

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA II

TEMA:

PROTOCOLO DE INGRESO EN UCI,
MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN UCI,
PROTOCOLO DE ATENCIÓN A FAMILIARES
EN UCI, CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS
DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS DIARIOS DEL
PACIENTE DE UCI.

ALUMNA:

KENIA GUADALUPE MONTEJO MENDEZ.

DOCENTE:

LIC. ENF JUANA INÉS HERNÁNDEZ.

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 (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, 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: -Vistall,||Pantalla Completall, —Admitirll, 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.

MONITORIZACIÓN 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 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

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, 6º-7º espacio intercostal. Negro: Línea media clavicular derecha, 6º-7º espacio intercostal. Blanco: 4º espacio intercostal, borde izquierdo del esternón. En paciente de S.C.A. según localización isquémica.

EQUIPO DE MONITORIZACIÓN.

TIPOS DE MONITORIZACIÓN NO INVASIVA.

- monitorización mediante telemetría: La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de enfermería de U.C.I.
- tensión arterial no invasiva: Al ingreso se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización.
- Saturación de O2: La Pulsioximetría es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial.
- monitorización de etco2 (capnografía): Medir de forma continua la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre.
- Monitorización del nivel de sedación.
- Monitorización de las constantes neurológicas: Escala de Glasgow Es la escala internacional para la valoración neurológica de un paciente.

- 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
- 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.
- 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.

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, Nº 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.

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

6. Saturación de O2: Saturación de O2 que marca el pulsioxímetro.

7. Nutrición.

8. Balance hídrico.

9. Sumatorio de ingresos.

Cara posterior:

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.

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.

Anotaciones: Los registros se realizan con bolígrafo negro o azul.

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.
-
- 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...)
 - 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 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.
 - Cambios posturales.

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.

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, Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería -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.

Bibliografía.

file:///D:/practica%20clinica%20en%20enfermeria%202/antologia%20practica%20clinica2..pdf