



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del alumno: Keila Elizabeth Velasco Briceño**

**Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano**

**Nombre del trabajo: Resumen 4 unidad en la libreta**

**Materia: practica clínica**

**Grado: 7 Cuatrimestre**

**Grupo: B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de diciembre del 2021.

# Cuidados de enfermería al

UNIDAD 4

## Paciente con dolor.

**Dolor:** Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión histica 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 significado del dolor.

- Edad
- Antecedentes socioculturales
- Sexo
- Experiencias pasadas.

## Respuesta al dolor.

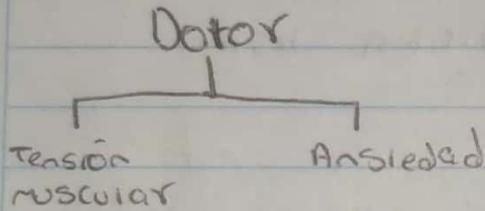
Algunas personas pueden estar temerosas, aprensivas y ansiosas, algunas lloran, se quejan, gritan.

## DOLOR AGUDO

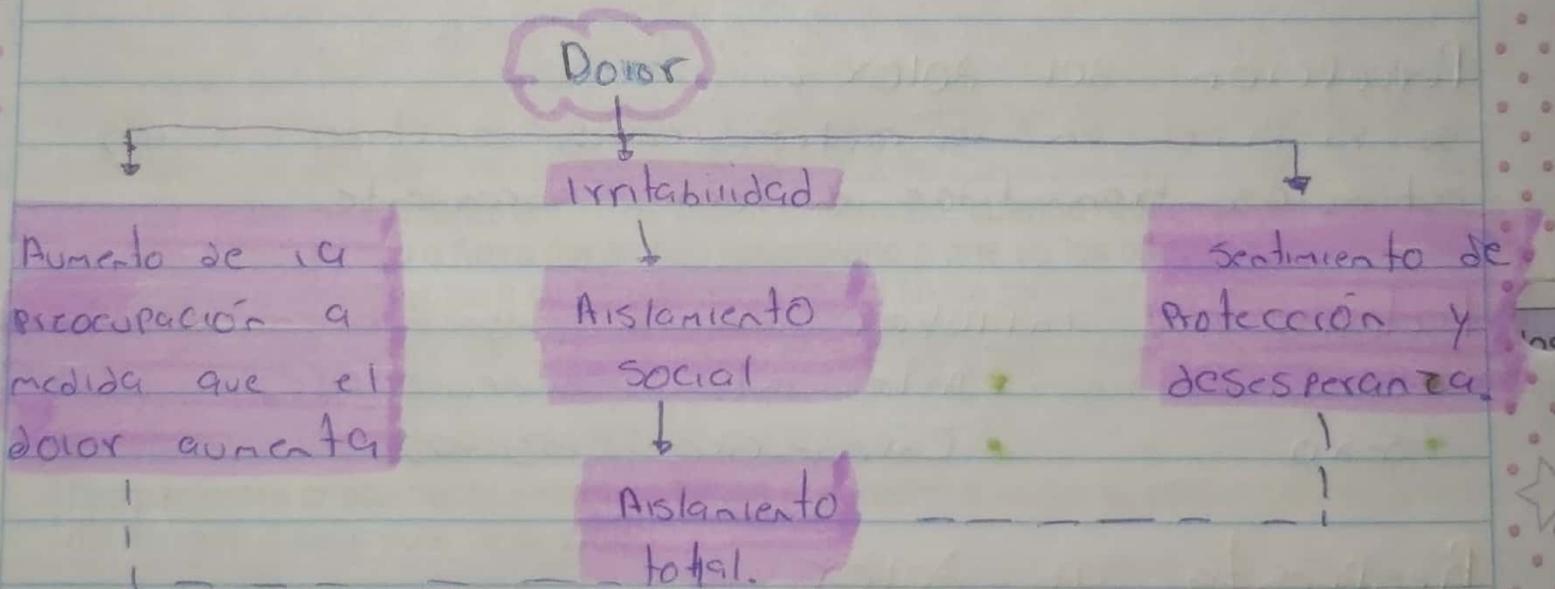
Experiencia sensitiva y emocional desagradable, ocasionado por una lesión aguda real o potencial o descrita en tales términos, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

## Tipos de dolor.

Puede ser dolor agudo y crónico, se conecta con o donde este originado el dolor.  
Ejemplo: dolor agudo muscular.



## DOLOR CRONICO



## 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 la 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
- Gritos

## Diagnósticos de enfermería sea: Dolor agudo y crónico

### ► Et diagnóstico del dolor.

- Ansiedad
- Patrón ineficaz de respiración
- 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 reducido a su mínima expresión o lograr que desaparezca mediante:

### - Disminución de la ansiedad -

- Mantener la calma y tranquilidad
- Ayudar al paciente a explorar sus preocupaciones (significado del dolor)
- Respetar la respuesta del pte. ante el dolor, aún si este difiere considerablemente de lo que se espera.
- Sustener la mano del paciente.
- Evitar dejarlo solo.

## Distracción

Esta interfiere con estímulos dolorosos y por tanto, modifica la conciencia 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 disminuir el dolor.

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

## ► Evaluación.

• ¿Aun experimenta dolor el pte.?

• ¿Es necesario agregar nuevas intervenciones?

# PROBLEMAS POTENCIALES EN EL PACIENTE ENCAMADO

## ¿Qué es un Paciente encamado?

Es aquel paciente, que por diferentes motivos, está obligado a permanecer inmovil en la cama, ya sea un anciano impedido, un accidentado, un enfermo terminal.

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

Se considera pte. encamado prolongado a partir de 145 72hrs continuas con un déficit de movilización o movilidad que hace que tenga que estar en 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 del 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
- Higiene Personal
- Descanso
- movilidad
- Seguridad
- Estatus Funcional
- Estado de piel y mucosas
- Riesgo de UPP
- capacidad sensorial.

## Necesidades Observar:

- 1- Alteraciones en la circulación que facilitan la aparición de trombosis venosa, 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 expuestas a sufrir una úlcera son principalmente aquellos tejidos sobre los que reposan

LOVE yourself

Presión en 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 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 tenga 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.
- 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 hrs como mínimo, NO pasar más de 5hrs en la misma postura.
- Por la noche ayudarle a colocarse en una postura cómoda y no despertarle para movilizarle hasta por la mañana.

beautiful LIFE

- 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 alternamente, etc. (el latex no alivia la presión, solo ofrece comodidad).

## Higiene de las mucosas en Etos. Pacientes

- **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.

# TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO.

## CONCEPTO:

Es una lesión física producida sobre el tejido cerebral que altera la función cerebral, temporalmente o permanentemente, dependiendo del tipo de traumatismo.

Disfunción cerebral ocasionada por un impacto externo, generalmente un golpe violento de cabeza.

## CAUSAS:

- Accidentes laborales en el hogar, al aire libre o al practicar deportes.
- Los accidentes de tránsito.
- Las caídas.
- La agresión física.

## SIGNOS Y SINTOMAS:

- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| ▶ Pérdida de conocimiento. | ▶ Estupor                   |
| ▶ Pupilas dilatadas        | ▶ Convulsión                |
| ▶ Ansiedad                 | ▶ Sueño                     |
| ▶ Adinamia                 | ▶ Náuseas                   |
| ▶ Cefalea intensa.         | ▶ Fracturas                 |
| ▶ Sensibilidad a la luz.   | ▶ Acúfenos                  |
| ▶ Fosfenos                 | ▶ Trastorno del equilibrio. |
| ▶ Vómito                   |                             |

## TRATAMIENTO:

El tratamiento puede ser qx, si se tiene que extraer cualquier cúmulo de sangre en el cerebro o el medicamento puede ser analgésicos y antihistamínicos.

## PREVENCIÓN:

- ▶ Mantener siempre precaución en actividades riesgosas.
- ▶ Mantener siempre equipo de protección en deportes extremos.
- ▶ Tener el cinturón de seguridad en el interior del vehículo.

## CRANEOTOMIA DESCOMPRESIVA

Es la intervención quirúrgica consistente en realizar una descompresión del espacio intracraneal mediante una amplia resección de hueso craneal (Craniectomía) así como una plastia de la duramadre (Duroplastia).

### Objetivo:

Aumentar la capacidad del espacio intracraneal para reducir la presión intracraneal intratable por otros medios en caso de infartos cerebrales masivos o edema cerebral posttraumático masivo, en esos casos puede ser necesario reparar el defecto óseo tardíamente si el paciente sobrevive, se utiliza también para aumentar la capacidad de la fosa posterior en caso de malformación de Arnold-Chiari.

LOVE yourself

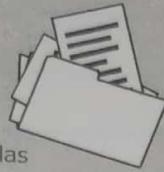
## Cuidados de enfermería

- Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reaccion de la pupila.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Vigilar las tendencias en la escala de coma de glasgow.
- Vigilar los signos vitales.
- Comprobar el estado respiratorio.
- Observar la existencia de quejas por jaquecas.
- Vigilar características del habla.
- Colocar al paciente con una inyección corporeal adecuada.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.
- Vigilar el estado de la piel.
- Cambios posturales al menos cada 2 hrs.
- Ayuda con las medidas de higiene.
- Controlar la función urinaria.
- Monitorizar el estado pulmonar.

# 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 irá de color negro, ningún espacio en blanco y sin tachaduras y el dato correcto en el espacio correcto.

## 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

- 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

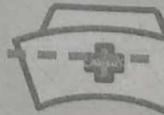


## El proceso de atención de enfermería (PAE)

- 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
- Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad.
- Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros, permitiendo: La investigación en enfermería; Y una prueba de carácter legal.



## Lineamientos



En la identificación del usuario se utiliza nombre completo, fecha de nacimiento y diagnóstico, antes de la realización de procedimientos médico-quirúrgicos, técnicos o administrativos

Explica al usuario y familiares la finalidad del uso del nombre completo, fecha de nacimiento y diagnóstico, antes de la realización de la realización de procedimientos médico-quirúrgicos, técnicos o administrativos.

Deberá establecer comunicación efectiva, oportuna, precisa, completa y comprensible.

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.

Cuando reciba una indicación verbal vía telefónica, deberá establecer comunicación efectiva, y deberá escuchar, escribir, leer, y confirmar dicha información, anotarla en la hoja de enfermería, y en cuanto esté presente el personal que emitió dicha información deberá confirmar dicha información y firmar la indicación.

Son los responsables del control farmacológico, asegurando la ubicación, etiquetado, almacenamiento, vías, dosis, y fechas de caducidad.

Debe hacer aseo de manos antes y después de estar en contacto con el paciente, sus pertenencias, sangre y/o líquidos corporales.

El personal conoce y aplica la NOM-087-ECOL

## 4.2 Colocación del PICC

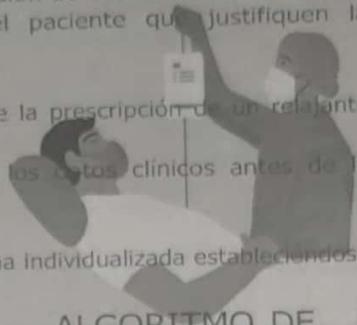
### Precauciones previas

Verificación de la correcta cumplimentación de la solicitud con los datos identificativos completos 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, q.

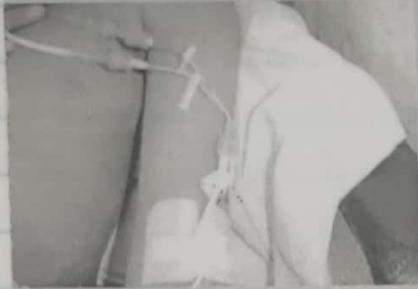
Revisión de la última analítica y de los datos clínicos antes de la implantación.

Cada paciente debe ser valorado de forma individualizada estableciéndose como pauta general



### 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.



### Técnica de implantación

Medir longitud del catéter, para ello:

Medir la distancia desde el punto de entrada hasta la línea media clavicular ipsilateral, y de allí hasta el 3º espacio intercostal derecho.

Medir desde el punto de inserción hasta la unión esterno-clavicular del mismo lado, sumando 10 cm si es el brazo derecho ó 15 si es el brazo izquierdo.

Elección del PICC en función del calibre del vaso elegido y del número de luces necesarias. El calibre del catéter no podrá superar 1/3 del calibre del vaso.

Lavado del brazo con jabón de clorhexidina y aclarado abundante, secado con compresas estériles.

#### PREPARACION DEL MATERIAL

Todo el personal que participe en el procedimiento, es recomendable que use mascarilla, gorro y bata.

Colocar compresor unos 10-15 cm, por encima de la zona elegida. Lo colocará el personal ayudante.

Desinfección con clorhexidina acuosa al 2% y colocar amplio campo estéril sobre el paciente dejando al descubierto la zona a puncionar.

Administrar en la zona seleccionada anestésico local y dejar actuar.

Preparar el PICC elegido y resto del material necesario sobre el campo estéril:

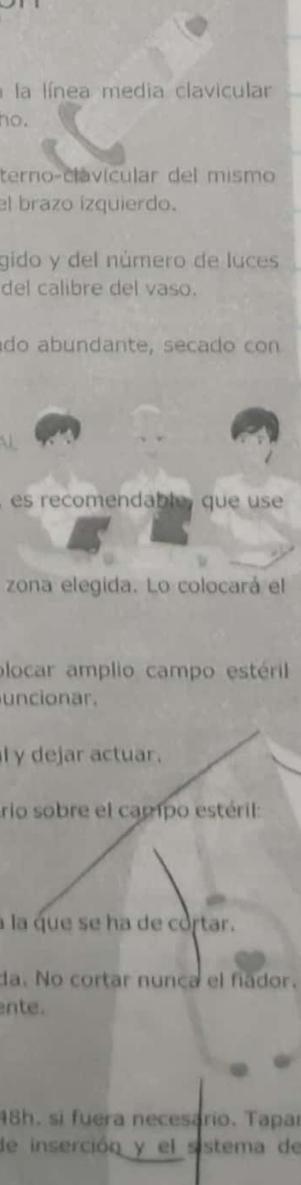
Purgar con suero fisiológico el PICC y la guía.

Extraer el fiador del catéter para librar la longitud a la que se ha de cortar.

Cortar el catéter con el bisturí a la medida adecuada. No cortar nunca el fiador. Comprobar que el corte se ha realizado correctamente.

Colocar el sistema de fijación.

Colocar gasa estéril o espongotan las primeras 48h. si fuera necesario. Tapar con apósito transparente abarcando el punto de inserción y el sistema de fijación.



# 4.3 Toma de PVC

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.

## 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.



## Preparación del material

- Sistema de infusión de presión venosa central
- Suero fisiológico de 500 cc.
- Pie de gotero.
- Sistema de fijación, si precisa.
- Guantes estériles.

## Preparación del paciente

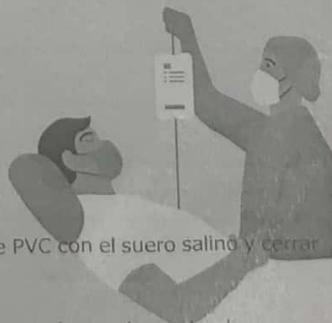
- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento
- Colocarlo en decúbito supino con la cama horizontal y sin almohada, si lo tolera y no hay contraindicación. Si no es así, bajar la cabecera de la cama tanto como sea posible.



nu101001 comps.fotosearch.com

## 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 "0" 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.



LOVE yourself

## 4.4 Aspiración de secreciones

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 la aérea artificial

### Concepto

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



### 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 laringeos.
- Vances esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.



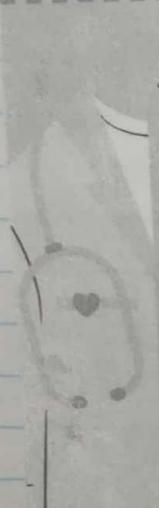
### Objetivos

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.



### 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.



fisio campus

FUENTE DE INFORMACION:

S. Antología practica clínica. Unidad 4. Recuperado el 26 de noviembre del 2021.PDF



VALORACION DEL NIVEL DE SEDACION (RAMSAY - MILLER)						VALORACION DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION (UPP)										
PUNTOS	NIVEL DE CONSCIENCIA	TM		TV		TN		RIESGO	PUNTOS	CODIGO	TM		TV		TN	
		1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev				1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev
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 Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev	Sin dolor	Poco dolor	Dolor moderado	Dolor fuerte	Dolor muy fuerte	Dolor insoportable
15 - 13	Leve												
12 - 9	Moderado			X		X							
< 9	Severo	X											

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDAS														
RIESGO	PUNTOS	CODIGO	TM		TV		TN		ESCALA DE VALORACION DE DOLOR (EVA) Y BIERI					
			1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev	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				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 Neonato 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	Código = 0033 "Deterioro de la ventilación espontánea" Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida P/C. fatiga de músculos respiratorios. R/P aumentado de...	Código = 0415 "Estado respiratorio" Indicadores: • Saturación de oxígeno. • Auscultación de estubo • Fiebre. • Oxigenoterapia.	- Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales. - Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. - Vigilar el flujo de oxígeno. - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. - Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. - Mantener la vía aérea permeable.	
Turno Vespertino				
Turno Nocturno				



EGRESOS	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	
Urésis / Características				30 <sup>ml</sup>			30 <sup>ml</sup>			30				30					30					30			60	
Evacuaciones / Características				50 <sup>ml</sup>			50 <sup>ml</sup>						50		50						50						50	
Vómitos																												
Muestras de laboratorios																												
Sangrado			10 <sup>ml</sup>				100 <sup>ml</sup>																					
Pérdidas Insensibles		60 <sup>ml</sup>	339	60 <sup>ml</sup>	60 <sup>ml</sup>	60 <sup>ml</sup>	60 <sup>ml</sup>	60 <sup>ml</sup>	60 <sup>ml</sup>	376.5	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	660					
Secreciones		10 <sup>ml</sup>	60 <sup>ml</sup>	10 <sup>ml</sup>	10 <sup>ml</sup>	10 <sup>ml</sup>	10 <sup>ml</sup>	10 <sup>ml</sup>	10 <sup>ml</sup>	60	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	110					
SUBTOTALES								579									516.5	880										
DIURESIS MEDIA HORARIA (DMH)	4.28 ml								5.11								5.45 ml											
BALANCE PARCIAL POR TURNO	Ingresos: 1404.92 ml								Ingresos: 604.92								Ingresos: 921.57											
	Egresos: 579								Egresos: 516.5								Egresos: 880											
	Balance (+) 525.92								Balance (+) 88.42								Balance (+) 41.52											
BALANCE TOTAL (24 HORAS)	INGRESOS: 2630.44								EGRESOS: 1975.5								BALANCE (+) 654.94											
MATUTINO EVALUACIÓN	VESPERTINO EVALUACIÓN								NOCTURNO EVALUACIÓN																			
Impacto del cuidado: Observación y Pendientes								Impacto del cuidado: Observación y Pendientes								Impacto del cuidado: Observación y Pendientes												
Plan de alta								Plan de alta								Plan de alta												
NOMBRE COMPLETO, FIRMA DE LA ENFERMERA (O)								NOMBRE COMPLETO, FIRMA DE LA ENFERMERA (O)								NOMBRE COMPLETO, FIRMA DE LA ENFERMERA (O)												

Handwritten notes and signatures in the evaluation section. The number '4' is circled in the Matutino column, and the number '20' is circled in the Vespertino column. A signature is written across the Vespertino and Nocturno columns.