



**Candelaria Elizabeth González
Gómez**

7°A

Práctica clínica II

Lic. María Cecilia Zamorano



4U • 22 Noviembre 2021 •

• CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DOLOR •

Dolor: experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o posible, o descrita en función de dicha lesión.

El dolor es un problema de salud que está presente como síntoma de múltiples enfermedades agudas, crónicas y en fase terminal.

Percepción del dolor: se produce en la corteza como resultado de los estímulos transmitidos en forma ascendente.

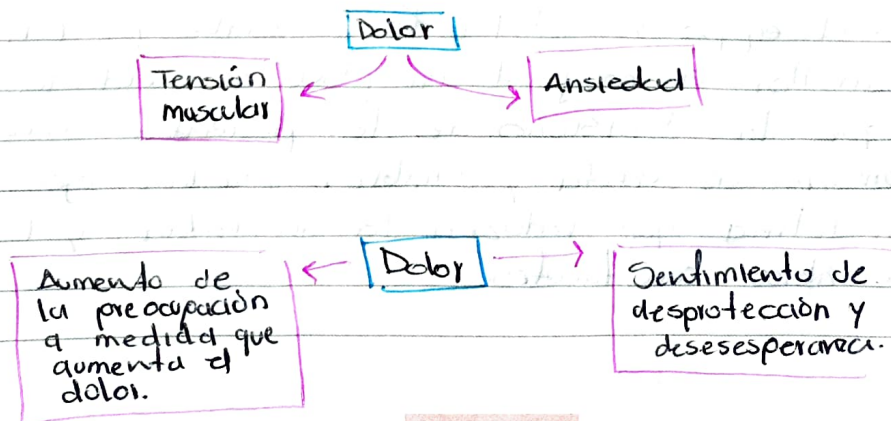
Factores que influyen en el dolor:

- Edad
- Antecedentes socioculturales
- Sexo
- Experiencias pasadas.

Respuesta al dolor: Algunas personas pueden estar temerosas, aprensivas y ansiosas, algunas lloran, se quejan o gritan.

Dolor agudo: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

Tipos de dolor:



POOH



Vibración de dolor:

- Intensidad de dolor
- Disminución de dolor
- Calidad de dolor
- Localización (región, irradiación)
- Tiempo de aparición, duración, frecuencia, causa
- Factores provocadores
- Factores paliativos

Signos objetivos del dolor:

Fisiológicos

- Taquicardia
- Aumento de profundidad y frecuencia de la respiración
- Presión sanguínea aumentada
- Diaforesis
- Pupilas dilatadas
- Tensión muscular
- Náuseas y vómitos

Conductuales

- Postura rígida
- Inquietud
- Ceño fruncido
- Dientes apretados
- Puños apretados
- Llanto
- Quejidos


Diagnóstico del dolor:

- Ansiedad
- Patrón respiratorio ineficaz
- Deterioro de la movilidad física
- Deficit de autocuidado
- Disfunción sexual
- Alteración del patrón del sueño

Planificación: el equipo de salud y los pacientes pueden

- desarrollar en conjunto un plan de cuidados en el que las decisiones de los pacientes sean tomadas en cuenta y también puedan ejecutar con rutina que reduzca la ansiedad y los cambios constantes





Implementación: el objetivo del tratamiento para el dolor debe ser reducido a su mínima expresión o lograr que desaparezca mediante:

• Disminución de ansiedad:

- Mantener la calma y tranquilidad
- Ayudar al paciente a explorar sus preocupaciones
- Respetar la respuesta ante el dolor
- Sustener la mano del paciente
- Evitar dejarlo solo.

• Distracción:

Un ambiente extremadamente silencioso sin estímulo sensorial la experiencia del dolor puede intensificarse debido a que no hay otra cosa en que enfocar la atención.

• Relajación:

La relajación total disminuye la tensión muscular y la fatiga que normalmente acompaña al dolor.

Pautas para aliviar el dolor:

- Preparación para experiencias dolorosas
- Enfoque preventivo
- Respuesta a placebos
- Capacidad o decisión del paciente a participar
- Administración de analgésicos.

Evaluación:

- ¿Aún experimenta dolor el paciente?
- ¿Es necesario agregar nuevas intervenciones?



Problemas potenciales del enfermo encamado

¿Qué es un paciente encamado?

Es aquel paciente que por diferentes motivos, está obligado a permanecer inmóvil en la cama, ya sea un cirujano impedido un accidente o enfermo terminal.

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del paciente y de su calidad de vida, ya que determina su independencia.

Se considera paciente encamado prolongado a partir de las 72 h continuas con un déficit de movilidad que hace que tenga que estar en cama.

Objetivos de cuidados de enfermería

- Fomentar actividades para el aumento del nivel de movilidad del paciente.
- Prevenir la aparición de complicaciones propias de un déficit de movilidad debido a la situación de encamamiento prolongado.
- Educar a la familia o cuidador principal en el manejo del plan de cuidados para aumentar el nivel de movilidad y prevenir complicaciones.

Autoevaluados

1. Respiración
2. Alimentación
3. Eliminación
4. Descanso
5. Higiene personal
6. Movilidad
7. Seguridad.
8. Estado funcional
9. Estado de piel y mucosas
10. Riesgo UPP
11. Capacidad sensorial





Riesgos del paciente encamado

1. Alteraciones en la circulación, facilitan la aparición de trombosis venosas, tromboflebitis, embolias pulmonares.
2. Mala Ventilación pulmonar con retención de secreciones da lugar a infecciones respiratorias.
3. Pérdida de masa muscular, generando una atrofia y debilidad muscular.
4. Afectación del hueso con pérdida de masa ósea, da o provoca un desarrollo precoz de osteoporosis.
5. Rigidez articular con posibilidad de anquilosis de articulaciones, generando pérdida funcional y dolor importante.
6. Aparición de úlceras por presión, con lesiones en la piel que cursan con pérdida de sustancia cutánea y cuya profundidad puede variar desde una erosión superficial en la piel hasta una afectación más profunda pudiendo llegar hasta el hueso.

Las zonas más expuestas a sufrir una úlcera son principalmente aquellos tejidos sobre los que realizan presión los huesos como rodillas, codos, columna, talones, muñeras, cabeza.

Recomendaciones generales

- Conocer y evitar las complicaciones derivadas a la inmovilización en un enfermo encamado.
- Atender a las necesidades del enfermo, derivadas de la enfermedad o accidente que ha originado el encamamiento.
- Seguir una dieta equilibrada y beber 1.5 lts de líquidos al día (buena alimentación e hidratación adecuada).
- Estimular al paciente para que mantenga el mayor nivel de autonomía, máxima movilidad durante el mayor tiempo posible.





- Realizar ejercicios físicos activos y/o pasivos según las posibilidades de la persona.
- Ayudarle a realizar ejercicios respiratorios para mejorar la respiración y mover las secreciones si las tiene.
- Evitar la misma postura realizando cambios posturales cada 2-3 horas como mínimo, no pasar más de 5h.
- Por la noche ayudarle a estar en una posición cómoda y no despertarle para movilizarle hasta por la mañana.
- Mantener un correcto alineamiento corporal y repartir el peso por igual a fin de evitar los dolores musculares por contracciones.
- Utilizar dispositivos que alivien la presión y eviten las lesiones como colchones de aire.


Higiene de las mucosas en pacientes encamados.

- **Higiene de ojos** - lavado de ojos con una gasa estéril humedecida en suero salino de forma suave desde el lagrimal hacia el ángulo externo del ojo con una técnica suave. Se debe cambiar de gasas para cada ojo.
- **Higiene de fosas nasales** - lavar instilando gotas de agua con sal o con una gasa impregnada en suero salino.
- **Higiene de boca** - lavado diario de la boca con un mango de cuchara envuelto por una gasa impregnada de suero o bien agua con bicarbonato. Procurar llegar a todos los lugares: paladar, encías, base de la boca y lengua; enjuagar adecuadamente e hidratar los labios con vaselina.

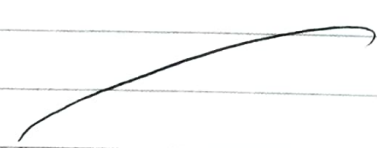
Alimentación del paciente encamado.

1. La alimentación es muy importante ya que la carencia de nutrientes aumenta la posibilidad de formación de úlceras.
2. Se debe colocar al enfermo en una postura adecuada, elevando el cabezal de la cama o colocando almohadas para apoyar la espalda.



- 
3. Conviene adaptar la dieta recomendada para que la pueda tomar y digerir sin complicaciones.
 4. La dieta debe ser variada, rica en proteínas, vitaminas y minerales que facilitan la regeneración de los tejidos; en ocasiones se precisa un aporte nutricional complementario.
 5. Asegurar un aporte diario de fibra para mantener un ritmo intestinal suficiente con frutas, verduras y legumbres.
 6. El consumo de líquidos debe ser 1.5 - 2 lts al día como mínimo, salvo que existan contraindicaciones reseñadas por el personal sanitario.

Baño del paciente encamado

- En los pacientes encamados, el aseo corporal alivia el dolor, la rigidez articular, reduce molestias y el prurito ocasionado por la piel seca.
 - Examinar la piel con especial detenimiento en las prominencias óseas, buscando zonas enrojecidas, ampollas o erosiones que puedan avisarnos de un principio de úlceras.
 - Aplicar una crema hidratante por todo el cuerpo con leves masajes circulares en especial en zonas de mayor riesgo.
- 



T.C.E.

En adulto

Concepto

Son lesiones físicas producidas sobre el tejido cerebral que alteran de forma temporal o permanente la función cerebral. Los traumatismos craneocéfalos de cualquier tipo pueden provocar edema cerebral y reducir la irrigación sanguínea del cerebro.

causas

- ✔ Caídas (de alturas o la misma altura de la persona)
- ✔ Accidentes automovilísticos o cualquier transporte
- ✔ Golpes directos a la cabeza
- ✔ Actividad deportiva de impacto.

signos y síntomas

- ✔ Pérdida de conocimiento
- ✔ Confusión o amnesia
 - ⊖ Incapacidad de coordinar el habla
 - ⊖ Dificultad de comprender y recordar
- ✔ Irritabilidad y ansiedad
- ✔ Desmayo
- ✔ Náuseas o vómito
- ✔ Ojos de mapache (equimosis periorbitaria)
 - ✔ Pupilas dilatadas o desiguales
 - ✔ Dolor de cabeza persistente
 - ✔ Sensibilidad a luz y visión borrosa.
 - ✔ Falta de equilibrio
 - ✔ Zumbido de oídos.
 - ✔ Signo de battle.



Tratamiento

- Para lesiones leves, alta y observación en el hogar.
- Para lesiones moderadas y graves, optimizar la ventilación, oxigenación y perfusión cerebral.

En el hospital, después de una evaluación inicial rápida deben registrarse los hallazgos neurológicos (con la escala de coma de Glasgow, reacción pupilar), la presión arterial, pulso, temperatura, respiración de manera continua. El elemento fundamental de la gestión de todos los pacientes con TCE es:

- Mantenimiento de una ventilación adecuada
- Oxigenación y perfusión cerebral

Esto con el propósito de evitar lesiones encefálicas secundarias (secuelas del TCE).

TCE leve

Si los pacientes con lesión leve no pierden la conciencia y tienen signos vitales estables, función neurológica normal pueden recibir alta hospitalaria pero con vigilancia estrecha de 24h. Regresar al hospital si se presenta:

- Disminución del nivel de conciencia
- Deficit neurológico
- Emporamiento del dolor de cabeza
- Confusión, comportamiento anormal
- convulsiones

TCE moderado o grave

Lesión Moderada

- sin IO ni mecánica

Lesión grave

- UCI

Principales tratamientos

- Control de dolor.
- Monitorización de la presión de perfusión cerebral
- Escala de Glasgow
- Sedación
- Oxigenación y ventilación



Prevención

- ♥ Evitar actividades peligrosas (lugares de altura)
- ♥ Uso de cinturón de seguridad y casco
- ♥ Uso de equipo de protección adecuado en deportes de contacto.
- ♥ A personas adultas mayores ayudarles a subir escaleras y acompañarles ya que son más vulnerables por la falta de equilibrio.

CRANEOTOMIA descompresiva

Concepto

Es una técnica quirúrgica donde se extrae temporalmente una porción del hueso del cráneo, llamado colgajo óseo para acceder al contenido intracraneal; la craneotomía se refiere a la extracción definitiva del colgajo.

Indicaciones

Cuando se requiere aliviar la presión elevada dentro del cráneo (hipertensión intracraneal) causada por hemorragias, infartos y principalmente por TCE.

Objetivo

Disminuir la presión intracraneal y mejorar la presión de perfusión cerebral





CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL paciente crítico

• Cuidados diarios •

El paciente crítico debido a su situación de compromiso vital requiere cuidados continuos y sistematizados bajo un cuidado con criterio de prioridad.

Es importante tener en cuenta las tareas a realizar a cada turno de trabajo así como diferenciar los cuidados a realizar para facilitar la estandarización de cuidados.

• Cuidados generales •

- ✓ Conocer la evolución del paciente asignado durante las últimas 24 h.
- ✓ Aplicar tratamiento médico
- ✓ Comprobar pautas de medicación, alarmas de monitor parámetros y alarmas del respirador
- ✓ Control y registro de constantes vitales
- ✓ Colaborar con el médico para procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- ✓ Atender las demandas del paciente y de la familia
- ✓ Control de dieta y movilización
- ✓ Higiene de mucosas y general
- ✓ Oxigenoterapia

* **Actividades matutinas** * planificar los cuidados correspondientes para las próximas 24 h, pasar visita junto al médico responsable para la valoración y evolución actual (últimas 24h)



CUIDADOS DE ENFERMERIA



Higiene

EN EL

- Higiene corporal diaria
- Higiene bucal cada 8 horas
- Higiene nasal cada 8 h
- Higiene ocular cada 8 h
- Corte de uñas si se precisa
- Afeitado cada 48 h (la familia puede participar)
- Peinado (la familia puede participar)
- Crema hidratante (la familia puede participar)
- Lavado de cabeza cada 7 - 10 días

Cambios posturales

Según la situación hemodinámica o respiratoria:

- Alto riesgo: cada 2-3 h
- Riesgo medio: cada 3-4 h

Cuidado de vía venosa

- Cura de zona de inserción de Cateter periférico cada 48 - 72 h
- curación de CVC cada 48 - 72 h o antes si tiene sangre, esta despegado o existe sospecha de infección
- Vigilar signos y síntomas de riesgo de infección en sitios de punción
- Cambio de CVC cada 7 días y el cambio de las llaves de tres vías y cambio de equipo de perfusión cada 48 h.
- Cambio de contenido de diluciones continuas de medicación cada 24 h





Cuidado de drenaje

- Lavado con agua y jabón de sonda vesical c/24h
- Fijación de SV cada 30 días
- Fijación y movilización de sonda nasogástrica para evitar úlceras iatrogénicas de la mucosa cada 24h
- Comprobar permeabilidad de SNG cada 30 días
- Medición, vaciado de drenajes por cada inicio de turno y veces que sea necesario.

Balance hídrico

Control de líquidos aportados y eliminados cada 24h.

- Alimentación oral o enteral
- Medicación IV
- Suero terapia
- Transfusiones
- Drenajes
- Deposiciones
- Vómitos
- Diuresis.

⊙ Complicaciones durante cambios posturales higiene y traslado ⊙

Desaturación
Bradycardia

4

20

~~2~~





Hojas de enfermería

¿Qué es?

Es un conjunto de registros clínicos de cada paciente, el personal de Enfermería es el responsable de éstos. Este documento debe ser llenado a mano de manera clara y legible. Es un documento legal.

Encabezado

El encabezado de la hoja (Datos del paciente) irá de color negro, ningún espacio en blanco y sin tachaduras y el dato correcto en el espacio correcto. No es correcto utilizar bolígrafos de tinta de gel o colores fosforescentes. El color de los datos clínicos será negro para todos los turnos o dependerá de la institución..

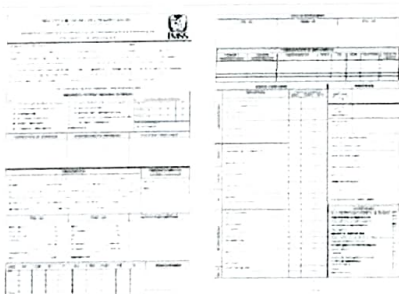
Valoración

Hacer el registro de los cuidados que la enfermería, basados en las taxonomías NANADA, NOC y NIC, así como en las principales teorías de enfermería, proporcionados diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión.



Personal

El personal de enfermería del CEMA by FIFA, solo recibirá indicaciones verbales cuando la persona responsable de emitir las, por cuestiones de sus actividades no pueda realizarlas de manera escrita y/o la atención al usuario requiera una pronta acción. De ser así, y una vez resuelta la problemática, la persona que emitió la indicación deberá anotarla en la hoja de indicaciones médicas.



RNE

es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.

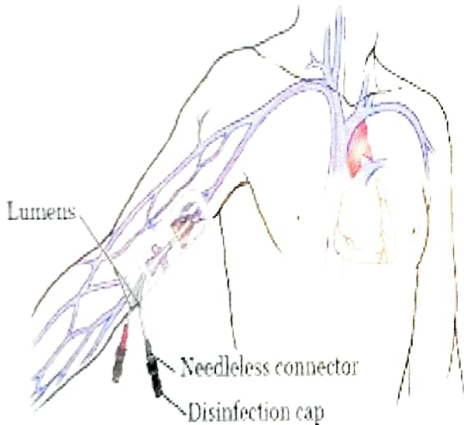




Colocación del PICC

PRECAUCIONES PREVIAS

- ❑ Verificación de la correcta cumplimentación de la solicitud con los datos identificativos completos (conjunto mínimo básico de datos y consentimiento informado) y clínicos del paciente que justifiquen la indicación de la técnica.
- ❑ Queda a criterio del médico responsable la prescripción de un relajante previo al procedimiento, que el paciente tomará media hora antes aproximadamente si precisa.
- ❑ Revisión de la última analítica y de los datos clínicos antes de la implantación.



ENTREVISTA

- ❑ Identificación inequívoca del paciente.
- ❑ Crear un ambiente de tranquilidad e intimidad.
- ❑ Preguntar sobre alergias medicamentosas, tratamientos que recibe, estado de salud actual para valorar posibles contraindicaciones, hábitos higiénico-sanitarios, ocupación laboral.
- ❑ Valoración proactiva con los datos previos y los obtenidos para la elección del tipo de catéter más adecuado siguiendo el Algoritmo de Decisión.

PREPARACION DEL PACIENTE

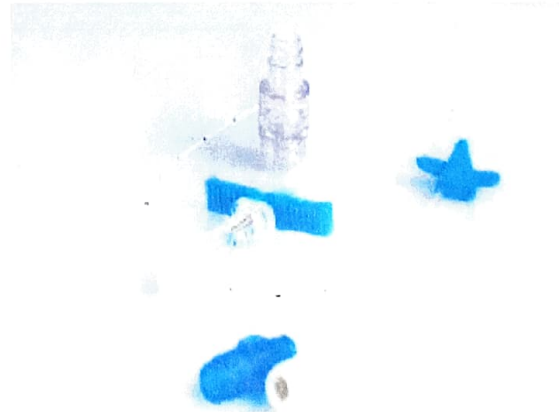
- ❑ Identificación inequívoca del paciente.
- ❑ Verificar que se ha informado al paciente previamente del procedimiento, así como de las posibles complicaciones.

PREPARACION DEL MATERIAL

- ❑ Mesa quirúrgica con el material necesario estéril.
- ❑ Encendido del ecógrafo y monitor.

VALORACIÓN ECOGRÁFICA

- ❑ Valorar las venas ecográficamente. Iniciar la búsqueda del punto de punción más adecuado al menos cinco centímetros por encima de la flexura del codo y cinco por debajo de la axila; como primera opción, la basilíca siempre; como segunda opción será la braquial, y como tercera la cefálica.
- ❑ Medición del calibre y profundidad, evitando las venas que estén a más de 2 cm. de profundidad.
- ❑ Marcaje del punto elegido.





¿QUÉ ES?

La presión venosa central (PVC) es la fuerza que ejerce la sangre a nivel de la aurícula derecha, representando la presión de llenado o precarga del ventrículo derecho o presión diastólica final del ventrículo derecho. La medida se realiza a través de un catéter insertado en una vena (subclavia o yugular) que llega hasta la aurícula derecha o la cava. Los valores normales son de 0 a 5 cm de H₂O en aurícula derecha y de 6 a 12 cm de H₂O en vena cava.

OBJETO

Proporcionar los conocimientos necesarios para determinar la presión sanguínea a nivel de la aurícula derecha o de la vena cava para valorar el volumen sanguíneo circulante y evaluar la presión y la función auricular y ventricular derechas.

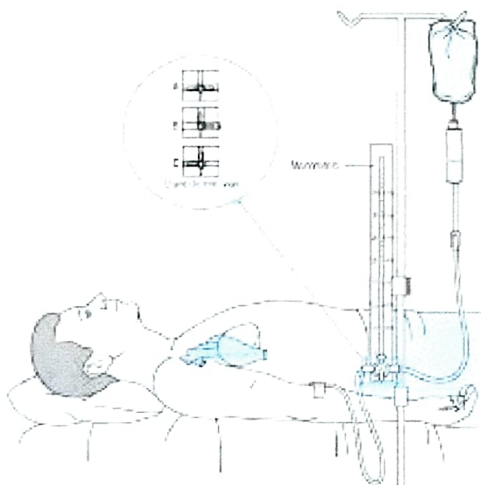
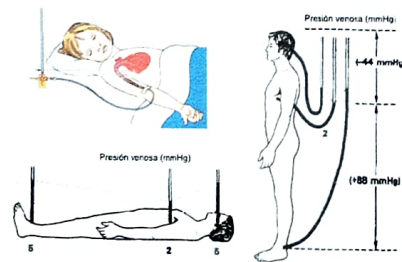


PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento, explicándole que no va a sentir nada durante la medición y solicitar su colaboración.
- Colocarlo en decúbito supino con la cama horizontal y sin almohada, si lo tolera y no hay contraindicación. Si no es así, bajar la cabecera de la cama tanto como sea posible.

PREPARACIÓN DEL MATERIAL

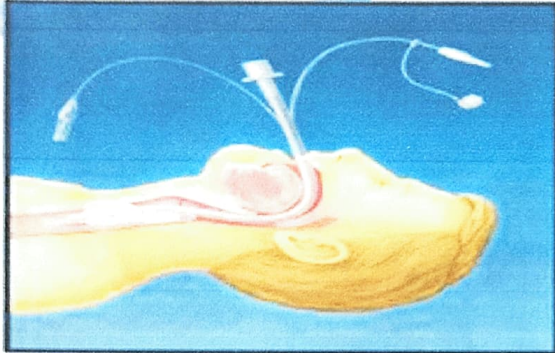
- Sistema de infusión de presión venosa central (equipo de infusión de doble circuito y escala graduada).
- Suero fisiológico de 500 cc.
- Pie de gotero.
- Sistema de fijación, si precisa.
- Guantes estériles.



TECNICA

- Identificar al paciente.
- Higiene de las manos.
- Identificar la luz distal del catéter central.
- Purgar el sistema completo de infusión de PVC con el suero salino y cerrar las llaves de paso del sistema.
- Colocar el circuito de medición del sistema en la escala graduada verticalmente en el pie de gotero, haciendo coincidir el nivel de la escala con la aurícula derecha (punto situado en la línea media axilar, en el cuarto espacio intercostal).
- Colocarse los guantes.
- Conectar el equipo de PVC al catéter del paciente mediante la llave de tres pasos.

Aspiración de secreciones



OBJETIVOS

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Favorecer la ventilación respiratoria.
- Prevenir las infecciones y atelectacias ocasionadas por el acumulo de secreciones



CONCEPTO

Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión.

MATERIALES Y EQUIPO

- Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared).
- Guantes desechables estériles.
- Solución para irrigación.
- Jeringa de 10 ml (para aplicación de solución para irrigación y fluidificar las secreciones)
- Sondas para aspiración de secreciones (para adulto o pediátrica).
- Solución antiséptica.
- Riñón estéril.
- Jalea lubricante.
- Gafas de protección y cubrebocas.
- Ambú.

CONTRAINDICACIONES

- En estas condiciones, se tomarán en cuenta las condiciones del paciente y bajo criterio médico.
- Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- Edema o espasmos laríngeos.
- Varices esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.



Bibliografía

UDS. Antología de práctica clínica . PDF.
Recuperada el 23 de noviembre de 2021.
Unidad 4.



HOJA DE NOTAS Y REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CRITICOS

D-13

Nombre: Candelaria Elizabeth González Gmez Sexo: M Fecha de nacimiento: 02/02/1999 Edad: 22
 Fecha: 29 Nov 2021 Fecha de ingreso: 29 Nov 2021 Hora de ingreso: 10:40 Días Estancia: No. de cama o cuna: 3 Servicio:
 Peso al ingreso: 1.53 kg Peso actual: 1.53 kg Talla: 1.51 m S.C.: 2.54 Grupo Sanguíneo y Rh: O+ Alergias:
 Etnia: Idioma: Español Religión: Católica Escolaridad: Universidad No. de Expediente:
 Dx. Médico: Médico tratante: No. poliza de Seg. Popular:

HABITUS EXTERIOR	ASPECTOS A VALORAR			TURNO			ASPECTOS A VALORAR	TURNO			ASPECTOS A VALORAR	TURNO			ASPECTOS A VALORAR	TURNO				
	M	V	N	M	V	N		M	V	N		M	V	N						
CONCIENCIA	Alerta			FACIES	Febril			ACTITUD	Positiva			PIEL	Normal			PIEL	Cianosis	X	X	X
	Letárgico				Doloroso	X	X		Colaboradora	X	X		Seca				Terrosa			
	Estupor				Agónico				Indiferente				Palidez	X	X		Identificadores de factores de riesgo			
	Coma				Relajado		X		Negativa	X			Rubicundo							
	Inconsciente	X	X						Triste				Marmórea							
	Activo								Intolerante				Ictericia							
	Reactivo								Agresivo				Diaforético		X					

HORA: 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7

SIGNOS VITALES	Presión arterial (T/A)	Presión arterial media (TAM)	Frecuencia cardíaca o pulso (FC)	Frecuencia respiratoria (FR)	Temperatura corporal	SpO ₂ (Oxímetro de pulso)	Dioxido de carbono (CO ₂)	Llenado capilar	Presión venosa central (PVC)	Presión arterial invasiva (PVI)
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

SOMATOMETRÍA	Perímetro cefálico / Torácico	Perímetro abdominal	Otro
	/	/	/
	/	/	/

MEDIOS DE DIAGNOSTICOS	Glicemia capilar	Labstix	Estudios de laboratorios	Estudios de gabinete	Interconsultas	Cultivos
			<u>PH8 sedimentosos</u>	<u>PH8 sedimentosos</u>	<u>PH7 sedimentosos</u>	
			<u>RH, AS, TP, TPT, glic, urea, creat, Hb</u>	<u>RH, AS, TP, TPT, Procalcitonina</u>	<u>RH, AS, TP, TPT, Pseudo-Eliasa</u>	
			<u>TAC, RX</u>	<u>TAC, RX</u>	<u>TAC, RX</u>	
			<u>Médico especialista: neurólogo</u>	<u>Médico especialista: neurólogo</u>	<u>Médico especialista: neurólogo</u>	

APOYO RESPIRATORIO	Oxígeno por:	Presión positiva continua en vía aérea	Concentrador de oxígeno	Modo ventilatorio	F.I.O ₂	PEEP	Ciclos por minuto (Fr)	Rel. IE	Volumen	Presión Inspiratoria

GASOMETRÍA	PH	PO ₂	PCCO ₂	HCO ₃	SO ₂	BE ect.

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y NO INVASIVOS	PROCEDIMIENTO	NO. de Catéter o dispositivo	Fecha de instalación	Días de estancia	Fecha de curación	Fecha de cambio	Sitio de inserción	Nombre completo del responsable de instalación y/o curación
	Línea arterial							
	Catéter venoso central							
	Catéter PICC							
	Catéter venoso periférico	# 7 Fr	29 Nov 2021					
	Cánula orotraqueal	# 7 Fr	29 Nov 2021					
	Cánula de traqueostomía							
	Marcapaso							
	Sonda pleural							
	Sonda nasogástrica							
	Sonda orogástrica							
	Sonda de gastrostomía							
	Sonda vesical	# 14 Fr	29 Nov 2021					
	Fototerapia							
	Manejo de heridas:	<u>sdura vend</u>	Tipo de herida: <u>abierta</u>					Fecha de curación: <u>29 Nov 2021</u>
Manejo de estomas:		Tipo de estoma:					Fecha de curación:	

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA A PACIENTES CON:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

DOMINIO 04 Actividad/espacio	CLASE 04 Zapachos cardiovasculares/pulmonar
ETIQUETA (P) 30201 Riesgo de perfusión Ridewitz fissilar cerebral, infirmitad salud	
DEFINICIÓN: Riesgo de disminución de la circulación físsilar cerebral que puede comprometer la salud	
FACTORES RELACIONADOS (E): Relacionado con Traumatismo cerebral	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (S): manifestado → por	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 04 conocimiento y conducta de salud CLASE: T control del riesgo y seguridad	Abrusiones cutáneas	Grave o ninguno	Mantener a: ____ Aumentar a: ____
ETIQUETA: 1913 Severidad de la lesión física. DEFINICIÓN: Gravedad de las lesiones secundarias a accidentes y traumatismos	Hematomas	grave o ninguno	Mantener a: ____ Aumentar a: ____
DOMINIO: 02 Salud fisiológica	Presión arterial	Desviación grave	Mantener a: ____ Aumentar a: ____
CLASE: E cardiopatías	Nivel de conciencia disminuido	Grave o ninguno	Mantener a: ____ Aumentar a: ____
ETIQUETA: 0406 Presión físsilar cerebral DEFINICIÓN: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral	Reflejos hrológicos alterados	Grave o ninguno	Mantener a: ____ Aumentar a: ____

INTERVENCIONES (NIC)	
CAMPO 04 Seguridad	CLASE V Control de riesgos
RESULTADO 6654 vigilancia: seguridad	
<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay alteraciones de la función física y cognoscitiva - Proporcional al nivel adecuado de supervisión y vigilancia - Comunicar la información acerca del riesgo al personal de cuidados - Determinar el grado de vigilancia 	

INTERVENCIONES (NIC)	
CAMPO 02 Fisiológico: complejo	CLASE I Control neurológico
RESULTADO 2590 <small>monitoreo de la presión intracranial PIC</small>	
<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar en la inserción del dispositivo de monitorización de la PIC - Proporcionar información al paciente y familia - Ajustar alarmas - Registrar las lecturas de presión de la PIC - Vigilar la presión de perfusión cerebral 	