



Alumna: Viviann Lizbeth Jiménez Alonso

Grado: 7° **grupo:** Q

Asignatura: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II

Profesora: Lic. Juana Ines Hernández.

Cuadros sinópticos unidad I

Protocolo de ingreso en U.C.I

- OBJETIVO

Recibir al paciente y proporcionarle los cuidados inmediatos necesarios.

- PREPARACIÓN DE LA HABITACIÓN:

1.-Avisar al celador para sacar la cama de la habitación a la zona de entrada de la unidad.

2.-Revisar equipamiento completo de la habitación:

- Revisar la toma de Oxígeno y colocar si precisa humidificador y sistema de aspiración.
- Preparar si se precisa: 1 bomba de perfusión, Respirador, Módulo y cables de presiones y sistema de diuresis horaria.
- En caso de precisar Respirador: Montar ambú completo (PEEP y Reservorio) y Mesa de Aspiración.

3.-Llevar el carro de ECG a la habitación.

4.-Encender el monitor y poner la pantalla en espera.

5.-Preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante

- ACCIONES

-Salir a recibir al paciente a la entrada de la unidad. Llamar al paciente por su nombre y presentarse.

-Acomodarle en la habitación y explicarle donde está. Informar al paciente de los procedimientos a realizar y solicitar su colaboración.

-Monitorización continua de ECG, TA no invasiva, temperatura y pulsioximetría, registrando los datos obtenidos en la historia.

- Administrar oxigenoterapia o colocar ventilación mecánica si precisa.

-Verificar presencia de vías venosas y/o arteriales y canalizar vía venosa central si precisa.

-Verificar presencia de drenajes, ostomías, heridas, sondajes e instaurar aquellos que se precisen. Controles analíticos: Ver rutina de ingreso. ECG de 12 derivaciones. (18 si es paciente coronario) Rx de tórax.

-Ofrecerle el timbre para llamar si procede. Hacer pasar a la familia e informarle junta al paciente según protocolo (normas de la unidad, teléfonos,).

- Valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro en la historia clínica.

-En el Monitor central se selecciona —Cama||, —Admitir||, y se escribirá el nombre completo, número de historia, fecha de ingreso y pulsar —aceptar|| para guardar los datos.

-Los pacientes coronarios se introducirán en la Pantalla Completa en el monitor central de la U. Coronaria, Pulsar: - —Vista||,||Pantalla Completa||, —Admitir||, seleccionar habitación y aceptar nuevo paciente.

-Así se guarda en memoria el registro electrocardiográfico de las últimas 24 horas para poder recuperar incidencias y/o arritmias. Ajustar límites de alarma, básicos y de arritmia.

-Planificar y solicitar por ordenador la dieta.

**MONITORIZACIÓN
DEL
PACIENTE
EN U.C.I**

* MONITORIZACIÓN
NO INVASIVA

1.-electrocardiograma y
frecuencia cardiaca continúa

- +Preparación del paciente:
 - Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar.
 - Preparación de la piel: Limpie la piel y aféitela si es necesario.
 - Coloque los electrodos en áreas planas, no musculares, para aumentar al máximo el contacto de los electrodos y minimizar los artefactos del músculo y evite articulaciones y protuberancias óseas.
 - Asegurar la calidad de la señal y cambie los electrodos si la señal del ECG se degrada o la piel se irrita, manteniendo si es posible la misma localización.
- +Colocación de los electrodos -configuración de cinco latiguillos:
 - Rojo: Línea media clavicular derecha, directamente debajo de la clavícula.
 - Amarilla: Línea media clavicular izquierda, directamente debajo de la clavícula.
 - Verde: Línea media clavicular izquierda, 6^o-7^o espacio intercostal.
 - Negro: Línea media clavicular derecha, 6^o-7^o espacio intercostal.
 - Blanco: 4^o espacio intercostal, borde izquierdo del esternón. En paciente de S.C.A. según localización isquémica.

2. monitorización
mediante telemetría

- La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de enfermería de U.C.I. a un paciente en una unidad de hospitalización preferentemente. El objetivo es evaluar el ritmo cardiaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación de compromiso vital.
- +Equipo necesario:
Un pequeño radiotransmisor que funciona a batería de cinco latiguillos (permite dos canales de ECG) o tres latiguillos (sólo permite un canal de ECG), electrodos adhesivos desechables, un monitor receptor, una antena de radio para que transmita la información del ECG desde la batería portátil del radiotransmisor al monitor receptor y un interfono preferente para llamadas urgentes entre U.C.I. y la planta de cardiología.
- +Indicaciones:
 - 1.-Síncopes malignos /disfunción sinusal.
 - 2.-Intoxicación farmacológica de drogas arritmogénicas.
 - 3.-Bloqueo auriculoventricular completo o bradicardias graves.
 - 4.-Riesgo de arritmias ventriculares.
 - 5.-Control arritmias no malignas (Ej. ACxFA) Paciente con MCPT dependiente.
 - 6.-Disfunción de MCP definitivo o DAI (Desfibrilador autoimplantable).

3. tensión arterial
no invasiva (TA)

Al ingreso se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización. En nuestros monitores aparece como PSN. Cuando se comienza tratamiento con drogas vasoactivas, la TA se controlará cada 5 minutos como mínimo hasta la estabilización.

4. saturación
de O₂.

- La Pulsioximetría es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial. En el servicio disponemos de dos sistemas de medición:
 - a) La sonda desechable, que puede adaptarse a diferentes lechos vasculares, como dedos, tabique nasal, lóbulo de la oreja y en la frente.
 - b) La pinza reutilizable, únicamente adaptable a los dedos.

***MONITORIZACIÓN INVASIVA**

5. monitorización de ETCO2 (capnografía)

- *Objetivo:
Medir de forma continúa la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre.
- *Material:
 - Módulo EtCO2.
 - Cable con sensor + celda combinada cero/referencia.
 - Adaptador del conducto de aire (estéril).

6. Monitorización del nivel de sedación

- Escala SAS Es la escala que usamos actualmente en la unidad para valorar el grado de sedación de los pacientes sometidos a este tratamiento.
Va del 1 al 7:
 - 1 no despierta
 - 2 muy sedado
 - 3 sedado
 - 4 en calma, colaborador
 - 5 agitado
 - 6 muy agitado
 - 7 agitación peligrosa

7. monitorización de las constantes neurológicas

- Escala de Glasgow Es la escala internacional para la valoración neurológica de un paciente. Existe una hoja aparte de la gráfica horaria para anotar la valoración neurológica del paciente.

La monitorización hemodinámica invasiva consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico. Su objetivo es evaluar la función ventricular derecha e izquierda por medio de las presiones y el volumen minuto cardíaco.

1. equipo de monitorización

- El catéter: transmite las presiones intravasculares y sus cambios de una forma precisa y fiable desde el interior del vaso al exterior.
- El transductor: instrumento que transforma una señal mecánica (la presión ejercida sobre un diafragma por la columna de líquido que proviene del catéter intravascular) en una señal eléctrica proporcional, que se transmite por el cable al monitor.
- El monitor: Amplifica esa señal eléctrica que sale del transductor, pudiéndose visualizar en la pantalla la morfología de la curva y los valores numéricos de presión intravascular.

**PROTOCOLO
DE
ATENCIÓN A
FAMILIARES
EN U.C.I**

1. OBJETIVO { Recibir a la familia y proporcionarle la información y cuidados que precisen.

- Preséntese por su nombre (enfermera y auxiliar responsable), y acompañe a los familiares a la habitación. A ser posible en la primera media hora tras el ingreso.
 - Explique las normas básicas del funcionamiento de la unidad entregando la guía informativa de la unidad y la Guía del Hospital.
 - Trasmita seguridad: actitud próxima, tranquila, y disponibilidad en todo momento. Atención al lenguaje no verbal (postura, expresión facial, gestos, mirada, sonrisa, entonación...).
 - Explique de una forma sencilla el entorno del paciente (monitor, respirador, bombas,...). -Solicite un teléfono de contacto y el nombre de la persona o familiar de referencia (sí el paciente está consciente, preguntárselo a él). Anótelos en la hoja de gráfica.
 - Si el estado del paciente lo permite, aconseje que le acerquen material de aseo, de distracción, reloj, prótesis dental, gafas, zapatillas
 - Informe sobre el horario de visitas de 13:30 a 14:00 y de 20:00 a 20:30.
 - Dicho horario se podrá flexibilizar para una o dos personas que el paciente elija si puede, en función de las necesidades del propio paciente (desorientados, de larga estancia, despertar de sedación...), y/o de la familia (horario laboral, personas que viven fuera...), adecuándolo al quehacer asistencial.
 - Podrá haber un horario abierto de visitas, incluyendo la noche, en situaciones especiales: pacientes en fase terminal, niños/as, personas con trastornos de conducta.
2. PRIMER CONTACTO: ACCIONES
- Nº máximo de visitas por paciente: Limitado a la familia más allegada, turnándose de tres en tres para entrar a la habitación, comportándose con discreción y en silencio. Recuerde la inconveniencia de las visitas de cortesía en la U.C.I. 59.
 - Recomiende que no es conveniente la visita de niños, o de personas con enfermedades contagiosas, y ponga medidas protectoras o de aislamiento si fuera necesario.
 - Respecto a la información sobre el estado del paciente, se dará información telefónica sobre cuidados de enfermería (bienestar, sueño, dieta, estabilidad, fiebre...) a la persona de referencia en cualquier momento del día, permitiendo que hablen con el paciente consciente, un máximo de 2 minutos, preferentemente a partir de las nueve de la mañana.
 - La información de enfermería se dará durante la visita, intentando dedicar al menos 5 minutos a cada familia.
 - La información médica se dará a diario, tras la visita de la mañana a partir de las 14:00.
 - Motive la comunicación verbal y no verbal (tacto), entre el paciente y los familiares.
 - En pacientes que no hablen nuestro idioma facilitar la comunicación con traductores, la supervisora o la enfermera responsable realizara una petición de interconsulta a la Trabajadora Social.
 - Ofrezca los recursos disponibles en el hospital: sacerdote, asistencia social, cafetería, tienda, teléfono exterior, servicio de atención al paciente, etc., cuando se precise. Informe que no es preciso que los familiares permanezcan en el hospital fuera del horario de visita. Ante cualquier imprevisto o necesidad se les comunicará telefónicamente.
 - Entregue a los familiares le ropa y objetos personales del paciente.

CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

***GRÁFICA HORARIA**

Sirve para el registro gráfico de los signos vitales del paciente realizados por la enfermera. En nuestro servicio existen dos modelos, la gráfica polivalente y la gráfica coronaria.

+Cara anterior

1.-En el margen superior se identifican:

- Nombre y apellidos, N° Historia, Cama, Alergias, Fecha de nacimiento y del día, Diagnóstico Médico, Teléfono particular (solo en 1º gráfica), peso, talla y edad.

2.-En el margen superior izquierdo aparecen:

- símbolos de cada signo vital con su escala correspondiente para que se vayan registrando en cada columna horaria.

3.- Hemodinámica

- Paciente con catéter de termodilución Swan-Ganz, se registrará en el recuadro.
- Presión arterial pulmonar sistólica (APS), presión arterial pulmonar diastólica (APD), Presión arterial pulmonar media (APM), presión capilar pulmonar (PCP), gasto cardiaco (GC).

4.-Parámetros de ventilación mecánica u oxigenoterapia pautados por el médico:

- Modalidad de ventilación mecánica (VM), volumen corriente VC, frecuencia respiratoria FR, FiO2 concentración de O2 inspirado, PEEP presión positiva espiratoria, oxigenoterapia (VMK, gafas lxm).
- Registrar cualquier cambio de parámetros y los del principio de cada turno.

5.-Glucosa capilar

- medición de la glucemia pautando la frecuencia y anotando las cifras obtenidas.

6.-Saturación de O2

- Medicación:
 - Se transcribe de la hoja de tratamiento del médico.
 - Tipo medicación con su dosis, vía de administración, pauta horaria (marcando con una barra diagonal a la hora que le corresponde según la pauta horaria establecida, completando el aspa al administrar la medicación).
 - Sueroterapia: Indicando tipo de suero, cantidad, la medicación que se le añade —si procede— y el ritmo de perfusión.
 - Se marcará con un vector < a la hora que se comienza, siguiendo con una línea continua hasta que se termina cerrándolo con el vector >, sobre la línea registraremos el volumen total que se le infunde y bajo la línea las gotas por minuto correspondientes si usamos medidor de gotas o ml/hora si usamos bomba de perfusión.

7.-Nutrición

- Tipo de nutrición pautado, registrando el volumen en el recuadro si es a horas pautadas, o con una línea continua como en la sueroterapia si es continua. Pausa de 1h c/ 6h, 30 min. Pinzada y 30 min. A bolsa.

8.-Balance hídrico

- Pérdidas: Pérdidas insensibles calculadas según tabla del capítulo A 5.
- Cantidad de orina (en cc): Nos fijaremos en la columna de DT (diuresis total). DP (diuresis parcial) son anotaciones según frecuencia.
- Heces: Crucetamos una + por cada 50 ml
- SNG (bolsa): Se registrará cantidad cada 24h, coloración, consistencia si procede y anotar el débito parcial c/ 6h si tuviera pautada tolerancia de NE.
- Drenajes: Si tuviera más de uno, deberemos identificar cada uno de ellos y se anotará la cantidad y características de cada uno.
- La suma de todo se registrará en sumatoria de pérdidas

*HOJA DEL EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA

Es la hoja donde se registran las incidencias que se hayan producido, la descripción de la respuesta del paciente a los cuidados realizados (complementar, no duplicar lo mismo), los errores y omisiones de cuidados o tratamientos. También situaciones nuevas que le surjan al paciente. Se registra con fecha, turno y firma legible de la enfermera en cada turno.

+Cara posterior

9.-sumatorio pérdidas

- Entradas: En la columna donde pone INGRESOS se apuntará la cantidad de cada suero en cc, cantidad de líquido administrado con los fármacos, hemoderivados y cantidad de líquido o alimento ingerido por vía oral o por SNG.
- La suma de todo se registrará en SUMATORIO INGRESOS.

10.-Balance hídrico de 24 h.

- SUMATORIO DE INGRESOS
- SUMATORIO PÉRDIDAS.
- Es importante anotar el signo + o - según corresponda.

El plan de cuidados Osakidetza utiliza el modelo de enfermería de Virginia Henderson en la práctica enfermera como marco de referencia en todas las etapas del proceso de cuidado. El P.A.E. se realizará al ingreso, se actualizará continuamente y se cumplimentará 2 veces por semana como mínimo (martes y viernes) y al alta del paciente, si no se realiza hoja de alta, rellenando por completo toda la hoja.

1. EVALUACIÓN

- Una vez aplicados los cuidados planificados, registraremos el efecto conseguido con dicha actuación, realizando el registro al menos una vez por turno. Si no hay espacio suficiente y se requiere incluir más información, se hará en la hoja de evolutivo.

- En la valoración del paciente crítico al ingreso (realizadas dentro de las 24 horas y si es posible en el mismo turno del ingreso) deberán constar 11 criterios en el evolutivo:
- Motivo del ingreso.
 - Procedencia.
 - Cuando comenzaron los síntomas actuales (si procede) Valoración e identificación de necesidades (en la hoja posterior de la gráfica).
 - Grado de autonomía del paciente para cubrir sus necesidades en domicilio (independiente / dependiente para las AVD, actividades de la vida diaria).
 - Valoración social en pacientes dependientes. 65 5.
 - Cumplimentación de los registros de enfermería Estado emocional.
 - Medicación habitual en domicilio, antecedentes personales.
 - Patrón intestinal en domicilio.
 - Hábitos tóxicos.
 - Alergias.

El paciente crítico, debido a su situación de compromiso vital, requiere cuidados continuos y sistematizados, bajo un criterio de prioridad. Es importante tener en cuenta, las tareas a realizar en cada turno de trabajo (mañana, tarde y noche), así como diferenciar los cuidados a realizar en las diferentes áreas (Polivalente, Coronaria) para facilitar la estandarización de cuidados. A continuación, se describen los Cuidados diarios del Paciente Crítico, algunos aspectos específicos del Paciente Coronario y sobre nuestras funciones respecto a pacientes de hospitalización en situación de Amenaza Vital Inmediata.

*Actividades comunes a realizar en todos los turnos

- Se participará en el parte oral, conociendo la evolución de los pacientes asignados durante las últimas 24 horas, resaltando el último turno.
- Aplicar tratamiento médico y cuidados de enfermería según lo planificado.
- Comprobar las pautas de medicación, cuidados generales, alarmas del monitor y parámetros y alarmas del respirador
- Control y registro de constates vitales S.O.M. y criterio de enfermería.
- Colaboración con el médico para procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se actuará en cualquier situación de urgencia en la unidad.
- Cumplimentar la gráfica horaria, plan de cuidados y evolutivo.
- Atender a demandas tanto del paciente como de la familia.
- Control de tolerancia, apetito y tipo de dieta. Movilización (cambios posturales, levantar al sillón según protocolo coronario...).
- Poner al alcance del paciente el timbre.
- Ofrecer enjuagues orales después de cada comida o realizar nosotros higiene oral.

1.-CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE CRÍTICO

- Se planificarán los cuidados correspondientes a cada paciente para las próximas 24 horas (control de glucemia, control de constantes neurológicas, cambios posturales o los cuidados que procedan...)
- Se pasará visita junto con el médico responsable de cada paciente. Se realiza una valoración y puesta en común de la situación actual de cada paciente por parte del médico y la enfermera responsable, viendo cómo ha evolucionado su estado en las últimas 24 horas.

Realizar higiene

- Al paciente autónomo, se le proporcionarán los materiales necesarios para que se realice de forma autónoma la higiene. Si no se le ayudará siempre y cuando sea necesario fomentando su autonomía.
- Higiene Corporal Completa — c/ día.
- Higiene orificios naturales en pacientes sedados: Cuidados bucales — c/ 8 horas y cada vez que precise.
- Cuidados nasales — c/ 8 horas y cada vez que precise.
- Higiene ocular en pacientes inconscientes — c/ 8horas, y cada vez que precise.
- Corte e higiene de uñas — Si precisa.
- Afeitado — c /48 horas (solicitar a la familia maquinilla eléctrica si tiene).
- Peinado.
- Se puede invitar a la familia a participar en estos tres cuidados. – Aplicar crema hidratante al finalizar la higiene y cuando precise.
- Lavado de cabeza — c/ 7-10 días.

*Actividades a realizar en el turno de mañana

Cambios posturales

- Si la situación hemodinámica o respiratoria lo permiten:
 - Alto riesgo — c/ 2 ó 3 horas.
 - Riesgo medio — c/ 3-4 horas.

CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE DE U.C.I

- Cuidados Vía Venosa
 - Cura zona de inserción de catéter periférico c/ 48-72 horas según protocolo.
 - Catéter central (yugular, subclavia, femoral), c/ 48-72 horas según protocolo.
 - También se ha de levantar la cura, siempre que esté sucia, con sangre, apósito despegado o siempre que se tenga sospecha de infección.
 - Vigilar signos o síntomas de infección del punto de punción.
 - Cambio de catéter central se realiza c/ 7 días.
 - Cambio de equipo de llaves de tres pasos y cambio de equipo de perfusión se realizará c/ 48 horas, y cada vez que precise.
 - Equipo de nutrición parenteral se cambiará a diario, al cambiar la nutrición.
 - Cambio de transductor de presión en cada cambio de vía.
 - Lavado de llaves después de cada extracción analítica.
 - Cambio del contenido de diluciones continuas de medicación, c/ 24 horas.
- Cuidados Drenajes-Eliminación:
 - Sonda vesical
 - Lavado con agua y jabón c/ 24 horas de la zona perineal y genital.
 - Lavado con suero fisiológico del exterior de la S.V. c/ 24 horas.
 - Fijación en cara interna del muslo. Cambio recomendado c/ 30 días.
 - Sonda Nasogástrica
 - Cuidados de SNG, fijación y movilización para evitar úlceras iatrogénicas en mucosa c/ 24 horas; comprobar la permeabilidad. Cambio recomendado c/ 30 días.
 - Drenajes
 - Vigilancia, cuidados de drenajes, medición y cambio o vaciado del recipiente colector y características del débito c/ turno.

2. BALANCE HÍDRICO

- Control de líquidos aportados y eliminados en 24 horas Entradas:
 - Alimentación oral o enteral.
 - Medicación IV u oral.
 - Sueroterapia.
 - Transfusiones.
 - Salidas:
 - Drenajes.
 - Deposiciones, una cruz son 50 cc.
 - Vómitos. Diuresis. Balance de hemodiafiltración.

3. CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL PACIENTE CORONARIO

- *Actividades comunes a realizar en todos los turnos
 - Verificar si todos los pacientes están en pantalla completa y ajustar los límites de alarmas. 74 Guía De Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería
 - Control analítico según patologías (control TTPA, CPK, Troponina T...)
 - Para la implantación de marcapasos transitorio y/o cardioversiones programadas, será la supervisora la que pase a realizar las tareas de enfermería en el turno de mañana, a falta de esta, será una enfermera de la unidad coronaria la que deba ayudar.
 - Si aparece dolor precordial, seguir los cuidados de la pauta de angina.
- *Cuidados pauta de angina
 - Informar al paciente que si presenta dolor, que nos avise con urgencia.
 - Si dolor anginoso: Preguntar de 0 a 10 la intensidad del dolor.
 - Realizar ECG estándar y comparar con los previos para valorar si hay cambios significativos.
 - Colocar oxigenoterapia en gafas nasales a 2 lxm y monitorizar pulsioximetría y tomar la TA.
 - Si hay cambios en el ECG y no cede el dolor avisar con urgencia al médico responsable o al de guardia y seguir con las órdenes médicas: Solinitrina sublingual o aumentar NTG E.V., bolos de morfina, realizar más electrocardiogramas.
 - Guardar los electrocardiogramas e identificarlos en la historia.
 - Registrar en gráfica hora de comienzo del dolor, tipo, duración y respuesta del paciente a la analgesia.

**CUIDADOS
DIARIOS
DEL
PACIENTE
DE
U.C.I**

4. POSIBLES
COMPLICACIONES
DEL PACIENTE
CRITICO DURANTE LA
HIGIENE, CAMBIOS
POSTURALES Y
TRASLADOS
INTRAHOSPITALARIOS.

- Desaturación (Sat. O₂ 150 mm de Hg ó >20% de la basal).
- Bradycardia (FC 120 lpm ó >20% de la basal). Arritmias cardiacas.
- Hipertensión intracraneal (PIC >20 ó >20% de la basal).
- Retirada accidental de tubos, sondas, drenajes y/o catéteres.
- Hemorragia (salida de sangre al exterior incluyendo heridas quirúrgicas, drenajes y sondas).
- Parada cardiorrespiratoria.

5. COMPLICACIONES
NO INMEDIATAS DE
PACIENTES CRÍTICOS

- En U.C.I. existen algunas complicaciones que empeoran el pronóstico, alargan estancias, incrementan costes e implican la aparición de secuelas que incapacitan la autonomía del paciente.
- Infección nosocomial.
 - U.P.P.
 - Riesgo de caída y lesión.
 - Contracturas, atrofas musculares, anquilosamientos articulares y/o pie equino.
 - Síndrome confusional de UCI:
 - Estado mental confusional reversible secundario a la hospitalización en UCI. Se manifiesta por ansiedad, confusión, desorientación, alucinaciones, ideas paranoídes, depresión, terror, etc.