



Nombre de alumno: José Alejandro Villagrán Pérez

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7°

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de noviembre del 2021.

Unidad III

Cuidado de enfermería al paciente con 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
- Antecedentes socioculturales
- Sexo
- Experiencias pasadas

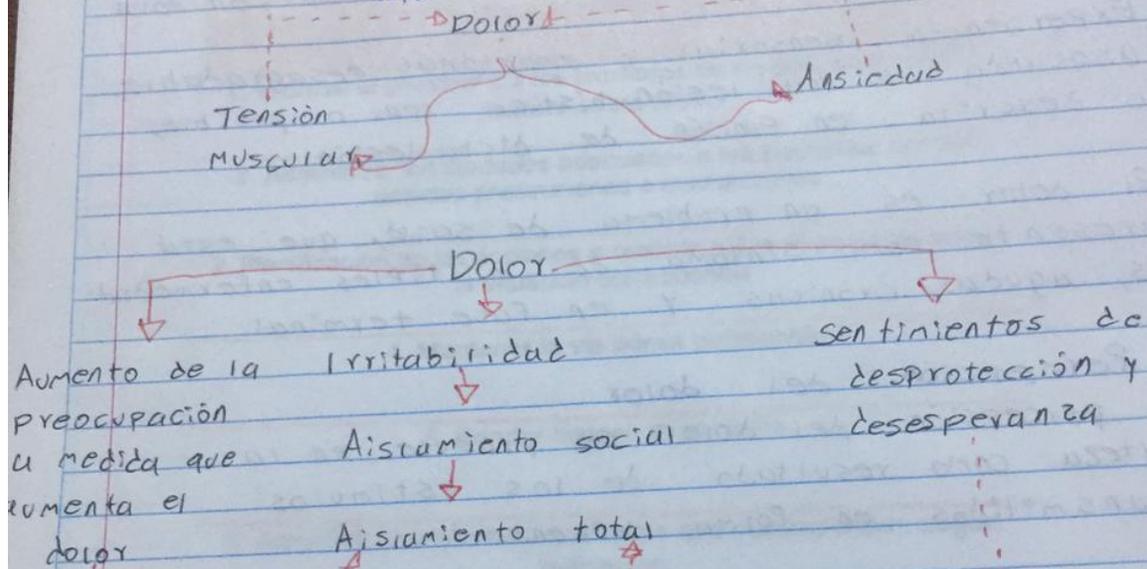
Respuesta al dolor

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

Dolor agudo

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

Tipos de dolor



Valoración

Datos objetivos y subjetivos

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

Signos objetivos del dolor

- Fisiológicos

- Púlsos
- Respiración
- Presión sanguínea aumentada
- Diaforesis
- Pupilas dilatadas
- Tensión muscular
- Náuseas y vómito

- Conductuales

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

Diagnostico de enfermería

Dolor agudo o dolor crónico

Diagnostico del dolor

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

Planificación

Conjunto de 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

Tratamiento para el dolor debe ser reducido a su mínima expresión o lograr que desaparezca mediante:

- Disminuir la ansiedad
- Mantener la calma y tranquilidad
- Aguda al paciente a explorar sus preocupaciones
- Respetar la respuesta del paciente ante el dolor
- sostener la mano del paciente
- evitar dejarlo solo.

Problemas del paciente en cama

¿qué es un paciente encamado?

- Aquel paciente que 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 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 propias de un déficit de movilidad debido a la situación de encamado 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
- 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 anquilos 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 rodilla, rodillas, talones, codos.

Recomendaciones generales

- Conocer y evitar complicaciones debidas a la inmovilización en un enfermo encamado.
- Atender necesidades del enfermo, derivado de lo que provoco el encamamiento
- Ejercicios físicos activos y lo pasivos, según las posibilidades de la persona.

- Dieta equilibrada y beber 1,5 L. de líquidos al día. Buena alimentación y buena hidratación
- Estimular al paciente para que se mantenga el mayor nivel de autonomía.
- 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.
- Cambios posturales cada 2-3 horas
- En la noche, ayudarle a colocarse en un postura cómoda y no despertarlo
- Mantener alimentación correcta y repartir el peso por igual.
- 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 salino, de forma suave, efectuando pasadas desde el lagrimal hacia el ángulo externo del ojo.
- Higiene de 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. Hidratar labios con vaselina

Traumatismo Craneoencefálico
¿Qué es? Lesión física producida sobre el tejido cerebral que altera la función cerebral temporalmente o permanente, según el traumatismo.

Prevención

- No todas las lesiones en la cabeza se puede prevenir. Las siguientes medidas:
- Utilizar equipos de seguridad cuando realice actividades que podrían provocar lesiones en la cabeza. Estos incluyen cinturones de seguridad, cascos para bicicleta y motocicleta y protectores para la cabeza.
 - Acatar las recomendaciones de seguridad con bicicletas
 - No conducir después de ingerir bebidas alcohólicas y no permita que lo transporte alguien que usted sepa o sospeche que ha estado bebiendo alcohol.

Tratamiento

Depende según la gravedad de la lesión.

Medicaciones

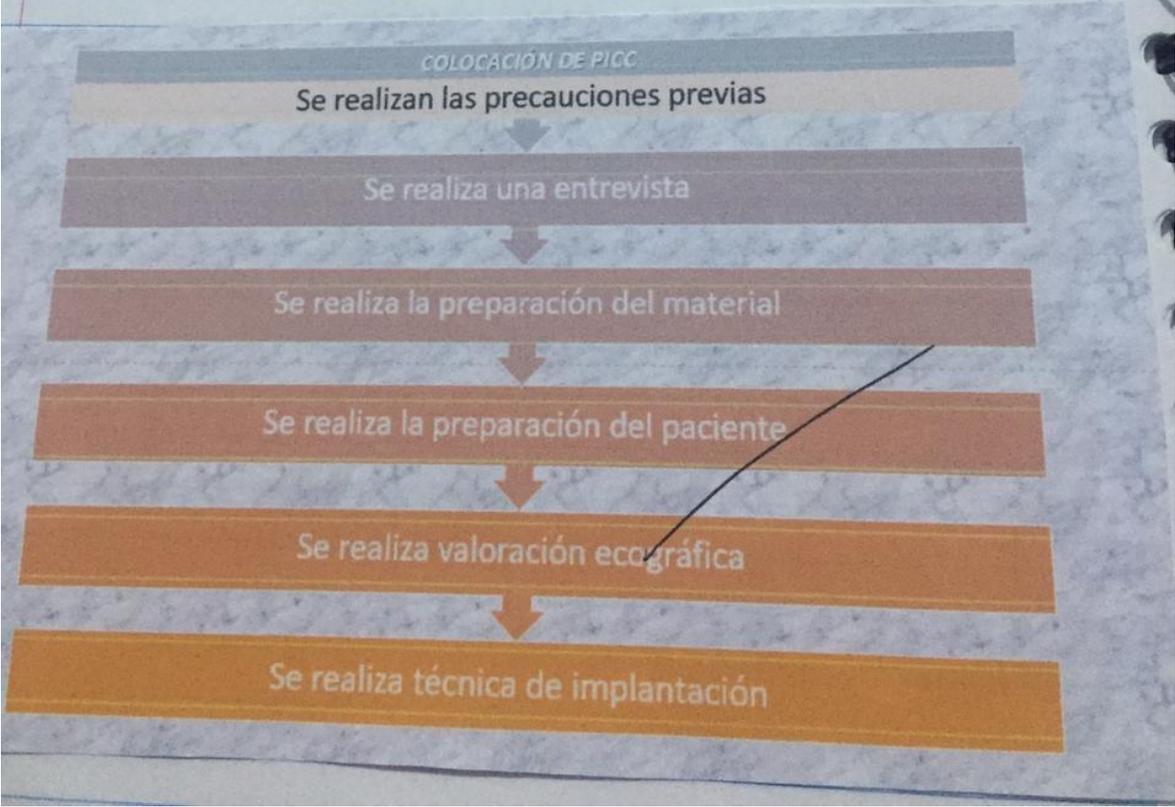
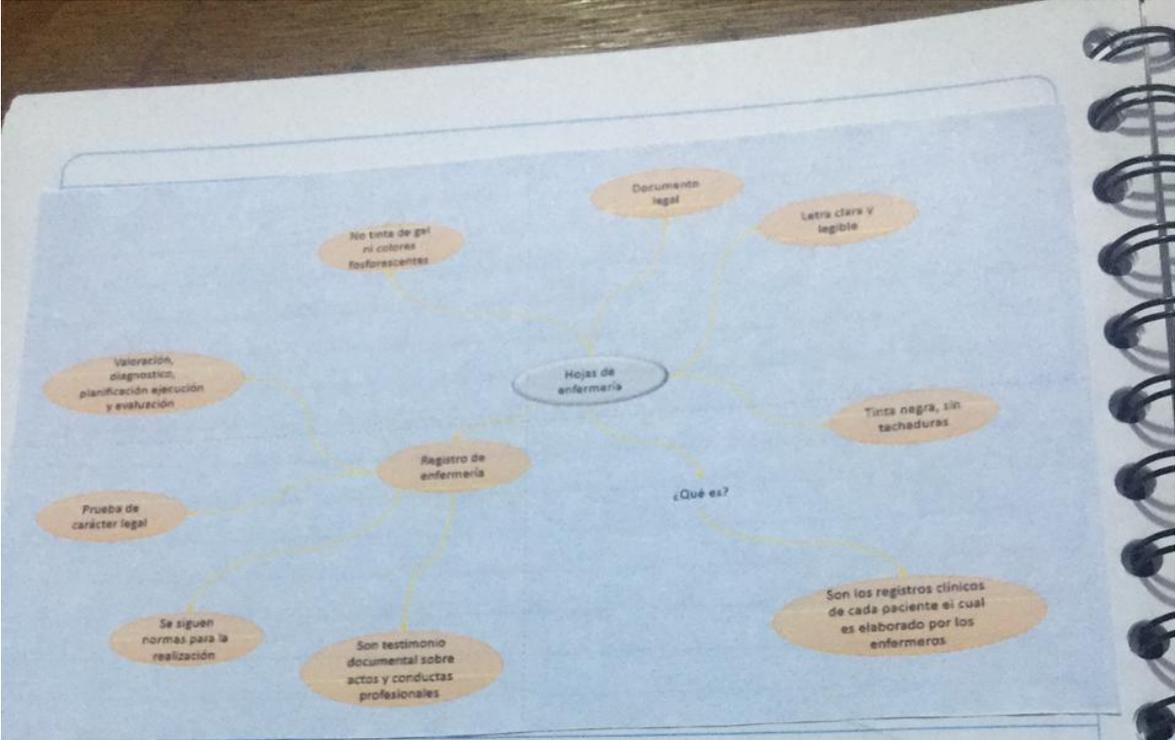
- Medicamentos anticonvulsivos
- Medicamentos para inducir el coma
- Diuréticos

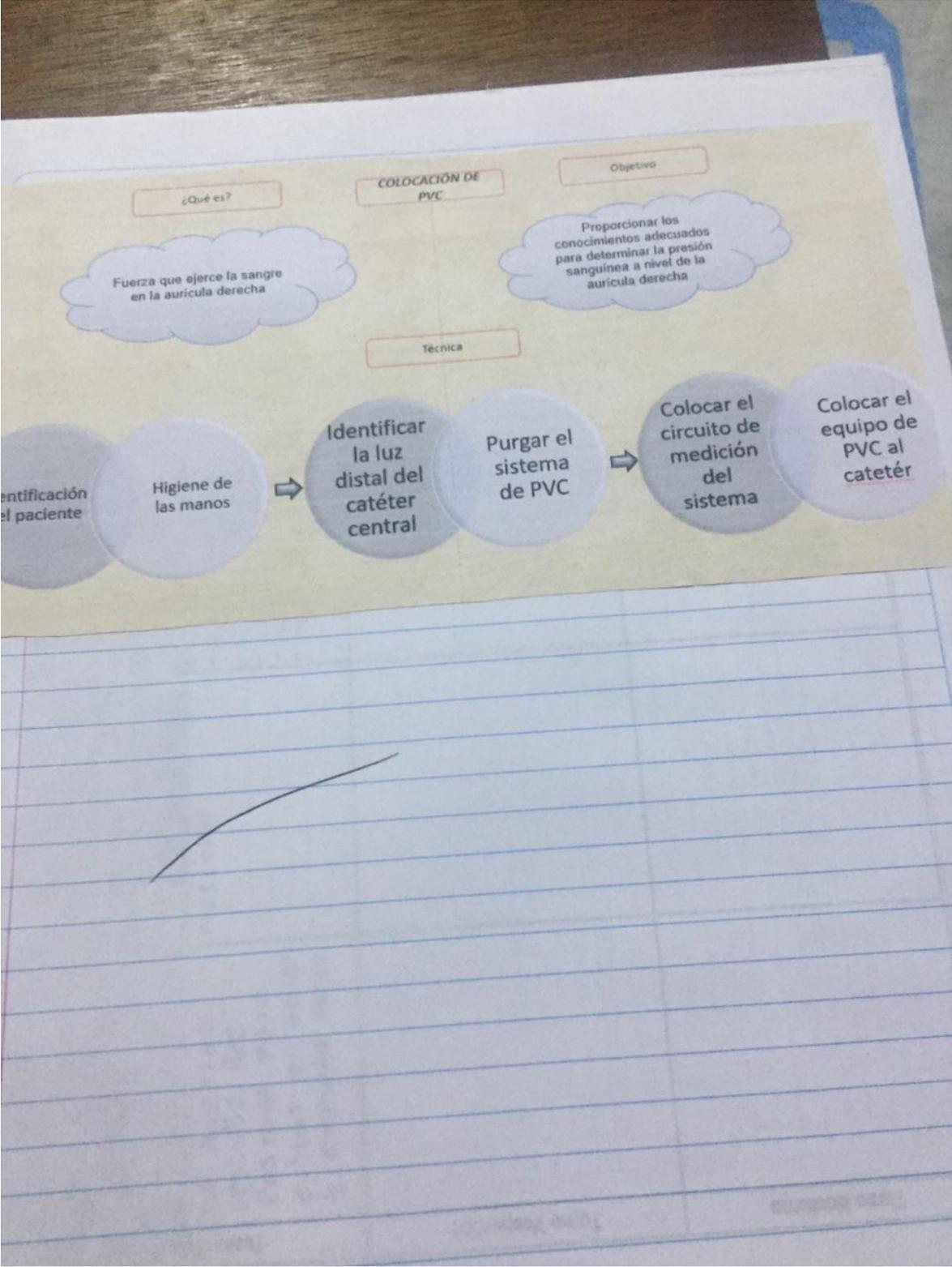
Cirugías

Las cirugías se realizan en casos de emergencia para minimizar el daño adicional en los tejidos del cerebro.

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.
- Oxigenación y ventilación adecuada
- Control de hemorragias externa y mantener la PIA.
- Mantener una adecuada perfusión evaluando los parámetros básicos como pulsos periféricos.





SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN ESTATAL DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CRÍTICOS

D-13

Nombre: Aidan Perez Fecha de nacimiento: 14 F 2013 Edad: 4 años
 Fecha de ingreso: 13/11/21 Hora de ingreso: 11 AM Días estancia: 01 No. de cama o curio: 10 Servicio: Pediatría II
 Peso al ingreso: 25 kg Talla: 0.93 Grupo sanguíneo y Rh: O+ Alergias: Negativas
 Idioma: _____ Religión: _____ Escolaridad: _____ No. de Expediente: _____
 Médico tratante: _____ No. poliza de Seg. Popular: _____

HISTORIA EXTERIOR	ASPECTOS A VALORAR											
	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N
Alerta												
Letárgico	X											
Estupor												
Coma												
Inconsciente												
Activo												
Reactivo												

SIGNOS VITALES	HORA						
	8	9	10	11	12	13	14
Presión arterial (T/A)	120						120
Presión arterial media (TAM)							78
Frecuencia cardíaca o pulso (FC)	100						68
Frecuencia respiratoria (FR)							30
Temperatura corporal	37						37
SpO ₂ (Oxímetro de pulso)	60						75
Difusión de carbono (CO ₂)							
Llenado capilar							
Presión venosa central (PVC)	12						14
Presión arterial invasiva (PAI)							
Perímetro cefálico / Tónico							
Perímetro abdominal							
Otros							
Glicemia capilar	107						110

MEJORES DE DIAGNÓSTICO: Labstix: BH, QST, T, PT, RH U4, D5, T, P, PT, RH U4, QST, T, PT, RH
 Estudios de laboratorio: TAC, Rx, RM TAC, Rx, RA TAC, Rx, RM
 Estudios de gabinete: _____
 Interconsultas: _____

APOYO RESPIRATORIO	HORA						
	8	9	10	11	12	13	14
Oxígeno por							
Presión positiva continua en vía aérea							
Concentrador de oxígeno							
Modo ventilatorio							
F.I.O ₂							
PEEP							
Ciclos por minuto (Fr)							
Rel. IE							
Volumen							
Presión inspiratoria							

GASOMETRÍA	HORA						
	8	9	10	11	12	13	14
PH							
PO ₂							
PCCO ₂							
HCO ₃							
SO ₂							
BE ed.							

PROCEDIMIENTO	NO. de Catéter o dispositivo	Fecha de instalación	Días de estancia	Fecha de curación	Fecha de cambio	Sitio de inserción	Nombre completo del responsable de instalación y/o curación
Línea arterial							
Catéter venoso central	16	21/11/21	1	72h		Subclavio	José Alejandro Villagrán
Catéter PICC							
Catéter venoso periférico							
Cánula orotraqueal							
Cánula traqueostomía							
Marcapaso							
Sonda pleural							
Sonda nasogástrica							
Sonda orogástrica							
Sonda de gastrostomía							
Sonda vesical	14	21/11/21	3	72h	21/11/21	Uretral	José Alejandro Villagrán
Fototerapia							

Manejo de heridas: Tipo de heridas: abierto-occipital Fecha de curación: 21/11/21
 Manejo de estomas: Tipo de estoma: _____ Fecha de curación: _____

VALORACION DEL NIVEL DE SEDACION (RAMSAY - MILLER)							VALORACION DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION (UPP)							
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
No sedación							Alto	≤ 12	Rojo					
Sedación Consciente							Mediano	13 - 14	Amarillo					
Sedación profunda							Bajo	15 +	Verde					

VALORACION DEL ESTADO DE COMA EN NIÑOS Y ADULTOS (GLASGOW)							ESCALA DE VALORACION DE DOLOR (EVA) Y BIER)						
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
Leve													
Moderado				10		12							
Severo	7												

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDAS						
PUNTOS	CODIGO	TM		TV		TN
		1a Rev	2a Rev	1a Rev	2a Rev	1a Rev
4-10	Rojo					
2-3	Amarillo					
0-1	Verde					

ESCALA DE SUSAN GIVENS BELL VALORACION DE DOLOR EN NEONATOS (0 - 20)										
PUNTOS	CODIGO	TM	TV	TN	1	2	3	4	5	6

HORA				HORA			
Indicadores				Signos fisiológicos			
Valorar				4 signos a valorar			
0 a 2				Rango de 0 a 2			

era 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
OM: N: 0 12% ANFORT. CIASE 10 ANFORT FISICO 2: 90800132 dolor agudo. Agentes sivos. R/C. ostura para vitar el dolor expresa dolor	2102 - Nivel de dolor 210225 - lagrimas 210217 - Gemidos y gritos 210209 - Tensión muscular	- Manejo del dolor - Manejo de la sedación - Cambio de posición - vigilancia - Administración de analgésicos - Administración de medicación - Disminución de la ansiedad - Apoyo emocional - Monitorización de signos vitales - Manejo ambiental: confort	

Bibliografía

UDS. Universidad del Sureste. 2021. Antología de Práctica Clínica de Enfermería II.PDF. Recuperado el 30 de noviembre de 2021.