

Universidad del sureste

Materia: practica clínica de enfermería II

Nombre del trabajo: cuadro sinóptico

Nombre del alumno: Jesús Adalberto Gerónimo Avalos

Grado: 7mo cuatrimestre

Grupo: Q

Docente: Juana Inés Hernández

Villahermosa Tabasco 26 de noviembre del 2020

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.
- Acomodarlo 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 (tema C1). 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 electrocardiográfica 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

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

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 Cardiología. El objetivo es evaluar el ritmo cardiaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación de compromiso vital
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.

5. monitorización de etco2 (capnografía)

Objetivo: Medir de forma continúa la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre

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.

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.

Invasiva

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 cardiaco.

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

objetivo

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

primer contacto-acciones

- 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 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.
- 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, 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 la ropa y objetos personales del paciente

Cumplimiento de los registros de enfermería

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
- 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
- 3.- Hemodinámica: Paciente con catéter de termodilución Swan–Ganz, se registrará en el recuadro
- 4.-Parámetros de ventilación mecánica u oxigenoterapia pautados por el médico
- 5.-Glucosa capilar
- 6.-Saturación de O₂
- 7.-Nutrición
- 8.-Balance hídrico
- 9.-Sumatorio pérdidas
- 10.-Balance hídrico de 24 h

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

-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.

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.
- 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

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

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)
- 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 oxígeno 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.