



Nombre del alumno: Brenda Jaquelin Velázquez Salas

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano.

Nombre del trabajo: Resumen.

Materia: Práctica clínica de enfermería II.

Grado: 7mo. Cuatrimestre.

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de Diciembre de 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 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
- 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 a grave con un final anticipado.

Tipos de dolor

Dolor agudo → tensión muscular y ansiedad

Dolor crónico

- Aumento de la preocupación a medida que aumenta el dolor.
- Irritabilidad → Aislamiento social → Aislamiento total.
- Sentimientos de desprotección y desesperanza.

Valoración

Datos objetivos y subjetivos

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

Signos objetivos del dolor

Fisiológicos

- Pulso (taquicardia)
- Respiración (aumento de profundidad y frecuencia)
- Presión sanguínea aumenta
- Diáforesis
- Pupilas dilatadas
- Tensión muscular
- Náuseas y vómito

Conductuales

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

Diagnostico de enfermeria

- Dolor agudo y dolor cronico (Diagnostico del dolor)

Ansiedad, patrón de respiración ineficaz

Alteración de la movilidad física

Deficit del autocuidado

Distorsión 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 mediante:

Disminución de la ansiedad

- Mantener la calma y tranquilidad
- Ayudar al paciente a expresar sus preocupaciones
- Respetar la respuesta del paciente ante el dolor, aún si éste difiere considerablemente de lo que se espera.
- Sostener la mano de paciente.
- Evitar dejarlo solo.

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 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

Evaluación

¿Aún experimenta dolor el paciente?

¿Es necesario agregar nuevas intervenciones?

TCE traumatismo craneoencefalico. Concepto

Epidemiología

Síntomas y signos

Tratamiento

Prevención

Diagnóstico: Post. craneotomía descompresiva

Procedimiento qx.

Cuidados de enfermería

Adulto 35-65 años

Mujer / hombre

Nombre Dx.

Edad:

Sexo:

Problema del paciente encamado

¿Que es un paciente encamado?

- Es aquel paciente que, por diferentes motivos, esta 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 tenga que estar en la cama.

Objetivos:

- Fomentar actividades para el aumento del nivel de movilidad del paciente.
- Prevenir la aparición de complicaciones 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 VPP
- Capacidad sensorial

Observar:

- Alteración en la circulación que facilitan la aparición de trombosis venosas, tromboflebitis y embolias pulmonares.
- Mala ventilación pulmonar con retención de secreciones y predisposición a las infecciones respiratorias.
- Pérdida de masa muscular, generando una atrofia y debilidad muscular.
- Afectación del hueso con pérdida de masa ósea y el desarrollo precoz de una osteoporosis.
- Rigidez articular con posibilidad de anquilosis de las articulaciones generando pérdida funcional y dolor importante.
- 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 nalgas, los rodillos, 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.

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 y/o pasivos, según las posibilidades de la persona.
 - 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, ayudarlo a colocarse en una postura cómoda y no despertarlo para movilizarlo hasta por la mañana.
 - Mantener un correcto alineamiento corporal.
 - Utilizar dispositivos que alivien la presión y eviten las lesiones.
- ### Higiene de las mucosas en pacientes encamados.
- Higiene de los ojos - lavado de los ojos con una gasa estéril humedecida en suero o salina, 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. Enjuagar adecuadamente. Hidratar los labios con vaselina.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Concepto: Es una afectación del cerebro causado por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas físicas y/o emocionales del individuo.

Epidemiología: el trauma craneoencefálico causa la mayoría de las muertes por traumas a nivel mundial, la tasa es de 597 por 100.000 persona/año, principalmente debido a caídas y/o accidentes vehiculares y esta puede estar asociada al sexo, edad y/o país. Además es una de las principales causas de daños perdidos por incapacidad en personas menores de 45 años.

Síntomas y signos:

- * Dolor de cabeza
- * Confusión
- * Mareos
- * Zumbido en los oídos
- * Deterioro en la memoria
- * Visión borrosa
- * Cambios en el comportamiento

Diagnóstico de los TCE

Aunque algunos síntomas de un TCE leve pueden ser difíciles de detectar, los centros para el control y la prevención de Enfermedades, el Colegio Americano de Medicina de Rehabilitación. Un examen médico es el primer paso para diagnosticar una posible lesión cerebral. La evaluación generalmente incluye un examen neurológico. Este examen evalúa el pensamiento, la función motora, la función sensorial, la coordinación, el movimiento de los ojos y los reflejos. Las pruebas de imagen, incluidas las tomografías y las resonancias magnéticas, no pueden detectar todos los TCE.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Tratamiento: el tratamiento depende de la gravedad de la lesión:

Lesión leve: es hacer reposo y tomar analgésicos de venta libre para tratar el dolor de cabeza.

Atención de urgencia inmediata: se centra en garantizar que la persona cuente con un suministro suficiente de oxígeno y un suministro adecuado de sangre, mantener la presión arterial y evitar cualquier lesión adicional en la cabeza o el cuello.

Medicamentos:

- Medicamentos anticonvulsivos

- Medicamentos para inducir el coma.

- Diuréticos

- Cirugía: extraer la sangre coagulada, reparación de las fracturas de cráneo, sangrado en el cerebro y realizar una abertura en el cráneo

- Rehabilitación.

Prevención del Traumatismo Craneoencefálico:

Existen hábitos que son aconsejables implementar en la vida diaria:

- Evitar que los niños realicen actividades peligrosas tales como subir a lugares altos desprotegidos.

- Llevar siempre el cinturón de seguridad puesto en el vehículo, al igual que el casco si vamos en motos o bicireletas.

- Nunca conducir ningún tipo de vehículo bajo los efectos del alcohol o las drogas, y evitar que otras personas lo hagan.

- Aplicar siempre las medidas de seguridad necesarias en caso de realizar cualquier tipo de actividad peligrosa, ya sea recreativa o laboral.

Cuidados de enfermería:

- Mantener una vía aérea permeable y control de la columna cervical. Inspeccionar la vía aérea permeable y control de la columna cervical, liberarla en el caso de obstrucción, fijando siempre la columna.
- Oxigenación y ventilación adecuada.
- Control de hemorragias externa y mantener la presión arterial. Mantener una adecuada perfusión evaluando los parámetros básicos como pulsos periféricos, frecuencia cardiaca, llenado capilar, presión arterial y gasto urinario.

Cuidados una vez estabilizado el paciente:

- Posición de la cabeza. Decubito supino con 30° de elevación.
- Mantener una presión arterial media entre 90-110 mm Hg.
- Procurar una óptima oxigenación manteniendo la $PaO_2 > 60-70$
- Hiperventilación.
- Control de la glucemia.
- Analgesia.
- Manitol.
- Alimentación.

4.1 HOJAS DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN

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.

Los Registros clínicos, valoración

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 NANDA, NOC y NIC, así como en las principales teorías de enfermería.



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.

- **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.



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. Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas y son: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.



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.

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:

- En pacientes con antecedentes de patología hepática previa.
En el resto de situaciones son aceptables analíticas de hasta 30 días de antigüedad.
- Valores analíticos mínimos aceptables para la implantación:
Índice de Quick > 50%.
Plaquetas > 50.000.



– 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.

TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES:

- Preparación del material
- Preparación del paciente
- Crear ambiente de tranquilidad
- Valoración ecográfica
- Técnica de 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.



Preparación del personal.

- Mascarilla, gorro y gafas.
- Lavado quirúrgico de manos
- Bata estéril
- Guantes estériles
- Desinfección de instrumentos.

4.3 TOMA DEL PVC

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
- Sueros fisiológico de 500 cc
- Pie de gotero
- Sistema de fijación
- 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.



En la técnica establecida para el lavado se utiliza cloro diluido al 1% que diluye los depósitos proteináceos que pueden ocluir las fibras, sin embargo esto puede provocar un aumento del coeficiente de ultrafiltración o un daño manifiesto a la membrana.

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.



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 -0 de la escala con la aurícula derecha.
- 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 artificial.

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

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.



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.





HOJA DE NOTAS Y REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CRITICOS

D-13

Nombre: _____ Sexo: **M** Fecha de Nacimiento: **16/09/21** Edad: **7/13**
 Fecha: **17/11/21** Fecha de ingreso: **17/11/21** Hora de ingreso: **9:00h** Dias Estancia: **0** No. de cama o cuna: **10** Servicio: _____
 Peso al ingreso: **65 kg** Peso actual: _____ Talla: **1.62** S.C.: **1.72** Grupo Sanguineo y Rh: **O+** Alergias: **Negadas**
 Etnia: _____ Idioma: **Español** Religión: _____ Escolaridad: _____ No. de Expediente: _____
 Dx. Médico: _____ Médico tratante: _____ No. poliza de Seg. Popular: _____

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
HABITUS EXTERIOR															
CONCIENCIA				FIACIES				ACTITUD				PIEL			
Alerta					Positiva					Normal					
Letargico	✓				Doloroso					Seca					✓
Estupor					Agonico					Indiferente	✓				✓
Coma					Relajado	✓				Negativa					✓
Inconsciente	✓									Triste					
Activo								Intolerante							
Reactivo								Agresivo							

Identificadores de factores de riesgo
 - Riesgo de infección
 - Riesgo de caída
 - Riesgo de UPP
 - Riesgo de muerte
 - Riesgo de perfusión tisular

SIGNOS VITALES	HORA						
	8	9	10	11	12	13	14
Presión arterial (T/A)	130/80						130/80
Presión arterial media (TAM)							96
Frecuencia cardiaca o pulso (FC)	100						96
Frecuencia respiratoria (FR)							82
Temperatura corporal	38						39
SpO ₂ (Oxímetro de pulso)	60						75
Dioxido de carbono (CO ₂)							40
Ulenado capilar							85
Presión venosa central (PVC)	12						14
Presión arterial invasiva (PVI)							15
Perímetro cefálico / Torácico	/ / / / / / / /						
Perímetro abdominal	/ / / / / / / /						
Otro							
Glicemia capilar	104						110
Labstix							89
Estudios de laboratorios	BH, QS, TP, TPT, grupo RH, Prueba de Elisa						
Estudios de gabinete	TAC, Rx						
Interconsultas							
Cultivos							
Oxígeno por:							
Presión positiva continua en vía área							
Concentrador de oxígeno							
Modo ventilatorio							
F.I.C ₂							
PEEP							
Ciclos por minuto (Fr)							
Rel. IE							
Volumen							
Presión Inspiratoria							
PH	8						9
PO ₂							10
PCCO ₂							
HCO ₃							
SO ₂							
BE ed.							

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
		Linea arterial						
	Catéter venoso central	14	29/11/21		72 hrs		Subclavia	Brenda Jaquelin Velázquez
	Catéter PICC							
	Catéter venoso periférico							
	Cánula orotraqueal							
	Cánula de traqueostomía							
	Marcapaso							
	Sonda pleural							
	Sonda nasogástrica							
	Sonda orogástrica							
	Sonda de gastrostomía							
	Sonda vesical			3/7				
	Fototerapia							
	Manejo de heridas:	Tipo de heridas: Herida abierta / herida cerrada			Fecha y hora de suspensión:		Fecha de curación:	
	Manejo de estomas:	Tipo de estoma:			Fecha de curación:		Fecha de curación:	

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						

VALORACIÓN DEL ESTADO DE COMA EN NIÑOS Y ADULTOS (GLASGOW)								ESCALA DE VALORACIÓN DE DOLOR (EVA) Y BIERI)											
PUNTOS	NIVEL DE CONSCIENCIA	TM		TV		TN		0	1-3	4-5	6-7	8-9	10	M		V		N	
		1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev							1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev
15-13	Leve							Sin dolor	Poco dolor	Dolor moderado	Dolor fuerte	Dolor muy fuerte	Dolor insoportable						
12-9	Moderado				10														
<9	Severo	7																	

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDAS								ESCALA DE VALORACIÓN DE DOLOR EN NEONATOS (0 - 20)						
RIESGO	PUNTOS	CODIGO	TM		TV		TN		HORA					
			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 VALORACIÓN 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 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 Dominio 4 Actividad/reposo clase 4 perfusión tisular código: 00207 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz susceptible a una disminución de la circula- ción tisular cerebral R/C: Abuso de sustancias	Dominio II Salud 0909 Fisiología J Neurocognitiva Estado neurológico 090901 conciencia 090902 Control motor central 090903 función sensitiva motora de pares craneales 090905 Función autónoma	Dominio II Fisiológicas : completo clase 2: control neurológico 2620 Monitorización neurológica • Vigilar el nivel de consciencia • Comprobar el nivel de orientación • Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow. • Monitorizar los signos vitales (temperatura, presión arterial, pulso, respiración)	
Turno Vespertino			
Turno Nocturno			

CENTAL: DETA O FORMULA				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		
DIA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	Frecuencia																												
	Ceftriaxona	1g	IV	C/8 hrs																												
	Ketorolaco	30/mg	IV	C/12 hrs	10																											
	Amoxicilina	2g	IV	C/8 hrs	10	100	10	100																								
DOBLE VERIFICACIÓN				120																												
SUBTOTALES				20 100																												

SOLUCIONES PARENTERALES		
Sol. Parenteral A solución mixta 1000 ml C/24 hrs.	Sol. Parenteral B Fisiologica para PVC	Sol. Parenteral C Solución sanguínea C/4 hrs.
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		41.6																										
B																												
C																												
D																												
E																												
F																												
SUBTOTALES	449.92							449.92							716.52													

HEMODERIVADOS																											
Sangre y/o Hemoderivados A Solución sanguínea C/4 hrs. 500 ml	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		125	125	125	125	500																					
B																											
C																											
D																											
E																											
F																											
SUBTOTALES	500																										

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
Orinas / Características																												
Evacuaciones / Características																												
Vómitos																												
Muestras de laboratorio																												
Sangrado																												
Pérdidas Intestinales		43	43	43	43	43	43	43									43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	
Secreciones																												

SUBTOTALES

DIURESIS MEDIA HORARIA (DMH)

BALANCE PARCIAL POR TURNO

BALANCE TOTAL (24 HORAS)

Ingresos:	Ingresos:	Ingresos:
Egresos:	Egresos:	Egresos:
Balance ()	Balance ()	Balance ()
INGRESOS:	EGRESOS:	BALANCE ()

MATUTINO
EVALUACIÓN

VESPERTINO
EVALUACIÓN

NOCTURNO
EVALUACIÓN

20

4

[Handwritten signature]

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 (A)

NOMBRE COMPLETO, FIRMA DE LA ENFERMERA (A)

NOMBRE COMPLETO, FIRMA DE LA ENFERMERA (A)

BIBLIOGRAFÍA:

(UDS). Universidad del sureste. (2021). **Antología de Práctica clínica de enfermería II PDF**. Plataforma digital. Recuperado el 03 de Diciembre de 2021.