

PASIÓN POR EDUCAR

***Karla Cristell Pérez Hernández***

***Grado: 7mo***

***Grupo: Q***

***Maestra: Juana Inés Hernández***

***Practica de enfermería.***



Es importante recibir al paciente y proporcionarle los cuidados inmediatos necesarios



Es importante preparar la habitación es decir avisar al celador para sacar la cama de la habitación a la zona de entrada de la unidad y claramente revisar equipamiento completo de la habitación

Revisar toma de oxígeno, humidificador y sistema de aspiración si es necesario, así como bomba de perfusión, Respirador, Módulo y cables de presiones, sistema de diuresis horaria, y en caso de precisar Respirador: Montar ambú completo y Mesa de aspiración.

Así como llevar el carro de ECG a la habitación, encender el monitor y poner la pantalla en espera y por ultimo reparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante

## Protocolo de ingreso en U.C.I

Es importante recibir al paciente a la unidad, llamarlo por su nombre, y presentarnos, así como acomodarle su habitación e indicarle donde se encuentra y sobre todo informarle de los procedimientos que realizaremos para que nos ayude a colaborar que es lo primordial

Monitorización de ECG, TA no invasiva, toma de temperatura, pulsometria, y siempre tenemos que registrar los datos, así como realizar oxigenoterapia o ventilación mecánica si nuestro paciente lo precisa.

Verificar vías venosas, arteriales, canalizar vía venosa central si precisa, verificar presencia de drenaje, ostomía, o sondaje en si la que el paciente se le necesite poner.

Tener en cuenta los controles analíticos y ver rutina de ingreso, ofrecerle el timbre para cuando lo necesite, así como informar al paciente y a los familiares sobre el protocolo.

Es importante valorar y planificar los cuidados de enfermería pertinentes y registrarlos en la historia clínica, es importante que en el monitor central de la cama se coloque sus datos y fechas de ingresos y guardar datos.

Cabe mencionar que es importante que los pacientes coronarios se introducirán en la Pantalla completa en el monitor central de la U. Coronaria, pulsar, y así como seleccionar habitación y aceptar nuevo paciente. Y así se guarda en memoria el registro electrocardiográfico de las últimas 24 horas para poder recuperar incidencias o arritmias.

Y siempre se debe ajustar límites de alarma, básicos y de arritmia, y por ultimo planificar y solicitar por ordenador la dieta, con el nutriólogo.



Es importante que en la monitorización no invasiva se realice un electrocardiograma, frecuencia cardiaca continua, preparar al paciente e informar del procedimiento a realizar, así como limpiar su piel, colocar electrodos en área no muscular, para minimizar los artefactos del músculo y evite articulaciones y protuberancias óseas, así como asegurar la señal y cambiar los electrodos si llegara a irritar la piel, siempre en la misma localización.

Se debe colocar los electrodos con configuración de 5 latiguillos, rojo (debajo de clavícula der.), amarilla (debajo de clavícula izq.), verde (espacio intercostal izq.), negro (espacio intercostal der.), y blanco (espacio intercostal, borde izquierdo del esternón.).

Monitorizar al paciente mediante telemetría, el evaluar el ritmo cardiaco y garantizar la asistencia en caso de urgencia, por eso se debe contar con el equipo un pequeño retromisor que funciona con los 5 latiguillos y electrodos desechables.

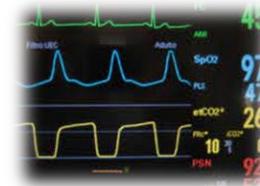
Indicación: síncope maligno, intoxicación farmacológica, bloqueo auriventricular, riesgo de arritmia ventricular, control de arritmia no maligna.



En la tensión arterial no invasiva: se fijaran intervalos para estabilizarlo, comenzar tratamiento con drogas vasoactivas, monitorizar la saturación de oxígeno con pulsioximetria para medir la saturación de hemoglobina arterial, utilizando 2 sistemas de medición que precisen.

Monitorización de ETCO2 (CAPNOGRAFÍA) medir de forma continua para medir la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre.

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.



Monitorización del paciente en U.C.I

Monitorización de las constantes neurológicas, escala de Glasgow que nos permite la valoración neurológica de un paciente y claramente existe una hoja aparte de la gráfica horaria para anotar la valoración neurológica del paciente, por eso la examinación debe ser minuciosa.

Monitorización invasiva, aquí la monitorización hemodinámica invasiva consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico.

En el equipo:  
 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 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.



Abre los Ojos:	Esponáneos por ojos abiertos no implican conciencia de los hechos	4
	Cuando se le habla (cualquier frase, no necesariamente una instrucción)	3
	Al dolor (No debe utilizarse presión supraciliar como estímulo doloroso)	2
Respuesta Verbal:	Nunca	1
	Orientado (en tiempo, persona, lugar)	5
	Lenguaje confuso (desorientado)	4
	Inapropiada (Reniego, grito)	3
	Ruidos incomprensibles (quejidos, gemidos)	2
Respuesta Motora:	Ninguna	1
	Obedece instrucciones	6
	Localiza el dolor (movimiento deliberado o intencional)	5
	Se retrae (aleja del estímulo)	4
	Flexión anormal (decorticación)	3
Extensión (decerebración)	2	
Ninguna (flaccidez)	1	
Calificación Total		Entre 3 y 15

Es importante que como enfermeros recibamos a la familia y les brindemos la información necesaria y los cuidados que precisen.



Cabe mencionar que desde el primer contacto debemos presentarnos con nuestro nombre, acompañarlos a la habitación, minutos después de la hora de ingreso, así como explicar las normas básicas a seguir de la unidad y guía del hospital, nosotros debemos transmitir la seguridad, tranquilidad y ponernos a la disposición en todo momento de manera amable, y siempre estar atentos al lenguaje no verbal.

Debemos de explicar de manera sencilla y que el paciente entienda el entorno como monitor, bombas, etc. Así como anotar datos y número de teléfono de un familiar para alguna autorización o emergencia, solicitar el material de aseo si precisa al familiar.

## Protocolo de atención a familiares en U.C.I

informar los horarios de visita, ya que puede haber alguna visita nocturna por si el paciente requiere situaciones especiales y el número de visitas debe ser limitado

No es recomendable la visita de niños o de personas con enfermedades que puedan contagiar y empeorar del paciente, y poner las medidas necesarias de protección, si hay aislamiento

Brindar información sobre el estado del paciente, se dará información telefónica sobre cuidados de enfermería a la persona de referencia en cualquier momento del día

La información de enfermería se dará durante la visita al familiar, la información médica se dará diariamente en turnos correspondientes, así como debemos motivar la conversación verbal y no verbal entre paciente, familiares y claramente personal de salud.

Es importante lograr identificar si nuestros pacientes hablan algún dialecto para conseguir traductores o con la trabajadora social para una mayor atención, y sobre todo debemos ofrecer los servicios con los que cuenta el hospital como teléfono, tienda, servicio de atención del paciente, etc y también entregar a los familiares la ropa y objetos de su familiar.



Es importante tener una gráfica horaria en donde pondremos el registro gráfico de los signos vitales del paciente realizados por la enfermera y existen dos modelos, la gráfica polivalente y la gráfica coronaria.

En su cara anterior registrar nombre completo, cama, diagnóstico, fecha de nacimiento, peso, talla, edad y teléfono, escala de signos vitales, así como un apartado de la hemodinámica del paciente.

En un apartado la presión arterial pulmonar, presión arterial pulmonar diastólica, presión arterial pulmonar media, presión capilar pulmonar, gasto cardíaco



Se anotará los parámetros de ventilación mecánica y oxigenoterapia indicados por el médico, el tipo de modalidad mecánica, volumen, frecuencia concentración de O<sub>2</sub>, y siempre registrar cualquier cambio de parámetros en cada turno.

Así como medir la glucemia capilar y anotar las cifras, medir la saturación de oxígeno, la medicación debe ser la prescrita por el médico con dosis, administración, horario correcta, y administrar sueroterapia si se necesita y señalar a la hora que comienza y termina

Así como verificar el tipo de nutrición al horario correcto, verificar el balance hídrico realizándose en la noche y las pérdidas que presente el paciente, y cantidad de diuresis con frecuencia, heces drenajes y se realizaría la suma total.

**Cumplimiento de los registros de enfermería**

Es importante anotar el sumatorio de pérdidas de ingresos con el signo correspondiente de todo lo administrado e infusionado, así como satisfacer las necesidades básicas de Virginia Henderson, pudiendo realizar un PAE.

Es importante que durante la evaluación y ya una vez aplicados los cuidados de enfermería registremos los efectos obtenidos, si hubo la evolución, así como registrar las incidencias nuevas que surjan, y en caso de un paciente en estado crítico debe pasar por 11 criterios evolutivos

Desde motivo de ingreso, procedencia, síntomas actuales, identificación y valoración de necesidades, grado de autonomía del paciente, valoración social, cumplimiento del registro de enfermería, estado emocional, medicación habitual, antecedentes personales, patrón intestinal, alergias, hábitos tóxicos y anotaciones. Así como en la gráfica coronaria debemos anotar en la franja horaria correspondiente la aparición y duración de los dolores precordiales.

Indicador	Número de ítems	Prueba piloto		Feb-Mar
		M	V	
1. Identificación	6	91.67	91.67	91.67
2. Valoración	20	95.56	94.17	96.67
3. Diagnóstico	2	100	94.44	100
4. Actividades	6	98.15	97.22	97.22
5. Evaluación	4	91.67	94.44	97.22
6. Elaboración	9	95.68	98.15	97.53
Porcentaje		95.27	95.04	96.45
Porcentaje total	95.59			



El paciente crítico, debido a su situación de compromiso vital, requiere cuidados continuos y sistematizados, bajo un criterio de prioridad.

Es importante participar en la parte oral en la evolución del paciente asignado durante las 24 hrs, aplicar el tratamiento medico y cuidados de enfermería planificados, comprobar cuidados generales, alarmas y parámetros del monitor y alarma del respirador

Así como la toma de signos vitales, criterio de enfermería, colaborar con el medico para procedimiento diagnóstico y terapéutico, cumplir con la grafica horaria, plan de cuidados, atender las demandas de pacientes y familiares, cambios posturales, poner al alcance el timbre, y propiciar la higiene personal.



Los del turno de la mañana tendrán que planificar cuidados correspondientes, control de glucemia, cambios posturales, enfermero y doctor realizar la visita para la valoración y como amaneció el paciente, en cuanto a la realización de higiene proporcionar los recursos necesarios y ayudarlo si no tiene autonomía, cumplir con la dieta, higiene corporal, cuidado bucal, nasal, , ocular, uñas, peinado, aplicar crema si hay piel reseca, lavado de cabeza, y cuidados de vía venosa.

Curar la zona de inserción de catéter venoso, cura de catéter central por si hay sospecha de infección, vigilar síntomas de infección en la punción , cambiar catéter central c/d 7 días, tener en cuenta el equipo de nutrición parenteral, lavado de llaves de cada extracción analítica y los cuidados de drenajes –eliminación, lavado con agua y jabón zona perineal, lavado con suero fisiológico, cambio recomendado c/30 días, cuidado de sonda nasogástrica, y en drenaje medición y cambio del recipiente colector y características.

Vigilar balance hídrico control de líquidos aportados y perdidas, alimentación, medicación, sueroterapia, transfusión, salida, drenaje, deposiciones, vómitos y diuresis.



Cuidados diarios del paciente de UCI



En los cuidados de un paciente critico, se debe verificar si todos los pacientes están en pantalla completa, ajustar limites de alarmas, control analítico según patologías, supervisión de implantación marca pasos, si aparece dolor precordial seguir cuidados de la pauta de angina: informar al paciente si presenta dolor, intensidad del dolor, valorar cambios significativos, guardar electrocardiogramas , registrar en la grafica el tipo de dolor, analgesia y duración.

Debemos detectar posibles complicaciones del paciente critico durante higiene, cambio postural, y traslado intrahospitalario, como desaturación, bradicardia, hipertensión intracraneal, retirada accidental de tubos , sonda, drenajes, hemorragias o parada cardiorrespiratoria.

En U.C.I. algunas complicaciones que empeoran el pronóstico, alargan estancias, e implican la aparición de secuelas que incapacitan la autonomía del paciente.

Infección nosocomial, UPP, riesgo caída y lesión, contractura, atrofia muscular, síndrome confusional