

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Nombre: Ivan Gerardo Hernandez Gasca

Docente: Juana Inés Hernandez

Materia: Práctica Clínica Enfermería de II

Actividad: Cuadro Sinóptico



PROTOCOLO DE INGRESO U.C.I

OBJETIVO

Recibir al paciente y proporcionar cuidados necesarios.

PREPARACION DE HABITACION

- Avisar al camillero para sacar la cama de la habitación a la zona de entrada de la unidad.
- 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.
- Llevar el carro de ECG a la habitación.
- Encender el monitor y poner la pantalla en espera.
- Preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante

ACCIONES

- Salirse al recibir paciente en la entrada de la unidad llamar al paciente por su nombre.
- 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.
- Valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro en la historia clínica.

ACTIVIDADES DE ALTA

- ✓ Informarle al paciente el día de alta
- ✓ Pedir cama de admisión
- ✓ Higiene del paciente
- ✓ Retirada de vías centrales (si procede)
- ✓ Llamar a planta para coordinar traslado(hora, dieta etc)

MONITORIZACION DEL PACIENTE

es recoger, mostrar y registrar los parámetros fisiológicos del individuo la enfermera deberá interpretar, detectar y evaluar los problemas y actuar de forma eficaz.

MONITORIZACION NO INVASIVA

- 1.-electrocardiograma y frecuencia cardiaca continúa
2. monitorización mediante telemetría
3. Tensión arterial no (TA: Al ingreso se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización. En nuestros monitores aparece como PSN.
4. Saturación de O₂
5. Monitorización de ETCO₂ (CAPNOGRAFÍA)
6. Monitorización del nivel de sedación
7. Monitorización de las constantes neurológicas

MONITORIZACION INVASIVA

Es el registro continuo y exhaustivo de la presión arterial mediante un catéter intraarterial conectado a un transductor de presión.

ANALISIS DE SANGRE

En las unidades de cuidados intensivos se toman diariamente muestras de sangre de rutina para detectar tempranamente cualquier alteración, aunque estas extracciones frecuentes pueden producir daño a las venas, y ocasionar dolor y anemia. La colocación de un catéter venoso central o un catéter arterial puede facilitar la toma de la muestra de sangre sin necesidad de pinchar al paciente en forma repetida, pero se debe considerar el riesgo de complicaciones.

EQUIPO DE MONITORIZACIÓN

- CATETER
- TRANSDUCTOR
- MONITOR

PROTOCOLO DE ATENCION FAMILIARES U.C.I

Recibir a la familia y proporcionarle la información y cuidados que precisen.

ACCIONES DE ENFRMERIA

- 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.
- Explique de una forma sencilla el entorno del paciente (monitor, respirador y bombas)
- Informe sobre el horario de visitas de 13:30 a 14:00 y de 20:00 a 20:30.
- La información de enfermería se dará durante la visita, intentando dedicar al menos 5 minutos a cada familia.

NOTIFICACION FAMILIAR

- Facilitar y ayudar en la elaboración adecuada del duelo de los familiares del paciente crítico ante su pérdida próxima.
- Acompañar a la familia y al paciente crítico hasta el final de su vida.
- Integrar los cuidados paliativos en los cuidados enfermeros de intensivos.

PAUTA EN LAS ACTIACIONES

- ✓ Favorecer la expresión de sentimientos y pensamientos mediante el desahogo emocional de la familia, previniendo los sentimientos de culpa.
- ✓ Promover el acompañamiento de los familiares.
- ✓ Cuidados post-mortem: respetar la dignidad del fallecido, favorecer el proceso de despedida, facilitar la expresión del dolor, permitir el desarrollo de ritos funerarios que decida la familia.

Cumplimentación de los registros de enfermería

los registros clínicos de enfermería constituyen un documento legal en donde se evalúa la calidad científica, humana y ética de la atención al paciente.

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.

EVOLUCION

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.

HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA

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 INTERIOR

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

CARA POSTERIOR

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.

REGISTRO

Permite identificar al personal **que** estuvo a cargo de un paciente determinado, analizar la oportunidad de la atención y realizar la vigilancia de **enfermería** (por ejemplo, tiempo **que** el paciente lleva puesto un catéter o sonda, etc.).

EXPEDIENTE CLINICO

Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE DE U.C.I

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.

CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE CRÍTICO

- ✓ 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 constantes vitales S.O.M. y criterio de enfermería.

ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL TURNO DE LA MAÑANA

- 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 cada día
- Higiene orificios naturales en pacientes sedados: Cuidados bucales c/ 8 horas y cada vez que precise.
- Higiene ocular en pacientes inconscientes c/ 8 horas, y cada vez que precise.
- Se puede invitar a la familia a participar en estos tres cuidados.
- Aplicar crema hidratante al finalizar la higiene y cuando precise.

CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL PACIENTE CORONARIO

- 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

POSIBLES COMPLICACIONES DEL PACIENTE CRÍTICO DURANTE LA HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES Y TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

- Desaturación (Sat. O₂ 150 mm de Hg ó >20% de la basal).
- Bradicardia (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

REFERENCIAS

<http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/18287c49-76d8-41ea-93fb-5e9b4c766fbf/f36462e6-f51f-422f-b4a7-b69b3418b019/f36462e6-f51f-422f-b4a7-b69b3418b019.pdf>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182b.pdf>

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/asignatura/c4ee58f78843fc76f9e1f1b2c1eef3b4.pdf>