



Nombre del alumno:

José Caralampio Jiménez Gómez

Nombre del profesor:

María Cecilia Zamorano Rodríguez

Nombre del trabajo:

Resumen

Materia:

Práctica clínica en enfermería II

Grado:

Séptimo cuatrimestre de la licenciatura en enfermería

Grupo: A

Cuidado de Enfermería al paciente con dolor

22/11/2021

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

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

Factores que influyen en el significado del dolor

- Edad, sexo, Antecedentes socioculturales y experiencias pasadas.

Respuesta al dolor

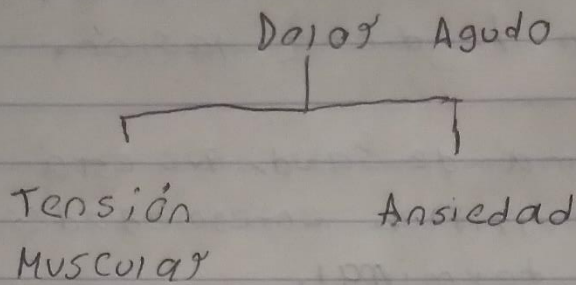
Algunas personas pueden estar temerosas, aprensivas y ansiosas, algunas lloran, se quejan, gritan.

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 o grave con una final anticipado o previsible y una duración

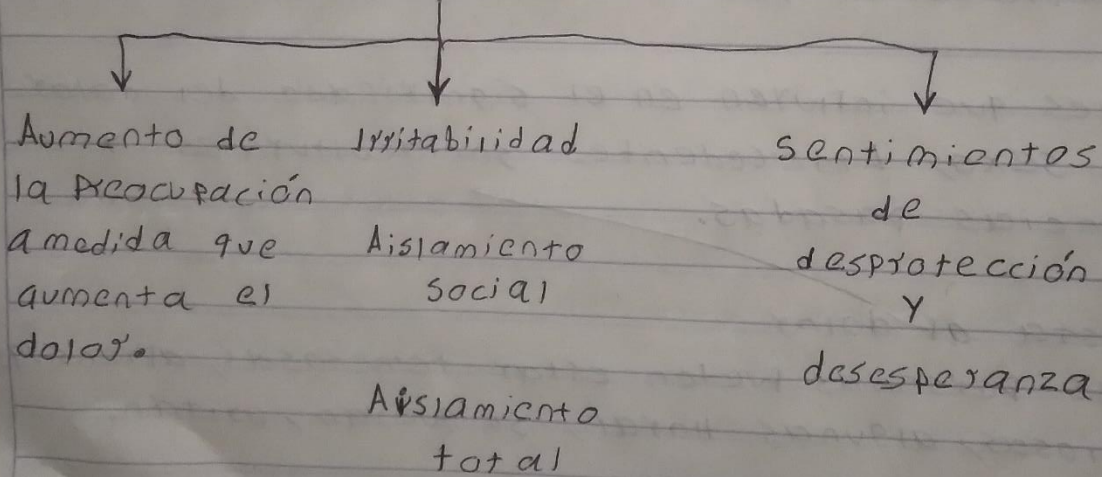
menor de 6 meses.

Tipos de dolor:



Dolor Agudo

Dolor Crónico



Valoración

Datos objetivos y subjetivos

- Intensidad del dolor.

- Disminución del mismo.
- Calidad del dolor.
- Localización (región, irradiación).
- Tiempo de aparición, duración, frecuencia, causa.
- Factores Provocadores.
- Factores paliativos.

Signos objetivos del dolor

Fisiológicos

- Pulso (Taquicardia)
- Respiración (aumento de profundidad y frecuencia)
- Presión sanguínea aumenta.
- Diaforesis.
- Pupilas dilatadas.
- Tensión muscular.
- Náuseas y vómito.

Conductuales

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

Diagnóstico de enfermería

Dolor agudo y dolor crónico

El diagnóstico del dolor

- Ansiedad.
- Patrón Respiración ineficaz
- Deterioro de la movilidad física

- Deficit del 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 una rutina que reduzca la ansiedad y los cambios constantes.

Implementación

El objetivo del tratamiento para el dolor debe ser reducirlo a su mínima expresión o lograr que desaparezca

Disminución de la ansiedad

- Mantener la calma y tranquilidad
- Ayudar al paciente a expresar sus preocupaciones (significa del dolor)
- Respetar la respuesta del paciente ante el dolor, aún si éste difiere considerablemente

de lo que se espera.

- Sostener la mano del paciente.

Distracción

Esta interfiere con los estímulos dolorosos y por tanto, modifica la consciencia del dolor. Un ambiente excesivamente silencioso y en el que no existe estímulo sensorial - puede intensificar la experiencia dolorosa debido a que no tiene nada en que enfocar su atención.

Relajación

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

Pautas para aliviar el dolor

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

Que es un paciente encamado?

Es aquel paciente que, por diferentes motivos, está obligado a permanecer inmóvil en la cama, ya sea un anciano impedido, un accidentado, un 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 horas continuas con un déficit de movilidad que hace que ~~que~~ tenga que estar en la cama.

Objetivos:

- 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.

Autocuidados

- Respiración, Alimentación, Eliminación, Descanso, Higiene personal, Movilidad, Seguridad, Estatus funcional, Estado piel y mucosas, Riesgo UPP y capacidad sensorial.

1. Alteraciones en la circulación que facilitan la aparición de trombosis venosas, tromboflebitis y embolias pulmonares.

2. Mala ventilación pulmonar con retención de secreciones y predisposición a las infecciones respiratorias.

3. Pérdida de masa muscular, generando una atrofia y debilidad muscular.

4. Afectación del hueso con pérdida de masa ósea y el desarrollo precoz de una osteoporosis.

5. Rigidez articular con posibilidad de anquilosis de las articulaciones, generando pérdida funcional y dolor importante.

6. Aparición de úlceras por presión que son 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 en la cadera, las rodillas, los talones, los codos.

Recomendaciones generales

- Conocer y evitar las complicaciones debidas 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 litros de líquidos al día.
- Conseguir que el paciente tenga una buena alimentación y que alcance niveles adecuados de hidratación.
- Estimular al paciente para que mantenga el mayor nivel de autonomía, la máxima movilidad durante el mayor tiempo posible.
 - Debe realizar ejercicios físicos activos y/o pasivos, según las posibilidades de la persona.
 - Debe realizar ejercicios físicos activos.
 - Ayudar 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 5 horas en la misma postura.
 - Por la noche, ayudarle a colocarse en una postura cómoda y no despertarle para movilizarle hasta 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 por ejemplo colchones de aire altamente, etc (el latex no alivia la presión, solo ofrece comodidad).

Higiene de las mucosas en pacientes encamados

- Higiene de los ojos - Lavado de los ojos con una gasa estéril humedecida en suero salino, de forma suave, efectuando pasadas desde el lagrimal hacia el ángulo externo del ojo. Cambiar de gasas para cada ojo.
- Higiene de las fosas nasales - Lavar instilando unas gotas de agua con sal o con una gasa impregnada en suero salino.
- Higiene de la 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, etc. Enjuagar adecuadamente. 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 cabecero de la cama o colocando almohadas para que apoye 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 a 2 litros al día como mínimo, salvo que existan contraindicaciones y enseñadas por el personal sanitario.

Baño del paciente encamado:

- En los encamados, el aseo corporal, alivia el dolor, la rigidez articular, reduce las 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 úlcera.
- Aplicar una crema hidratante por todo el cuerpo con leves masajes circulares en especial en zonas de mayor riesgo.

TCE

Concepto: Es un daño cerebral producido por un traumatismo craneoencefálico, se define como la afectación del cerebro causado por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo.

Epidemiología: El traumatismo craneoencefálico causa la mayoría de las muertes por traumas a nivel mundial, la tasa es de 579 por 100 000 persona/año, principalmente debido a caídas y/o accidentes vehiculares y esta puede estar asociada al sexo, edad, país. Además, es una de las principales causas de años perdidos por incapacidad en personas menores de 45 años.

Signos y síntomas: Cognitivos: Incapacidades para hablar o comprender las palabras, amnesia, confusión, dificultad para concentrarse, dificultad para pensar y comprender, incapacidad para crear nuevos recuerdos o incapacidad para reconocer cosas comunes.

Todo el cuerpo: ojos mareados, pupila dilatada, desmayo, fatiga, mareos, convulsión, depresión, fractura, trastorno del equilibrio, zumbido en los oídos.

Tratamiento: Rehabilitación neuropsicología,
terapia cognitivo-conductual, manejo de
orientación.

Medicamentos: Diuréticos.

Cirugía Craniectomía descompresiva.

Prevención: 1: En la medida de lo posible, evitar
que los niños realicen actividades peligrosas
tales como el o los lugares altos desprotegidos.
llevar siempre el cinturón de seguridad puesto
en el vehículo al igual que el casco si vamos
en moto o bicicleta.

Craneotomía descompresiva

Procedimiento CX: Es un procedimiento quirúrgico en el que parte del cráneo se elimina para otorgar espacio para expandirse a una inflamación del cerebro. La parte del cráneo se extrae se llama hueso de solapa o colgajo óseo su uso en cirugía es controversial.

- Se realiza cuando hay TCE severo.
- Edad de 0 a 18 años.
- Primeras 48 horas después del trauma.
- Hipertensión endocraneana que no responde a medidas terapéuticas.
- Se revisa la tomografía computarizada o la resonancia magnética.
- Revisión de los resultados de laboratorio incluyendo el perfil de coagulación y el recuento de plaquetas.
- La técnica quirúrgica para descompresión externa de la cavidad craneal tiene dos variantes Colateral, fronto-temporo-parietal - occipital esta última unilateral.

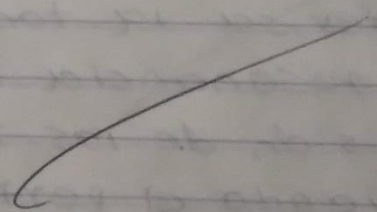
Cuidados de enfermería.

- Monitorización del PIC.
- Monitorización del metabolismo cerebral microdialisis cerebral.
- Manejo de drenaje de LCR
- Monitorización de signos vitales

~~_____~~

- Cuidados de heridas / suturas: Es probable que sea dado de alta con nuestras suturas/grapas todavía en su lugar puede ducharse o bañarse de las 24 horas después de la cirugía, sin embargo, no moje las incisiones hasta 4 días después de la cirugía.

- Cita de seguimiento: Su documentación de alta incluya la información sobre quien, cuándo y cómo comunicarse con sus médicos después del alta.



Caso clínico

• Paciente desconocido de entre 25-35 años de edad, el cual ingresa al servicio de urgencias del hospital, por sufrir accidente. El paciente se impacta sobre un camión. El paciente es portador de un síndrome poco frecuente llamado Síndrome Richieri - que consiste en múltiples malformaciones de mandíbula y laringes; los huesos de la mandíbula no se unen, dificultades en la comunicación oral. En casos graves los pacientes no pueden respirar adecuadamente y frecuentemente son candidatos a una traqueotomía.

• El síndrome de Richieri-Costa Pereira es una disostosis craneofacial autosómica recesiva, caracterizada por estatura baja, secuencia Robin, mandíbula hendida, anomalías de las manos y pies. La hendidura se encuentra en la parte media de la mandíbula, y va acompañada de malformaciones laringeas y defectos severos de las extremidades (deficiencias radiales y tibiales). El lado cubital también se ve afectado, desde clinodactilia de cinco dedos hasta hipoplasia de quinto dedo, fusión metacarpiana IV/V e hipoplasia del cúbito. También se observa la fusión de los huesos del carpo. La tibia y el peroné pueden ser cortos, resultando en acortamiento mesomédico de la extremidad, Pies torcidos y pequeños. Sobresale el aspecto de hipoplasia

de las pulgares. Los enfermos presentan dedos curvados o de menor tamaño.

A su ingreso al hospital el paciente no se pudo ventilar, no se pudo intubar. Fue rescatado con una camilla laríngea y finalmente intubado mediante una intubación retrógrada.

Introducción. El síndrome Richieri - Costa Pereira, del hospital de rehabilitación de anomalías craneofaciales de Bauru, se descubrió en pobladores de la zona de vale do Paraiíba. En el interior Paulista. Los pacientes diagnosticados con esta enfermedad pertenecen a 17 Familias de la región. Aunque formalmente no se encuentran emparentadas es muy probable que las familias afectadas provienen de familias ancestrales del Brasil, (São Paulo State) en donde se ha descubierto la mayoría de estos casos.

Paciente desorientado, con presencia de sangre en el cráneo al parecer sufrió caída en su casa del segundo piso. Ingresó al hospital donde es recibido por enfermeras estudiantes del séptimo semestre que se encuentran de práctica ya que los enfermeros responsables del turno salieron dicen que fueron a ver a la grave a su ingreso, lo rescatan en la camilla de la sala de choque. Después empiezan a

Realizarse los cuidados de enfermería con orden de prioridades.

El médico hace acto de presencia e indica monitorización continua de los signos vitales y cuidados de enfermería de rutina, además pide material para intubación, ya que el paciente presenta periodos de apnea continuos y saturación de oxígeno menor de 60%. Presenta Síndrome generalizado, herida en la parte occipital del cráneo como de diez centímetros, indican estudios complementarios como son RX, TAC, sanguíneos, además solicitan preparación para guiso fanos. Al término, para craneotomía descompresiva, por lo que los enfermeros estudiantes lo preparan para guiso fanos. Al término de la cirugía pasa el paciente a la UCI donde los enfermeros estudiantes que también están por esa área reciben al paciente e inician los cuidados de enfermería respectivos para paciente en estado crítico.

Paciente que presenta los siguientes signos vitales: TA (130/95, 150/85 y 140/87), pulso (100, 78 y 68), Fc (100, 96, 82), temperatura (38, 39, 40) saturación de oxígeno (60, 75, 85). El paciente es valorado por médico especialista quien indica vía central de preferencia subclavia,

con soluciones para la toma de PVC, sangre total un paquete para cuatro horas, Sol mixta de 1000 ml para 24 horas, medicamentos y analgésicos para cada 8 horas, Presenta oligemias capilares de 107, 110 y 89, Bixilastic con resultados de PH de 8, 9, 10, sedimentos y cristales escasos.

PVC, 12, 14, 15 Presenta glasgow de 7, 10 y 12, escala de EVA no valorable, paciente que después de 15 días deciden trasladarlo en el servicio de medicina interna donde inician cuidados de enfermería, días después presenta secreciones abundantes, estertores, presenta secreciones abundantes, estertores, presenta paro cardiorespiratorio y se le brindan maniobras de resucitación sale del paro y 48 hrs después fallece por broncoaspiración, por lo que se le brindan los últimos cuidados de enfermería, después se pasa a mortuario.

4

~~ultra 2~~

20

SALUD

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION DE ATENCION MEDICA
COORDINACION ESTATAL DE ENFERMERIA

HOJA DE NOTAS Y REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CRITICOS

D-13

Patient information form including name (Emilio YAGUEZ PEREZ), sex (M), date of birth (16/03/1983), admission date (29/11/21), and other clinical details.

Table with columns for ASPECTOS A VALORAR and TURNOS (M, V, N) for various clinical categories like CONCIENCIA, FACES, ACTITUD, and PIEL.

VITAL SIGNS table with columns for HORA (8-24) and rows for parameters like Presión arterial (TA, TAM), Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, etc.

DIAGNOSTIC table with rows for Perímetro cefálico, Perímetro abdominal, and other diagnostic measurements.

LABORATORY table with rows for Estudios de laboratorios, Estudios de gabinete, and Interconsultas.

RESPIRATORY table with rows for APPTO RESPIRATORIO including O2, FIO2, PEEP, and other respiratory parameters.

GASOMETRY table with rows for PH, PCO2, PCO2, HCO3, SO2, and BE est.

INVASIVE PROCEDURES table with columns for PROCEDIMIENTO, NO. de Catéter, Fecha de instalación, and Nombre completo del responsable de instalación y/o curación.

| VALORACION DEL NIVEL DE SEDACION (RAMSAY - MILLER) | | | | | | | | VALORACION DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION (UP) | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------|--------|------------------------|--------|--------|---|--|--|----------------|--------------|------------------|-------------------|------------------|--|--|--|--|--|
| PUNTOS | NIVEL DE CONSCIENCIA | TM | | TV | | TN | | RIESGO | PUNTOS | CODIGO | TM | | TV | | | | | | |
| | | 1a Row | 2a Row | 1a Row | 2a Row | 1a Row | 2a Row | | | | 1a Row | 2a Row | 1a Row | | | | | | |
| 0 | No sedación | | | | | | | Alto | ≤ 12 | Rojo | | | | | | | | | |
| 2-3 | Sedación Consciente | | | | | | | Mediano | 13-14 | Amarillo | | | | | | | | | |
| 4-6 | Sedación profunda | | | | | | | Bajo | 15 y + | Verde | | | | | | | | | |
| VALORACION DEL ESTADO DE COMA EN NIÑOS Y ADULTOS (GLASGOW) | | | | | | | | ESCALA DE VALORACION DE DOLOR (EVA) Y BIERI | | | | | | | | | | | |
| PUNTOS | NIVEL DE CONSCIENCIA | TM | | TV | | TN | | 0 | 1-3 | 4-5 | 6-7 | 8-9 | 10 | | | | | | |
| | | 1a Row | 2a Row | 1a Row | 2a Row | 1a Row | 2a Row | Sin dolor | Poco dolor | Dolor moderado | Dolor fuerte | Dolor muy fuerte | Dolor insoponible | | | | | | |
| 15-13 | Leve | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12-9 | Moderado | | | | | | | M | V | N | M | V | N | | | | | | |
| < 9 | Severo | | | | | | | M | V | N | M | V | N | | | | | | |
| VALORACION DEL RIESGO DE CAIDAS | | | | | | | | ESCALA DE VALORACION DE DOLOR EN NEONATOS (0 - 20) | | | | | | | | | | | |
| RIESGO | PUNTOS | CODIGO | TM | | TV | | TN | | ESCALA DE VALORACION DE DOLOR EN NEONATOS (0 - 20) | | | | | | | | | | |
| | | | 1a Row | 2a Row | 1a Row | 2a Row | 1a Row | 2a Row | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| Alto | 4-10 | Rojo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mediano | 2-3 | Amarillo | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bajo | 0-1 | Verde | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESCALA DE SUSAN GIVENS BELL VALORACION DE DOLOR EN NEONATOS (0 - 20) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORA | | | | | | | HORA | | | | | | | | | | | | |
| Signos conductuales 6 signos a valorar Rango de 0 a 2 | | | | | | | Signos fisiológicos 4 signos a valorar Rango de 0 a 2 | | | | | | | | | | | | |
| Se considera arbitrariamente que un Neoneto con una valoración de 0 - 5 tiene un control de dolor adecuado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | | | | OBJETIVOS O RESULTADOS | | | | INTERVENCIONES Y/O RECOMENDACIONES(CODIGO) | | | | EJECUCION | | | | | | | |
| Turno Matutino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | Turno Vespertino | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

MONITORIZACIÓN NUTRIMENTAL: DIETA O FÓRMULA

INGRESOS

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

| DÍA | MEDICAMENTO | DOSES | VIA | FRACCIONES | |
|-----|-------------|-------|-----|------------|----|
| | Ampicilina | 1g | IV | q12 hrs | 10 |
| | paracetamol | 1g | IV | q8 hrs | 6 |

DOBLE VERIFICACIÓN

SUBTOTALES

INGRESOS

SOLUCIONES PARENTERALES

| | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Sol. Parenteral A | Sol. Parenteral B | Sol. Parenteral C |
| Sol. Parenteral D | Sol. Parenteral E | Sol. Parenteral F |

| SOLUCIONES | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | Sub T | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | Sub T | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sub T |
|------------|---|---|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

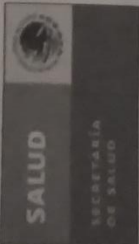
SUBTOTALES

HEMODERIVADOS

| | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sangre y/o Hemoderivados A | Sangre y/o Hemoderivados B | Sangre y/o Hemoderivados C |
| Sangre y/o Hemoderivados D | Sangre y/o Hemoderivados E | Sangre y/o Hemoderivados F |

| HEMODERIVADO | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | Sub T | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | Sub T | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sub T |
|--------------|---|---|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SUBTOTALES



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería

Grupo educativo albores alcazar, s.c.
 Universidad del sureste
 "pasión por educar"



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Dolor agudo

Dominio: Clase: **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

Etiqueta (problema) (PI):
 Dominio 12: Confort
 Clase 1: Confort físico
 Código 00132: Dolor agudo

Definición:
 Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular y/o potencial, o descrita en términos de daño de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave.

Factores relacionados (causas) (E):
 Lesiones por agentes físicos

Características definitorias (signos y síntomas):
 - Cambio de parámetros fisiológicos.
 - Expresión facial de dolor.
 - Evidencia mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente.

| RESULTADO (NOC) | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
|--|--|---|--|
| Dominio V (s) Salud Percibida Clase: V Sintomatología | <ul style="list-style-type: none"> • Duración de los episodios de dolor • Expresiones faciales del dolor. • Muecas del dolor. | Grave: 1 Sustancial: 2 Moderado: 3 Leve: 4 Ninguno: 5 | Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 |
| Dominio V (s) Salud Percibida Clase: V Sintomatología | <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Sufrimiento | Grave: 1 Sustancial: 2 Moderado: 3 Leve: 4 Ninguno: 5 | Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Mantener a: 3 Aumentar a: 5 |
| Dominio V (s) Salud Percibida Clase: EE Satisfacción de los cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • Dolor controlado • Nivel del dolor controlado regularmente. • Acciones de enfermería; tomadas para el manejo del dolor | | Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Mantener a: 2 Aumentar a: 5 |

Total: M: 6
A: 13

Proporción de comodidad

INTERVENCIONES (NIC): Campo: Fisiológico Básico
Clase: F. Fomento de la Comodidad Física
Título: Manejo del dolor agudo

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que agravan y alivian.
- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
- Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor sea grave o antes de las actividades que lo inducen.
- Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.
- Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.

INTERVENCIONES (NIC):

ACTIVIDADES

INTERVENCIONES (NIC):

ACTIVIDADES

INTERVENCIONES (NIC): Campo: Fisiológico; Complejo
Clase: H. Control de Fármacos
Título: Administración de analgésicos.

- Establecer patrones de comunicación efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor.
- Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación.
- Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar las dosis anteriores y las vías de administración de analgésicos para evitar el tratamiento insuficiente o excesivo.

UNIDAD IV

4.1 Hojas de enfermería

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.



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.

Los Registros clínicos, valoración e intervenciones de enfermería



Los registros de enfermería, provenientes de las valoraciones y los resultados de las mediciones constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en el expediente clínico del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal

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.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), 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.



Para poder organizar y registrar cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería, debemos clasificar las necesidades y demandas de los pacientes, según un modelo de cuidados, siendo los más utilizados: **Necesidades Básicas de Virginia Henderson** o **Patrones Funcionales de Gordon**.



Los registros de enfermería

Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución.

II.1 NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACION DE REGISTROS: reglas o recomendaciones básicas

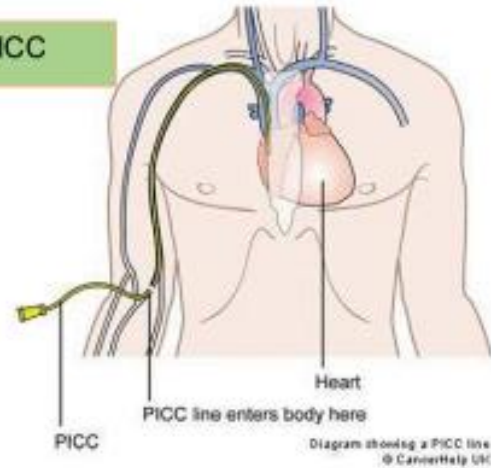
- **OBJETIVIDAD:** Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.
- **PRECISIÓN Y EXACTITUD:** Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- **LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- **SIMULTANEIDAD:** Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.



4.2 Colocación del PICC

1- 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.
- Pese a ser una técnica de bajo riesgo y con importantes beneficios respecto a otras formas de acceso vascular para administración parenteral, debe evaluarse y considerarse de forma individualizada el coste-beneficio



2- 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.

ALGORITMO DE DECISIÓN PICC

- Informar al paciente del procedimiento, complicaciones, finalidad y posibles alternativas; y aclarar las dudas que presente.
- Informar al paciente y familiares sobre los cuidados posteriores. Entrega de tríptico informativo.



3- Preparación del material:

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



4- Preparación del paciente:

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

5- Valoración ecográfica:

- Valorar las venas ecográficamente.
- Medición del calibre y profundidad, evitando las venas que estén a más de 2 cm. de profundidad.
- Marcaje del punto elegido.



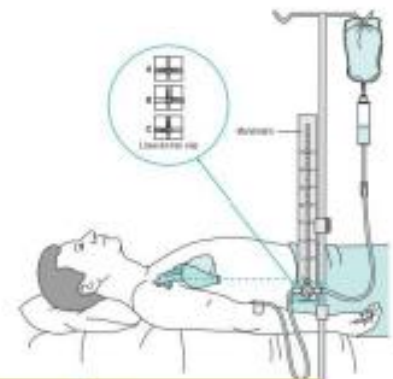
REPORT THIS AD

- Crear un ambiente de tranquilidad e intimidad.
- Acomodar al paciente en decúbito supino y colocar electrodos, procediendo a su monitorización.
- Extender el brazo del paciente a 90°. El abordaje siempre será individualizando en cada caso.

4.3 Toma de PVC

1.- OBJETIVO

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.



2.- DEFINICIÓN

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.

Preparación del material

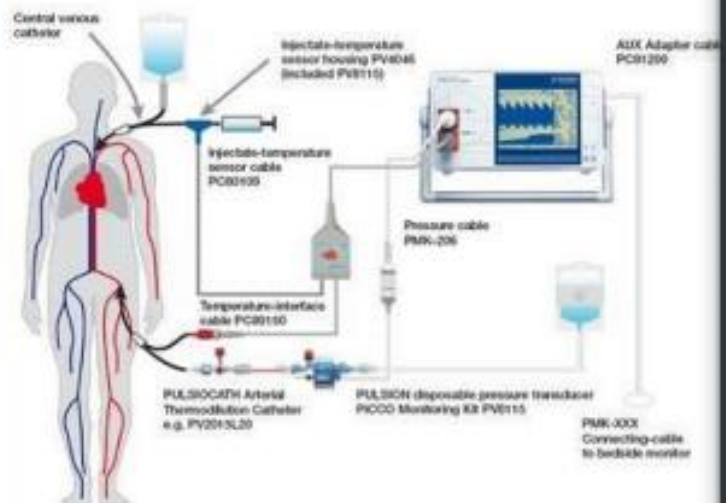
- Sistema de infusión de presión venosa central (equipo de infusión de doble circuito y escala graduada).
- Suero fisiológico de 500 cc.
- Pie de gotero.
- Sistema de fijación, si precisa.
- Guantes estériles.

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.
- Colocarle en decúbito supino con la cama horizontal y sin almohada, si lo tolera y no hay contraindicación.

Técnica

- 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 —0ll 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.



4.4 Aspiración de secreciones

Introducción

Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea

Concepto

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

Objetivos

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

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.

Indicaciones

La técnica está indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones.



Material 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.



BIBLIOGRAFIA:

UDS 2021. Antología de Práctica clínica en enfermería II. Utilizado el 03 de diciembre del 2021. PDF.

URL:

<file:///D:/SEPTIMO%20CUATRIMESTRE/PRACTICA%20CLINICA%20EN%20ENFERMERIA%20II/RECURSOS/antologia.pdf>