técnicas invasivas. Son muy frecuentes las infecciones originadas en el sitio del catéter o por contaminación de la mezcla. 8 Entre las complicaciones metabólicas se encuentran: con más frecuencia la hiperglicemia, que se presenta durante los primeros días de vida principalmente en los RN prematuros. La hipoglicemia se presenta en los niños cuando se disminuye la glucosa de forma brusca. La administración de lípidos reporta complicaciones con mayor frecuencia en los RN bajo peso al nacer. Por otro lado, también puede presentarse acidosis metabólica, hiponatremia, hipocalcemia y colestasis hepática, esta última es una de las complicaciones más graves, determinada por inmadurez de las vías biliares y de la circulación enterohepática. 8 Nutrición enteral La NE en el RN consiste en la administración por vía digestiva de los nutrientes necesarios para conseguir un estado nutricional adecuado, generalmente se realiza mediante algún tipo de sonda nasogástrica que suprime la etapa bucal y esofágica de la digestión; por ella se administran la propia leche materna, fórmulas de leches industriales o algún nutriente químico definido. 9,10 En los últimos años ha existido un notable avance en cuanto a la NE, debido al desarrollo de nuevas formas y materiales para el acceso entérico y la elaboración de fórmulas enterales especializadas, lo que ha facilitado la NE exitosa, fundamentalmente en el RN grave, y en especial en el prematuro. 9,10 La NE es una alternativa que reporta numerosas ventajas en el RN, pues tiene menor morbilidad y efecto trófico sobre el tracto gastrointestinal; menos complicaciones metabólicas, sépticas y mecánicas; no altera la función hepática y favorece la tolerancia a los alimentos convencionales. 10,11 Generalmente se realiza mediante la técnica de gabaje lento, que consiste en la administración de la dieta por gravedad con una jeringuilla, o mediante la gastroclisis, que consiste en la administración de nutrientes mediante una bomba perfusora que regula estrictamente el flujo. Un aspecto importante a tener en cuenta en la administración de nutrientes por gabaje, es que debe introducirse por gravedad, sin presionar el émbolo de la jeringuilla, para que baje el contenido lentamente según la capacidad del estómago. De lo contrario el RN puede presentar contenido gástrico y distensión abdominal. Cuidados de enfermería generales en el RN con NE: • Verificar la tolerancia de la dieta midiendo el contenido gástrico, si fuese mayor de 20 mL reintroducir el líquido en el estómago y suspender la toma. • Lavar la sonda con agua después de la administración de la dieta, con el fin de evitar la obstrucción de la misma y que se quede impregnada en las paredes la grasa de la leche. • Mantener al paciente en decúbito supino con la cabeza ladeada, con una elevación de 30-45o para evitar broncoaspiración en caso de que ocurra regurgitación o vómito. • Realizar fijación de la sonda en la nariz o mejillas, para evitar la salida accidental y así una broncoaspiración. • Cambiar las sondas cada 24 ó 48 h, para evitar el posible crecimiento bacteriano y lesiones en la región orofaringe. • Verificar que la dieta que se va a administrar al paciente se corresponda con la indicada por el médico, en cuanto a cantidad y composición. • Administrar la dieta con la concentración y flujo adecuado. No administrar a altas velocidades para evitar contenido gástrico. • Seleccionar la sonda con el calibre adecuado que se corresponda con el peso del paciente y sus características anatómicas. • Extremar las medidas asépticas, con lavado de manos antes, durante y después de la manipulación. Las complicaciones más frecuentes de estas técnicas son las mecánicas, las digestivas y las infecciosas. La mayoría de los problemas suelen ser banales y corregibles, cuando se realiza una intervención oportuna de enfermería. 10-12 Las complicaciones mecánicas son las más frecuentes, normalmente se encuentran en relación con la técnica de inserción de la sonda de alimentación, la colocación correcta en el tracto digestivo, el tiempo de permanencia de la sonda, así como el protocolo de cuidados de enfermería que se aplica. 12 Las erosiones y necrosis del ala de la nariz y la formación de abscesos en el septum nasal suelen deberse a decúbito por presión, las causas más frecuentes son la fijación inadecuada de la sonda y la ausencia de recambios de la misma. La esofagitis puede ser persistente, debido tanto a la irritación de la mucosa por la compresión de la propia sonda, como al reflujo gastroesofágico inducido por la incompetencia del esfínter esofágico inferior por el paso de la misma. 12 Una de las complicaciones más graves es el mal posicionamiento de la sonda, la introducción de la misma dentro del árbol traqueobronquial o en el espacio pleural, que puede provocar una broncoaspiración, por lo que es de vital importancia que la enfermera se cerciore de que la sonda se encuentre correctamente colocada en el estómago. Es muy frecuente la retirada accidental de la sonda como consecuencia de una fijación incorrecta. 9-12 La obstrucción de la sonda es un evento bastante común, como consecuencia de un lavado inapropiado de la misma. Se recomienda que después de cada toma se enjuague la sonda con agua estéril, y así se eliminan de paso los residuos que pueden quedar en ella. Los vómitos suponen la emisión de la leche a través de la boca o las fosas nasales, que se acompaña de movimientos expulsivos del paciente. Por el contrario, la regurgitación se define como la emisión de cualquier cantidad de leche en la cavidad oral u orofaríngea, o como la salida espontánea sin movimientos expulsivos. Ambas pueden ser consecuencia de problemas mecánicos relacionados con la sonda o por alteraciones en la motilidad gástrica. 12 Entre las afecciones digestivas se encuentra con mucha frecuencia la distensión abdominal, que se debe a un desequilibrio entre la oferta de nutrientes y la capacidad funcional del tubo digestivo. Las diarreas son uno de los signos de alarma más graves y se recomienda la suspensión inmediata. 9,12 En las complicaciones infecciosas se encuentra la contaminación de los tramos o de la dieta, provocada por la mala manipulación o por la inadecuada conservación de la leche, que se recomienda no exceda a 4 h de exposición a temperatura ambiente. La enterocolitis necrotizante es un síndrome clínico que se caracteriza por distensión abdominal, diarrea con emisión de sangre, fiebre y leucocitosis. Esta es una de las complicaciones más graves de la nutrición enteral. 12 Consideraciones generales La NPT no constituye una alimentación fisiológica para el RN y por ello se recomienda ofertarla el menor tiempo posible, así las complicaciones serán menores. Cuando esta modalidad se puede combinar con alimentación enteral mínima, la evolución nutricional del paciente es mucho mejor, tanto en la terapia intensiva como en su proceso de recuperación. Los cuidados de enfermería son fundamentales en el manejo nutricional del RN grave, pues la mayoría de las acciones recaen en la enfermera; desde la preparación de la hidratación o la fórmula, los cuidados en la administración hasta la observación clínica detallada del paciente. Es por eso que se requiere de un personal calificado y entrenado, pues la evolución del paciente y el éxito de la nutrición dependen en gran medida de las intervenciones oportunas de enfermería. Summary Nursing care in the parenteral and enteral feeding of the newborns Nutritional support is the contribution of the nutrients required to maintain the vital functions in the newborn (NB) when conventional feeding is impossible by total parenteral nutrition, enteral nutrition, or both. The aim of this type of support is to reduce the morbidity and mortality associated to malnutrition. The nursing staff should respond to the health care needs of these neonates requiring a proper feeding. That is why a qualified and trained staff is necessary, since the evolution of these patients depends largely on nursing care. An updated bibliographical review was made to go deep into the nursing care applied to the patients with nutritional support. Key words: Nutritional support, parenteral nutrition, enteral nutrition, nursing care. Referencias bibliográficas 1. González A, Díaz-Argüelles V, Porto S. Nutrición parenteral precoz en el neonato grave. Rev Cubana Pediatr. 2004;76 (2). 2. Pineda S, Mena V, Domínguez Y, Fumero Y. Soporte nutricional en el paciente pediátrico crítico. Rev Cubana Pediatr. 2006;78(1). 3. Echeverri S, Félix Patiño JF, Vergara A, Carvajal CM, Castillo M. Guía para nutrición parenteral. Actual. Enferm. 2003;6(3):31-8. 4. Domínguez Dieppa F. Guías de prácticas clínicas en neonatología, La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1999. 5. Dueñas E, Mesa L, Domínguez F, Moreno O. Pediatría 5, La Habana: Editorial Pueblo y Educación;2000. 6. Castro López F. Beneficios del catéter epicutáneo en el recién nacido. Rev Cubana Enfermer. 2004;20(2). 7. Esarte JM, Escartín J, Ardevines C, Dobón MA, Cebollero MP, Valenzuela B, et al. Nutrición parenteral periférica: una alternativa para el soporte nutricional en cirugía. Rev Cirugía España. 2000. 8. Torres S, Neri MC, Retana R. Complicaciones de la nutrición parenteral total en neonatos. Rev Mexicana Pediat. 2000;67(3). 9. Adalid U, Alegre J. Alimentación enteral. Boletín oncológico. 1999;10 (1). 10.Martínez C, Santana S, Barreto J. Diseño e implementación de un esquema intrahospitalario de nutrición enteral. Rev Cubana Aliment Nutr. 2001;15(2):130-8. 11.Pineda Pérez S. Soporte nutricional en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(3). 12.Michavilla A y cols. Principios de urgencia, emergencia y cuidados críticos. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva Urgencias y Coronarias; 2006 [citado 12 agosto 2006]. Disponible en: Recibido: 17de agosto de 2006. Aprobado: 20 de octubre de 2006. Lic. Frank W. Castro López.Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Línea 202 esq. I, Vedado. e-mail: [email protected] 1 Profesor instructor. Diplomado en Atención Integral al neonato. Docente asitencial. 2 Índice Anterior Siguiente Principio del formulario S0212-16112008 Final del formulario Principio del formulario S0212-16112008 Final del formulario Principio del formulario S0212-16112008 Final del formulario Mi SciELO • Servicios personalizados Servicios Personalizados Articulo • Articulo en PDF • Articulo en XML • Referencias del artículo • Como citar este artículo • Traducción automática • Enviar articulo por email Indicadores • Citado por SciELO • Accesos Links relacionados • Citado por Google • Similares en SciELO • Similares en Google Bookmark • Share on deliciousShare on googleShare on twitterShare on diggShare on citeulikeShare on connotea|More Sharing ServicesOtros Nutrición Hospitalaria versión impresa ISSN 0212-1611 Nutr. Hosp. v.23 supl.1 Madrid mayo 2008 ÁREA TEMÁTICA: PACIENTE CRÍTICO La nutrición parenteral total con dipétido de glutamina disminuye la infección nosocomial de los pacientes de cuidados intensivos: un estudio prospectivo, aleatorio, de doble ciego y multicéntrico Bonet A1, Grau T2, Piñeiro L1, Miñambres E3, Acosta J4, Robles A5, Irles JA6, Palacios V7, Martínez P8 1 Hospital Josep Trueta. Girona. 2Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. 3Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. 4Hospital General de Alicante. 5Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona. 6Hospital de Valme. Sevilla. 7Hospital Miguel Servet. Zaragoza. 8Hospital Universitario de Puerto Real. El objetivo fue valorar la eficacia clínica de la Nutrición Parenteral Total (NPT) con dipéptidos de glutamina en pacientes de cuidados intensivos en términos de infección nosocomial o de nuevo fracaso de órganos. Material y Métodos: En este estudio prospectivo, aleatorio, doble ciego y multicéntrico, los pacientes recibieron NPT con dipéptidos de glutamina (Glu-NPT) o una NPT estándar (S-NPT), ambas isocalóricas e isonitrogenadas. Criterios de inclusión: Pacientes adultos que precisaban NPT de 5-10 días tras su ingreso en UCI con APACHE II > 12. Criterios de exclusión: Desnutrición u obesidad, insuficiencia renal o hepática crónicas, pacientes inmunosuprimidos o escasa expectativa de supervivencia. Ambos grupos recibieron la NPT en infusión continua a través de una vía central. Los requerimientos nutricionales se calcularon utilizando el peso usual del modo siguiente: 0,25 g.N kg-1 d-1 y 25 kcal kg-1 d-1. El grupo Glu-NPT recibió 0,5 g kg-1 d-1 de dipéptidos de glutamina y el grupo S-NPT una cantidad similar de aminoácidos. Se registraron los datos demográficos, el tipo de paciente, SOFA diario y al alta, las calorías diarias administradas y las infecciones nosocomiales según los criterios del CDC. Se registró la mortalidad, la estancia en UCI y hospitalaria. Se realizó un análisis por intención de tratar y por protocolo. Las tasas de infección se compararon utilizando las densidades de incidencia y el D-SOFAmediante la prueba de ANOVAy un modelo de regresión lineal. Resultados: Se aleatorizaron 132 pacientes y 117 recibieron NPT, 53 recibieron Glu-NPT y 64 S-NPT. Las características demográficas de ambas muestras fueron similares. La incidencia de infecciones nosocomiales fue inferior en el grupo tratado con Glu-NPT: la neumonía nosocomial con una incidencia de 8,04 vs 29,25 episodios-‰ días de ventilación mecánica (RR 1,4; IC 95%:1,21,7; p = 0,02), ITU 2,5 vs 16,7 episodios-‰ días de sonda urinaria (RR: 1,6; IC 95%:1,3-2,1; p = 0,04). No hubo diferencias en la incidencia de bateriemias primarias, sepsis por catéter e infecciones intraabdominales. Los pacientes tratados con Glu-NPT mejoraron el D-SOFA durante su evolución: D-SOFA 72 (1,9 ± 2,4 vs 2,6 ± 2,7, p = 0,07). No hubo diferencia en la estancia en UCI y hospitalaria. La mortalidad fue similar en ambos grupos: 15% vs 18% . Conclusiones: La Nutrición Parenteral Total con dipéptidos de glutamina utilizada en los pacientes graves durante más de 3 días reduce significativamente la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica e infecciones urinarias en los pacientes de cuidados intensivos. También tiene un efecto favorable en la evolución del número de órganos que fracasan. Efectos de la suplementación con glutamina sobre el sistema antioxidante y la peroxidación lipídica en pacientes críticos con nutrición parenteral Abilés J1, Pérez Abúd R1, Machado Ramirez MªJ1, MorenoTorres R1, Castaño J1, Rodríguez Elvira M1, Pérez de la Cruz A1, Colmenares MªE1, Planells E2 1 Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada. 2Universidad de Granada. Introducción: En el paciente crítico hay una continua producción de especies reactivas de oxígeno (ERO) que necesitan ser neutralizadas para evitar el estrés oxidativo (EO). Entre las defensas antioxidantes endógenas, el sistema glutation (GSH) es cuantitativamente el más importante, pero en situaciones de estrés severo se encuentra disminuido. La suplementación con glutamina ha demostrado ser efectiva para incrementarlo, ejerciendo protección contra el daño oxidativo y reduciendo la morbi- mortalidad. Objetivo: Valorar el efecto de la adición de un dipéptido alanylglutamina a la NP sobre la peroxidación lipídica y el metabolismo del glutatión y su relación con la morbilidad de los pacientes críticos. Métodos: Se registraron edad y sexo. Tanto al principio como al final del seguimiento se calculó el score de gravedad Secuency organ Faillure Assessment (SOFA) y se determinó, mediante técnicas espectrofotométricas, las enzimas glutatión peroxidasa, glutatión reductasa, glutatión total y malonilaldehído en 20 pacientes mayores de 18 años con tratamiento nutricional parenteral ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Resultados: El grupo de pacientes que recibió nutrición parenteral con adición de glutamina experimentó aumentos signifcativos a la semana de tratamiento nutricional en la concentración del glutatión total (42,35 ± 13 vs 55,29 ± 12 µmol/l; p < 0,05), junto a un incremento de la actividad de la enzima glutatión peroxidasa (470 ± 195 vs 705 ± 214 µmol/l; p < 0,05). En cambio, el grupo con nutrición parenteral convencional no presentó modificaciones significativas en ninguno de los parámetros estudiados (p > 0,05). Sin embargo, tanto la mortalidad como la estancia en UCI no fueron diferentes para los grupos estudiados, mientras que si se observó una menor gravedad, valorada por el SOFAscore, en el grupo de pacientes que recibieron glutamina (SOFA5 ±2 vs 8 ±1,8; p < 0,05). Conclusiones: El aporte de glutamina en pacientes críticos puede mejorar las defensas antioxidantes, lo que repercutiría en una menor peroxidación lipídica y menor morbilidad durante la estancia en UCI. Valoración del status de calcio en paciente crítico Abilés J1, Aranda P3, Llopis J3, Rodríguez Elvira M2, Pérez de la Cruz A1, Sánchez C3, Planells E3, Moreno-Torres R1 1 Hospital Virgen de Las Nieves. Unidad de Nutrición. Granada.2Hospital Virgen de Las Nieves. Unidad de Cuidados Críticos. Granada. Universidad de Granada. Dpto. Fisiología. Objetivos: Es conocido que la situación crítica conlleva alteraciones en el equilibrio homeostático del metabolismo de minerales como el calcio, tan necesario mantener en niveles estables. Cuando los pacientes reciben nutrición artificial, el aporte de calcio puede ser suplementado o retirado según las necesidades, aunque para ello se precisa una buena monitorización del status en el enfermo. Hay que tener en cuenta que si se producen grandes cambios en la dieta, las concentraciones de calcio se modifican poco debido a la función de adaptación del sistema endocrino en estas circunstancias. El objetivo de nuestro estudio fue valorar el status de calcio en los pacientes críticos, tanto en el compartimento plasmático extracelular como en el intraeritrocitario, comparando su relación con la ingesta de éste nutriente. Material y Métodos: Estudio observacional prospectivo durante un período de siete días de 20 pacientes consecutivos ingresados en UCI que recibieron nutrición artificial, edad media 61 años ± 13, 80% hombres. Se registró diariamente la ingesta de calcio y su adecuación a las Dietary Reference Intakes (DRI, 2002). Tanto al ingreso del paciente como al séptimo día de estancia en la UCI, se determinaron mediante técnicas estandarizadas valores plasmáticos e intraeritrocitarios de Calcio, así como su corrección por albúmina, mediante espectrofotometría de absorción atómica. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el test de Wilcoxon y el coeficiente de Spearman. Se aceptó un error a < 0,05 (SPSS versión 15.0 para Windows). Resultados: Los valores medios de calcio plasmático, corregido, intracelular y las ingestas se detallan en la tabla I. Aunque las concentraciones medias de calcio plasmático son normales, se detecta un 58% de pacientes con hipocalcemia, y según el calcio intraeritrocitario, siendo el 85% de los mismos deficientes en calcio intraeritrocitario. Con respecto a la ingesta, el valor medio representa 1/3 de las DRI, valor que solo se correlaciona significativamente con la concentración de calcio intracelular (r = 0,333).). Conclusiones: Los valores plasmáticos de calcio no reflejan posible déficit durante la estancia en UCI, sería recomendable valorar sus concentraciones intraeritrocitarias para monitorizar adecuadamente el status de calcio en éstos pacientes. Aporte de zinc a pacientes críticos con nutricional parenteral: interrelación con zinc plasmático y zinc eritrocitario, interleuquina6, receptor soluble de interleuquina-6 y proteína C-reactiva Pita de Portela MªL1, Menéndez AMª2, Montemerlo H2, Weisstaub A1, Guidoni MªE1, Zeni S3 1 Facultad de Farmacia y Bioquímica-Universidad de Buenos Aires. Argentina. 2Instituto Argentino de Educación e Investigación en Nutrición. Argentina. 3Facultad de Odontología, UBA. Argentina. Objetivos: El Zn juega un rol importante en la liberación de Interleuquina 6 (IL-6), que puede circular libre o unida al receptor soluble (sIL-6R). Por ello, se estudió la influencia del Zn administrado en la NPT sobre la evolución clínica de pacientes críticos y la respuesta de los niveles de: Zn en plasma (ZnPl), Zn en glóbulos rojos (Zn GR), IL-6, sIL-6R y PCR. Material y Métodos: 17 pacientes adultos, de (promedio ± DS y rangos): edad: 63,5 ± 15,2 años (37-85); BMI (Kg/m2): 25,3 ± 3,7 (15,6-29,4); con pancreatitis aguda (3) o luego de una cirugía abdominal mayor (14). Al inicio de la NPT (To) y a su finalización (Tf) (5-21 días) se determinó en suero: IL-6 y IL-6 sR (ELISA, EASIATM, BioSource International, USA); PCR ultrasensible (inmunoturbidimetría, CRP Latex HS); ZnPl, Zn GR y en la NPT (Espectrometría de Absorción Atómica). Resultados: Aporte de Zn en la NPT: 5,5 ± 1,8 mg/día (rango 2,5 a 8,4). Parámetros bioquímicos: a To y Tf, respectivamente (promedio ± DS y rangos): Zn Pl (mg/dl): 97 ± 43 (35-172); 122 ± 53 (56-238); Zn GR (mg/dl): 1.740 ± 570 (790-2.660); 1.780 ± 440 (810-2.680); IL-6 (pg/mL) 148 ± 173 (10-634; 147 ± 204 (7879); sIL-6R (pg/mL): 1.309 ± 881 (696-4.385); 1.256 ± 458 (493- 2.195); PCR (mg/L): 83 ± 105 (2-440); 64 ± 55 (0,3-223). No existió correlación entre los niveles de IL6 y IL6sR a To ni a Tf. Tampoco entre las variaciones de PCR, las de ZnPl y las de GR. Las variaciones en los niveles de IL6 y IL6sR tendieron a disminuir al aumentar los niveles de Zn Pl (p < 0,04). Dos pacientes, que recibieron 1.3 y 4.2 mg/d de Zn, fallecieron, incrementando los niveles de IL6, aunque disminuyeron los niveles de IL6sR y los de PCR. Conclusiones: En los pacientes críticos con evolución favorable: 1) la respuesta inflamatoria, evaluada mediante los niveles de IL-6 y PCR, fue variable; 2) 8 pacientes recibiendo entre 5,8 y 8,4 mg/d de Zn en la NPT aumentaron los niveles del receptor-sIL- 6R, sugiriendo que no sería conveniente administrar más de 5,8 mg/d de Zn en la NPT. Financiado por SubCyT, UBA, B 103. Estudio de utilización de albúmina en pacientes críticos con soporte nutricional artificial Martínez MªP, De Mora Alfaro MªJ, García Gómez C, Ortiz Navarro MªR, Sola Morena MªD, Moya Gil A, García Martínez E, Pagán Núñez FT, Garrigues Sebastiá MªR Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Objetivos: Valoración nutricional de pacientes críticos en tratamiento con albúmina y nutrición artificial (NA) (enteral (NE) o parenteral (NP) en una UCI. Describir el patrón de uso de la albúmina en estos pacientes. Material y Métodos: Estudio transversal retrospectivo realizado en UCI en noviembre de 2007. Identificamos a los pacientes en tratamiento con albúmina mediante los registros del farmacéutico de UCI y con la información obtenida de los Sistemas Automáticos de Dispensación de Medicamentos (SADME). La hoja de recogida de datos recopilaba información del paciente, diagnóstico, días de estancia en UCI, tipo de NA, parámetros de prescripción de albúmina y determinaciones analíticas de parámetros nutricionales correspondientes a los días iniciales (DI) (días 1º a 3º) y finales (DF) (días antepenúltimo a último) de estancia en UCI: albúmina, transferrina y prealbúmina. Se revisaron las historias clínicas de 28 pacientes. Análisis estadístico realizado con el programa Spss v8.0. Resultados: De las 28 historias clínicas revisadas, 17 correspondían a episodios con prescripción de albúmina, el resto procedía de datos erróneos del SADME. La edad media de los pacientes era 67,47(18,13) años, la media de días de estancia fue de 13,23 (6,37), los pacientes recibieron NA una media de 7,35 (± 6,90) días, el 23,5% de los diagnósticos al ingreso eran de sepsis, el 17,6% insuficiencia respiratoria y el 11,7% shock hipovolémico. Todos los pacientes recibieron dosis aisladas de albúmina, un 47% recibió además albúmina prescrita de forma regular. En el 35,3% de pacientes se indicó explícitamente el motivo de prescribir albúmina: 83% por oligoanuria y 17% por hipotensión. Conclusiones: Excepto la albúmina (que ha sido aportada de forma exógena) ningún parámetro nutricional ha mejorado durante el ingreso. En muchas ocasiones la nutrición enteral no supera los 1.000 kcal/día, lo que sugiere que el aporte es insuficiente para remontar la desnutrición asociada al paciente crítico, por lo que podría ser conveniente asociar NE + NPT. Efecto de la nutrición transpilórica en la incidencia de neumonía en enfermos con TCG Menéndez Mainar A, Solera Suárez M, García Martínez MA, Romero Gómez B, Acosta Escribano J Hospital General de Alicante. Objetivo: Comparar si la administración precoz de nutrición enteral transpilórica (NT), reduce la incidencia de neumonía frente a la nutrición enteral gástrica (NG), en enfermos con Trauma Craneal Grave (TCG). Estudio prospectivo y ramdomizado. Material y Métodos:104 enfermos cumplieron los criterios de randomización: TCG con puntuación en la Escala Glasgow inferior a 9 puntos, soporte ventilatorio mayor a cinco días y nivel de gravedad medido por Apache II superior a 15 puntos. Un aporte calórico de 20-25 kcal/kg/día, fue administrado mediante una dieta hiperproteica exenta de sustratos específicos. Una sonda de doble luz, fue insertada en las primeras 24 horas al grupo de intervención realizándose seguimiento los siguientes diez días de ingreso. Las variables principales fueron: NT / NG, que fueron relacionadas con: incidencia de infección y aparición de neumonía global (NGL) y tardía (NET). Resultados: De los 104 pacientes, cuatro fueron excluidos por exitus en los primeros cinco días de estudio. Los 100 restantes se distribuyeron en dos grupos 45 en el grupo NT y 55 al grupo NG. 13 pacientes fallecieron. En la NGL se observaron diferencias significativas en el análisis global, en el valor corregido con los días de ventilación mecánica. El análisis por intención de tratar de la NGL presentó una tendencia significativa. La neumonía precoz fue del 9%, (5/4). NS. En la NET se observaron diferencias significativas tanto en el análisis global, en el cálculo corregido con los días en ventilación mecánica y en el análisis por intención de tratar. La incidencia de infección excluida la neumonía del fue del 20% (28%/17%). No significativa. Conclusión: La NT administrada de forma precoz, reduce la incidencia de neumonía en enfermos con TCG. Utilización de la glutamina en pacientes críticos con nutrición parenteral total De Mora Alfaro MªJ, Martínez MªP, Moya Gil A, García Gómez C, Ortiz Navarro MªR, Solá Morena MªD, Lacal Espí Mª Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Objetivos: Describir la utilización de glutamina añadida a la nutrición parenteral total (NPT) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Material y Métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo de casos y controles. La muestra incluye a pacientes ingresados en UCI (n = 33) con NPT durante mayo-octubre de 2007. Los pacientes se asignan en función de la adición de glutamina a la NPT (Grupos Glu+ y Glu-). Recopilamos la información del programa de nutrición del Servicio de Farmacia y por revisión de historias clínicas. La hoja de recogida de datos incluye información del paciente, diagnóstico, días de estancia, duración de la NPT y días con Glutamina. Las determinaciones analíticas de parámetros nutricionales (albúmina, transferrina y proteínas totales (Pt), marcadores hepáticos (GPT, GOT) y renales (aclaramiento de creatinina (ClCr) se recogieron en dos periodos de 15 días, anterior (15A) y posterior (15P) a los días con NPT, en Glu- y a los días con glutamina en Glu+. Análisis realizado con el programa Spss v13.0. Resultados: La edad media ± SD de los pacientes era 68,9 ± 13,0 años. El 48,5% recibió glutamina [dosis estándar (20 g/día)], la duración media con glutamina fue de 5,3 ± 3,3 días. 4 pacientes recibieron glutamina en días aleatorios sin pauta fija. La duración media ± SD de la NPT en la muestra fue de 5,7 ± 4,3 días, siendo de 3,3 ± 1,9 días en Glu- y 8,4 ± 4,7 días en Glu+. En Glu+, 2 pacientes recibieron glutamina más de 9 días, máximo recomendado en ficha técnica. En Glu+, GOT aumentó un 102,4% y GPT un 164,5%. En Gludescendieron un 77% y 72% respectivamente. 1 paciente de Glu+ se le retiró la glutamina por niveles de transaminasas > 500 U/L, indicativo de insuficiencia hepática grave. 4 pacientes de Glu+ con ClCr < 25 ml/min recibieron glutamina pese a estar contraindicado con estas cifras. Conclusiones: El grupo Glu+ incrementó los niveles de albúmina un 19,5%, de Pt un 13,3% y de transferrina un 12,6%. En Gludescendió la albúmina un 8,2%, la transferrina un 11,4% y las Pt aumentaron sólo un 0,5%. En Glu+ los valores nutricionales para albúmina y Pt eran correctos en un 33,4% y un 31,4% de los pacientes. En Glu- sólo se dio en el 5,9% para albúmina y en el 7,4 % para Pt. Administración de nutrición enteral en el recién nacido pretérmino Martínez Rodríguez L, Molina Fernández F, Cortés Fabrellas A, Blasco Torrentí C, Martínez Costa C Hospital Clínico de Valencia. Objetivos: - Garantizar el inicio precoz de la nutrición enteral en el Recién nacido pretérmino (RNPT) para favorecer su maduración intestinal. - Conocer los aspectos relacionados con la vigilancia y cuidados de Enfermería en la nutrición enteral para prevenir posibles complicaciones. Material y Métodos: Se han seguido los protocolos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, aplicando los diferentes métodos de alimentación, que se individualizan según la edad gestacional, estado clínico y tolerancia de la misma: - gastroclisis continua o intermitente - bolo (repartidos en 8, 10 ó 12 tomas cada 24 h) - gravedad (paso intermedio entre la gastroclisis y el bolo) - succión (en recién nacidos que ya tienen capacidad para succionar, deglutir y coordinar con la respiración) Se describen los procedimientos para conseguir unas condiciones adecuadas y máxima asepsia en la manipulación del material utilizado y en la administración de la nutrición enteral: sondas orogástricas (VYGON® de 4 Fr de PVC) que se cambian cada 24 horas registrándose la distancia introducida, sistemas de gastroclisis (prolongador de polietileno VYGON®) con cambio cada 8 horas, contenedor del alimento (jeringas de diferente capacidad) que se cambian cada 3 horas. Se valora periódicamente la tolerancia gástrica con los siguientes parámetros: medición del residuo gástrico, cantidad y características del mismo, distensión abdominal, posición del neonato, vómitos o reflujo y aparición de apneas o distrés. Resultados: Durante el año 2007 se han registrado en la Unidad 155 ingresos de recién nacidos entre 26 y 37 semanas de gestación. Con la aplicación de los protocolos de nutrición enteral en el cuidado de estos recién nacidos y el inicio precoz de la misma conseguimos: - disminuir las necesidades de aporte parenteral - instaurar más pronto la nutrición enteral completa - mejorar la tolerancia alimentaria - minimizar el riesgo de infecciones - detectar y prevenir precozmente posibles complicaciones Conclusiones: La consecución de una nutrición adecuada de los RNPT es primordial para modificar favorablemente la evolución en todos los aspectos de maduración y desarrollo físico y neurológico. La Enfermería tiene un papel fundamental en la consecución de estos objetivos, de ahí la importancia de proporcionar unos cuidados de calidad y con una base científica que los apoye. Comparación de tres dietas para el control glucémico e infeccioso de pacientes críticos con ventilación mecánica: hiperproteica convencional, hiperproteica específica e hiperproteica específica más glutamina. Comunicación preliminar Juan M, Serrano A, Mesejo A, Moreno E, Martín S, Cháfer N, García M, Pineda J, Rodríguez O Hospital Clínico Universitario. Valencia. Introducción: Las complicaciones infecciosas en pacientes críticos determinan una elevada morbi-mortalidad. El control glucémico con dietas específicas, insulinoterapia y farmaconutrientes (glutamina) podría conseguir su disminución. Objetivos: 1) Valorar en pacientes críticos con ventilación mecánica si una dieta hiperproteica específica para diabéticos suplementada con glutamina consigue menos complicaciones infecciosas que una dieta similar sin glutamina y que una dieta hiperproteica convencional. 2) Valorar el control metabólico con las tres dietas. Material y Métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado, de muestras independientes, simple ciego. Se estimaron 150 pacientes para detectar, con una potencia del 90%, una reducción del 15% en complicaciones infecciosas. Se establecieron tres grupos; A: dieta hiperproteica convencional, B: dieta hiperproteica específica para diabéticos, C: dieta hiperproteica específica suplementada con glutamina (0,5 g/kg/día). Inclusión: edad ≥ 18 años, indicación de nutrición enteral ≥ 5 días. Exclusión: contraindicación para nutrición enteral, fracaso renal agudo (Cr ≥ 3), hepatopatía (Br ≥ 3), APACHE II < 10 o > 30, obesidad mórbida (IMC> 35). Se realizó asignación aleatoria del tipo de dieta. El objetivo glucémico se estableció entre 110-150 mg/dl mediante pauta de insulina intravenosa. Se calcularon las necesidades nutricionales mediante HB x 1.2, administrando el 100% en 48 horas. Diariamente se valoró: volumen eficaz, complicaciones gastrointestinales e infecciosas, control glucémico y variables analíticas. Resultados: Comunicación preliminar con los primeros 26 casos por lo que no se realizan cálculos estadísticos. Varones 61,5%. Edad 58,8 ± 7,52 años. APACHE II al ingreso; A: 20,9 ± 1,78, B: 17,67 ± 2,83, C: 21,3 ± 1,14. Mortalidad por patología de base; A: 40%, B: 50%, C: 40%. En el grupo Ahubo 2/10 NLVM (20%), en el B 1/6 (16%) y en el C 2/10 (20%). El control metabólico se expone en la tabla. Conclusiones: 1) Se ha conseguido mantener en rango los niveles de glucemia. 2) La NLVM es, de momento, similar en los tres grupos. 3) No se aprecian, de momento, tendencias diferentes en el control metabólico entre grupos. 4) Se constata aumento de resistencia a la insulina en los tres grupos. © 2012 Aula Médica Ediciones C/ Princesa, 22 28008 - Madrid Tel.: 913 576 609 Fax: 913 576 521 [email protected] Manual de Técnicas y Procedimientos en Enfermería Principio del formulario aibarra.org Búsqueda We b aibarra. org pub-4447795518 1 ISO-8859-1 ISO-8859-1 GALT:#008000;G es Final del formulario Esta página quedará inactiva durante unos días para la revisión y implementación de su contenido Este será el menú de navegación (está hecho con javascript) que tendrá esta sección. Ya están todos los enlaces realizados de cada una de las secciones. Si tenéis alguna objeción respecto al temario ruego que mandéis un correo electrónico. Los dibujos, fotografías y demás imágenes serán en formato GIF o JPG, de utilizar algún video se hará en formato AVI y se reproducirá en una ventana destinada a tal fin. Este manual tiene por objeto describir las técnicas y los procedimientos más usuales en la práctica de la Enfermería. Será útil tanto para los profesionales de Enfermería como para los estudiantes de Enfermería. El fin de los contenidos de este manual no son lucrativos, tienes exclusivamente un fin de poder consensuar cada una de las técnicas y procedimientos que hacemos tan diferente y tan parecidos en los distintos lugares donde se práctica la Enfermería. Espero que esta iniciativa sea útil para el colectivo de Enfermería y desde luego "poder hacer las técnicas y procedimientos de la forma más coherente y práctica para los enfermeros que la pudiesen utilizar". Los contenidos de esta Web serán sacados de diferentes textos, al igual que se pueden mandar, técnicas y procedimientos de Enfermería a los editores de esta Web que serán publicados con una demora máxima de una semana. El correo electrónico de contacto será: [email protected] Participantes: 1. Editor: Don Antonio José Ibarra Fernández 2. Dirección: Doña María de los Remedios Gil Hermoso 1. Colaboradores: 1. Doña Eva López Arnau 2. Apresa Doña Manuela Delgado 3. Don Luis Alberto Otarola 4. Herrada Doña Janet Melgarejo 5. Romero Don Jesús Maldonado 6. Don Angel Alfredo Martínez Ques 7. Sanlucas Don Javier Cruz 8. Doña María del Carmen Pastor Osete 9. Don José Vicente Argente Calatayud 10. Don Angel Manuel de la Fuente Vilchez 11. García 12. Doña Johanna Alvarado Doña Sonia Díaz Castillo 3. Cuando se termine de poner toda la temática propuesta: 1. Habrá un mes de evaluación por parte de todos los colaboradores, con los cuales me pondré en contacto con cada uno de ellos por correo electrónico. Para lo cual habilitaré un formulario de sugerencias y cambios en alguna de las temáticas. Esta fecha será aproximadamente para primeros de Abril del 2.003. 2. Pasado todo el mes de Abril y Mayo del año 2.003, en los cuales se implementará el manual, se pasará a las fases de: 1. Poner nuevas técnicas sugeridas por los usuarios. 2. Poner nuevos procedimientos sugeridos por los usuarios. 3. Esta fase tendrá una duración de 6 meses. 3. Para el año 2004, se intentara que dicha página sea avalada por varias Asociaciones Científicas de Enfermería. 2. De momento he creado otra subWeb de Cuidados Críticos, que en breves días será activada, y puesto el índice en la página. Espero concluirla para finales del verano del 2.003. Que podréis verla en el menú de navegación en la parte superior de esta página. Formulario de Sugerencias del Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería Principio del formulario Nombre: Apellidos: Centro de trabajo: Diplomado Enfermería Titulación: País: Edad: Entre 24 y 30 años Entre 3 y 5 años Ejercicio de la profesión: Correo electrónico: Aclaración Motivo de la puesta en contacto: Tema: Comentario: Pulse la casilla de verificación ANTES DE ENVIAR SUS COMENTARIOS Enviar Restablecer Final del formulario Nota: Es necesario cumplimentar todos los datos. Todas las sugerencias que sean enviadas a este formulario serán publicadas y consideradas por este equipo de trabajo. Páginas de Sugerencias Emitidas desde el inicio de la actividad (la de rojo es la del mes actual que está publicada más abajo) Julio 2004 Agosto 2004 Septiembr Octubre 2004 Noviembre 2004 e 2004 Diciembre 2004 Enero/Febrero/Ma Abril/Mayo/Jun Julio/Agosto/Septie Octubre/Noviembre/Dic rzo 2005 io 2005 mbre2005 iembre 2005 Sugerencias Públicas del Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería Meses actuales Ante todo, agradeceros vuestra colaboración, todo sea por hacer nuestro trabajo diario con más calidad y sobre todo que intentemos hacerlo todos de la forma más parecida. Actualizada a: 57%(7)57% encontró este documento útil (7 votos)7K vistasEste documento describe la técnica de alimentación por gastroclisis, que involucra introducir alimentos líquidos o licuados a través de una sonda nasogástrica para alimentar a pacientes que …Descripción mejorada con IAGuardarGuardar Técnica de Alimentación Por Gastroclisis para más tarde57%57% encontró este documento útil, undefined