



Licenciatura en enfermería

**Nombre de alumno: César Abraham
Morales Pérez**

**Nombre del profesor: María Cecilia
Zamorano**

Nombre del trabajo: “Resumen”

Materia: Práctica clínica.

Comitán de Domínguez, Chiapas a 02 de diciembre del 2021

22/NOV/2021

Cuidado de enfermería al paciente con dolor.

Dolor

Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión histórica 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 es producida en la corteza como resultado de los estímulos transmitidos en forma ascendente.

Factores que influyen en el significado del dolor:

- Edad
- Sexo
- Antecedentes socio-culturales
- Experiencias pasadas.

Respuesta al dolor:

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

Dolor agudo:

Experiencia sensorial 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

22/11/2021

22/NOV/2021

menor de seis meses.

Tipos del dolor: (Dolor agudo).

- Tensión muscular
- Ansiedad

Tipos del dolor: (Dolor crónico).

- Irritabilidad
- Aislamiento social
- Aislamiento total: Aumento de la preocupación a medida que aumenta el dolor, sentimientos de desprotección y desesperanza.

Valoración:

(Datos objetivos y subjetivos)

- Intensidad del dolor
- Disminución del mismo
- Calidad del dolor
- Localización (región, duración, frecuencia, causa). (localización).
- Factores provocadores
- Factores paliativos

Signos objetivos del dolor

- Fisiológico:
 - Pupilas dilatadas
 - Tensión muscular
 - Náuseas y vómito
- Pulso (taquicardia)
- Respiración
- Presión sanguínea
- Diáforesis

22/NOV/2021

→ Conductuales:

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

Dx. de enfermería (Nanda)

- Dolor agudo
- Dolor crónico

Dx. del doct (Noc)

- Ansiedad
- Patrón respiratorio ineficaz
- Deterioro de la movilidad física
- Déficit 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 obsesiones de los pacientes sean tomadas en cuenta y también puedan ejecutar una rutina que reduzca la ansiedad y los cambios constantes.

22/NOV/2021

Implementación

El objetivo del tratamiento para el dolor debe ser reducirlo 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
- Respetar la respuesta del paciente ante el dolor, aún si este difiere considerablemente de lo que se espera
- Soportar la mano del paciente
- Evitar dejarlo sólo

Distracción

- Esta interfiere con los 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.

Pautas para aliviar el dolor

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

24/NOV/2021

Problemas potenciales del enfermo encamado

¿Qué es un px 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 al paciente encamado prolongado a partir de 72 horas continuas con un déficit de movilidad que hace 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"

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

24/NOV/2021

- 1.- Alteraciones de 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 la 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 alquibosis 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 sustancias cutáneas y cuya profundidad puede variar desde una erosión superficial en la piel hasta una afección más profunda, pudiendo llegar hasta el hueso.
- 7.- Las zonas más expuestas a sufrir una úlcera son principalmente aquellos tejidos sobre los que realizan presión los huesos, como en rododilla, los tallos, 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.

24/nov/2021

- 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 de las posibilidades de la persona.
 - 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 la tiene.
 - Evitar la misma postura realizando cambios posturales cada 2-3 horas como mínimo.
 - Mantener un correcto alineamiento corporal.
 - Utilizar dispositivos que alivien la T/A. y eviten las lesiones.
- "Higiene de las mucosas en pacientes encamados".
- Higiene de los ojos.
 - Higiene de las fosas nasales.
 - Higiene de la boca.

¿Qué es un TCE? Disturbio cerebral ocasionado por un impacto externo, generalmente un golpe violento en la cabeza.



Signos y síntomas: Pupilas dilatadas, estupor, convulsión, anisocoria, adinamia, aseo, náusea, cefalea intensa, fracturas, sensibilidad a la luz, acúfenos, fosfenos, trastorno del equilibrio.

Tx: El tratamiento puede ser Qx. si se tiene que extraer cualquier coágulo de sangre en el cerebro o el medicamento pueden ser analgésicos y antiinflamatorios.

Prevención

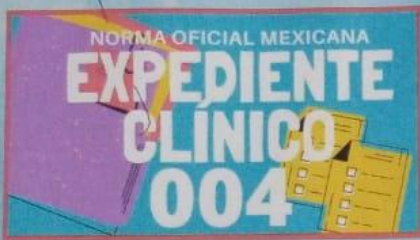
Mantener siempre precaución en actividades riesgosas, mantener siempre equipo de protección en deportes extremos y tener el cinturón de seguridad en el interior del vehículo.

Dx: post cranealéxia

Procedimiento Qx.

Cuidados de enfermería

4.1.- Hojas de enfermería



Es un instrumento administrativo que sirve para tener un control del paciente de manera estricta y general.

La hoja de enfermería es:

Un formato legal.



Valora: Signos vitales, aspectos de la facia, estudios laboratoriales, control de líquidos, cardex de medicamentos, Dx. de enfermería NANDA, NIC, NOC.



4.3.- Toma de PVC

4.2.- Colocación de PICC

es una sonda larga y delgada que se introduce en el cuerpo a través de una vena en la parte superior del brazo.

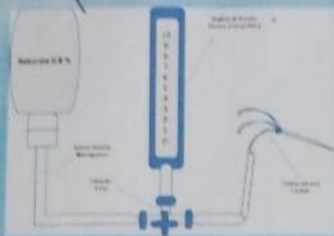


El paciente se coloca en posición supino.
 Se posiciona la ligadura y se procede a punccionar.
 Se emplean imágenes de ultrasonido para escoger la vena y guiar la aguja hasta dicha vena.
 Se limpia la zona donde se introducirá la aguja y se supervisa la instalación.

Materiales:

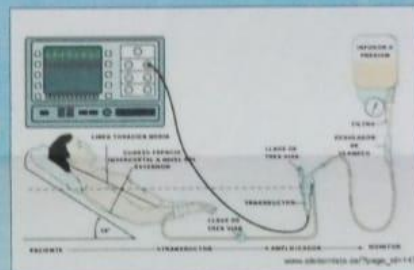


4.3.- Toma de PVC



La PVC es un procedimiento muy utilizado en pacientes críticos en la UCEA, en donde se controla de manera más exacta la presión en el organismo.

Por lo general esta técnica se emplea en pacientes que sufrieron algún traumatismo.



Material a utilizar.

- Escala de PVC
- Solución salina normal de 250cc
- Descartable
- Escala de oscilación
- Llave de tres vías
- Atril
- Hoja de enfermería
- Hoja de anotación de la PVC
- Guantes no estériles y estériles.

para realizar esta instalación debe ser realizada por un M.C.

4.4.- Aspiración de secreciones



Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

- Aspirador de vacío.
- Recipiente para la recolección de secreciones.
- Sondas de aspiración estéril (NELATON)
- Tubo o goma de aspiración.
- Guantes estériles
- Ambú con reservorio conectado a fuente de oxígeno
- Jeringa de 10 ml.
- Suero fisiológico.
- Botella de agua bidestilada

Una vez que se comience la aspiración, no se debe de aspirar más de 10 a 15s

Esta instalación se realiza a pacientes con traumatismos o pacientes sedados o en coma inducido.