



**Nombre de alumno: Pascual Pedro
María de Jesús**

**Nombre del profesor: Zamorano
Rodríguez María Cecilia**

Nombre del trabajo: resumen

**Materia: Práctica clínica de
enfermería II.**

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7° cuatrimestre

Grupo: B

Cuidado de enfermería al Pte con dolor

DÍA MES AÑO
22 NOV 21

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

- 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.

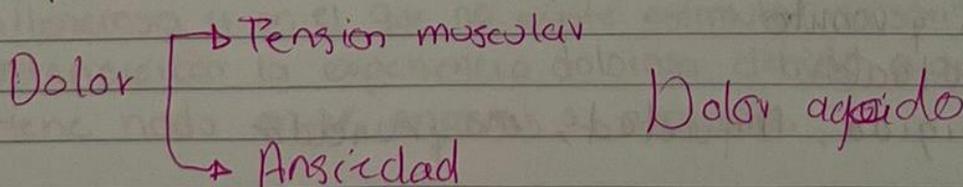
Respuesta al dolor

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

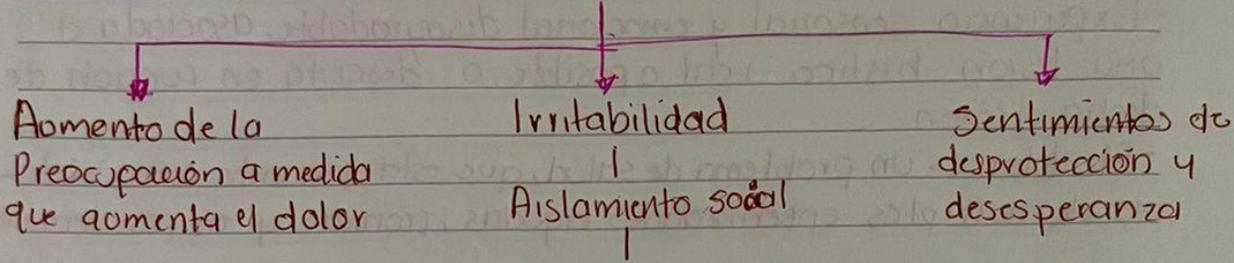
Dolor agudo:

- Experiencia sensitivo y emocional desagradable ocasionado por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales terminos, de inicio ~~sobito~~ 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



Dolor



Aislamiento total

Dolor crónico

Valoración:

Datos objetivos y subjetivos

- Intensidad del dolor
- Disminución del dolor
- 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 aumento
- Diaforesis
- Pupilas dilatadas
- Tensión muscular
- Náuseas y vómito

Conductuales:

Postura rígida, inquietud, cara fruncida

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 pts pueden desarrollar en conjunto un plan de cuidados en el que las decisiones de los pacientes sean tomadas en cuenta y también pueden ejecutar una rutina que reduzca la ansiedad y los cambios constantes

Implementación:

El objetivo del Tx para el dolor debe ser reducirlo a su mínimo expresión o lograr que desaparezca mediante.

Disminución de la ansiedad:

- Mantener la calma y tranquilidad
- Ayudar al pte a explorar sus preocupaciones (significado del dolor)
- Respetar la respuesta del pte ante el dolor, aún si éste difiera considerablemente de lo que se espera
- Sostener la mano del pte
- 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 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 pte para participar
- Administración de analgésicos

Evaluación

¿Aún experimenta dolor el pte?

¿Es necesario agregar nuevas intervenciones?

¿Qué es un pte encamado?

- Es aquel pte. 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 movilizar es un indicador del nivel de salud del pte y de su calidad de vida, ya que determina su independencia.
- Se considera pte encamado prolongado a partir de las 72 hrs 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 pte.
- 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
- Riesgos 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) Riesgo ^{gidea} 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 pueda 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 aquellas tejidos sobre los que realizan presión los huesos, como caja torácica, rodillas, talones, codos.

Recomendaciones generales:

- Conocer y evitar las complicaciones debidas a la inmovilización en 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 pte tenga una buena alimentación y que alcance niveles adecuados de hidratación.
- Estimular al pte para que mantenga el mayor nivel de autonomía, la máxima movilidad durante el mayor tiempo posible.

TCE

DIA	MES	AÑO

¿Que es?

- Traumatismo craneoencefalico
- Disfunción cerebral ocasionada por un impacto externo, generalmente un golpe violento en la cabeza.

¿Epidemiología TCE

El TCE causa la mayoría de las muertes por traumas a nivel mundial, la tasa es de 579 por 100.000 personas/año principalmente debido a caídas y/o accidentes vehiculares y esta puede estar asociada al sexo o país.

La definición de TCE es imprecisa y esto implica en una estimación epidemiológica variable, explicando las diferencias en las tasas según los criterios e inclusión de ptes.

La escala de Glasgow está ampliamente usada para determinar el pronóstico del trauma craneoencefalico: 3 a 8 = Severo, 9 a 12 moderado y 13 a 15 Leve.

¿Signos y síntomas:

- Los síntomas inmediatos: confusión, visión borrosa, dificultad para concentrarse.
- La persona puede sufrir alteraciones: cognitivos, comportamiento, estado de ánimo, gastrointestinales, habla, visuales.

¿Prevención:

Existen diferentes tipos de prevención según su causa:

- Uso de cinturones de seguridad
- Uso casco
- Equipamiento adecuado a actividades

4

20

2

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 Rav	2a Rav	1a Rav	2a Rav	1a Rav	2a Rav				1a Rav	2a Rav	1a Rav	2a Rav	1a Rav	2a Rav
0	No sedación	X						Alto	≤ 12	Rojo						
2-3	Sedación Consciente							Mediano	13-14	Amarillo	X	X				
4-6	Sedación profunda							Bajo	15+	Verde					X	

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 Rav	2a Rav	1a Rav	2a Rav	1a Rav	2a Rav	Sin dolor	Poco dolor	Dolor moderado	Dolor fuerte	Dolor muy fuerte	Dolor insoportable		
15-13	Leve														
12-9	Moderado			X											
<9	Severo	X				X						X			

VALORACION DEL RIESGO DE CAIDAS															
RIESGO	PUNTOS	CODIGO	TM		TV		TN		M		V		N		
			1a Rav	2a Rav	1a Rav	2a Rav	1a Rav	2a Rav	1	2	3	4	5	6	
Alto	4-10	Rojo													
Mediano	2-3	Amarillo					X								
Bajo	0-1	Verde	X		X										

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 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	<p>Dominio 4 Actividad / reposo clase 1 Perforación tisular 00201 Riesgo de perforación tisular cerebral - susceptible a una disminución de la circulación de la circulación tisular cerebral que puede comprometer la salud.</p> <p>D/C: Abuso de sustancias.</p>	<p>Dominio II salud fisiológica I. Neurocognitivo Estado neurológico 090901 conciencia 090902 control motor central. 090903 Función sensitiva/motora de pares craneales 090905 Función autonoma.</p>	<p>Dominio II Fisiológico: complejo clases control Neurológico 2620 Monitorización neurológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de conciencia • Comprobar el nivel de orientación • Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow • Monitorizar los signos vitales (T°, PA, Pulso, FE, FC). 	
Turno Vespertino				
Turno Nocturno				

MONITORIZACIÓN NUTRIMENTAL: DIETA O FORMULA

INGRESOS

Ayuno

DIA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	Frecuencia	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	SubT
8	Tramadol e/amp	30mg	IV	C/8h					10			10						10	10												
	Ketorolaco	50mg	IV	C/8h					5			5						5	5								10			10	
	Ceftriaxona 1gr	100mg	IV	C/24h					100			100																		100	

DOBLE VERIFICACIÓN

SUBTOTALES 245 mg

115

15

115

INGRESOS

SOLUCIONES PARENTERALES

Sol. Parenteral A
Sol. Mixta: 1000ml P/24hrs

Sol. Parenteral B
Sol. fisiologica 1000ml P/24hr

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	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	291.2	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	1000
B	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	291.2	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	1000
C																														
D																														
E																														
F																														
SUBTOTALES	968.2							291.2	291.2							291.2							968.28							

HEMODERIVADOS

Sangre y/o Hemoderivados A
500 ml P/24hrs
500 ml P/24hrs

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

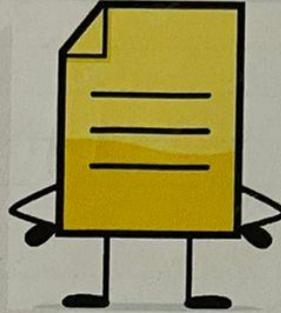
HEMODERIVADO	8	9	10	11	12	13	14	Sub T	15	16	17	18	19	20	Sub T	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	Sub T
A	125	125	125	125				500																			
B																											
C																											
D																											
E																											
F																											
SUBTOTALES	500							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
Urésis / Características						200			200					100		100											100	
Evacuaciones / Características														150		150												
Vómitos																												
Muestras de laboratorios				10					10																			
Sangrado				100					100																			
Pérdidas Insensibles		23.25	5.25	5.25	5.25	5.25	5.25	5.25	162.75	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	139.50	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	255.75
Secreciones																												
SUBTOTALES 1218									472.75						389.5													355.75
DIURESIS MEDIA HORARIA (DMH)		28.53							807.90	33.33						9.09												
BALANCE PARCIAL POR TURNO		Ingresos: 1703.2							807.90	Ingresos: 269.90						573.28												
		Egresos: 172.75								Egresos: 389.5						355.75												
		Balance (+)								Balance (-)																		
BALANCE TOTAL (24 HORAS)		INGRESOS: 1703.2							1703.2	EGRESOS: 1218																		
BALANCE (+)																												485.2
MATUTINO EVALUACIÓN		VESPERTINO EVALUACIÓN										NOCTURNO EVALUACIÓN																
Impacto del cuidado:		Impacto del cuidado:										Impacto del cuidado:																
Observación y Pendientes		Observación y Pendientes										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)																

4.1 HOJAS DE ENFERMERÍA

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.



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.

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.



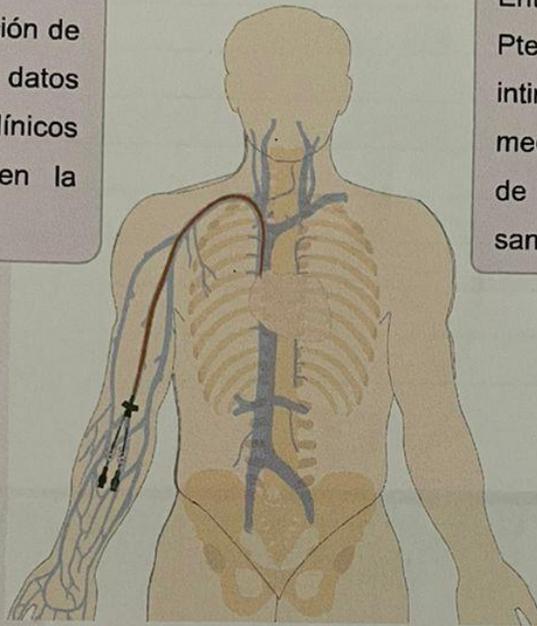
El PAE, es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Consta de cinco etapas: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución, evaluación.

4.2 COLOCACION DEL PICC

Un catéter central colocado por vía periférica es una sonda larga y delgada que se introduce en el cuerpo a través de una vena en la parte superior del brazo.

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.



Entrevista: Identificación inequívoca del Pte. Crear un ambiente tranquilidad e intimidad. Preguntar sobre alergias de medicamentos, Tx que recibe, estado de salud actual, hábitos higiénico-sanitarios, ocupación laboral, etc.



Preparación del material:

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



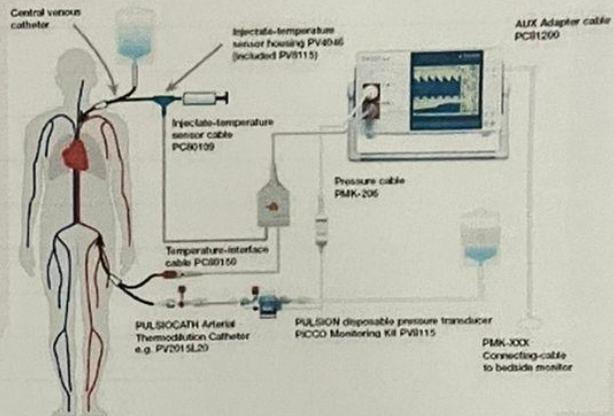
Preparación del Pte:

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

4.3 TOMA DE PVC

La presión venosa central 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.

Su 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 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. Si no es así, bajar la cabecera de la cama tanto como sea posible.

Técnica

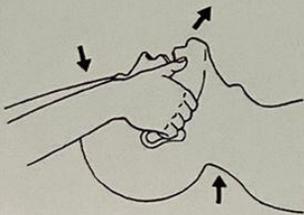
Identificar al paciente. Higiene de las manos. Identificar la luz distal del catéter central. Purgar el sistema completo de infusión de PVC con el suero salino y cerrar las llaves de paso del sistema. Colocar el circuito de medición del sistema en la escala graduada verticalmente en el pie de gotero, haciendo coincidir el nivel de la escala con la aurícula derecha.



4.4 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

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.

Objetivos: Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. Favorecer la ventilación respiratoria. Prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones.



Indicaciones:

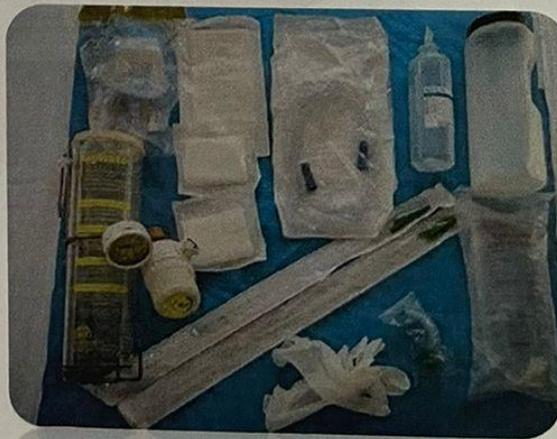
La técnica está indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones.

Contraindicaciones:

Trastornos hemorrágicos.
Edema o espasmos laríngeos.
Varices esofágicas. Cirugía traqueal.
Cirugía gástrica con anastomosis alta.
Infarto al miocardio.

Material y equipo

Aparato de aspiración.
Guantes desechables estériles.
Solución para irrigación.
Jeringa de 10 ml.
Sondas para aspiración de secreciones.
Solución antiséptica.
Riñón estéril.
Jalea lubricante.
Gafas de protección y cubrebocas.
Ambú.



BIBLIOGRAFIA:

Universidad Del Sureste. (UDS). (2021). Antología de práctica clínica de enfermería II.
Recuperado el 03 de diciembre del 2021.