



**Nombre de alumnos:  
Yélice Gabriela  
Hernández Maldonado**

**Nombre del profesor: Felipe Antonio  
Morales Hernández**

**Nombre del trabajo: Ensayo**

**Materia: Práctica clínica de  
enfermería II**

**Grado y grupo: 7 "A"**

## **CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA**

Es un documento específico en donde se lleva a cabo todos los registros del paciente, cual debe describirse cronológicamente la situación de nuestro paciente, evolución del estado de salud, tratamiento, cuidados etc. todo lo que el profesional de enfermería realiza, todo esto para llevar en orden el estado de salud del paciente en cada cambio de turno.

Este documento cuenta con los siguientes apartados:

- Grafica 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

- 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.
- 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.
- 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 cardíaco (GC).
- 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 Ixm).
- Glucosa capilar: medición de la glucemia pautando la frecuencia y anotando las cifras obtenidas.

- Saturación de O<sub>2</sub> : Saturación de O<sub>2</sub> que marca el pulsioxímetro.
- 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.
- Balance hídrico: Se realizará a las 7h, en el turno de noche, 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, SNG (bolsa): Se registrará cantidad cada 24h, coloración, consistencia si procede y anotar el debito 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.
- Sumatorio perdidas: 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 de ingresos.

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.

2. 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.

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).

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

En pacientes en estado crítico, en este caso aquellos que están en la UCI requieren de cuidados continuos y sistematizados, bajo un criterio de prioridad.

Cuidados o actividades a realizar.

- 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

Actividades a realizar en el turno de 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...)

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
- 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.

Cambios posturales:

Si la situación hemodinámica o respiratoria lo permiten:

- Alto riesgo — c/ 2 ó 3 horas.
- Riesgo medio — c/ 3-4 horas.

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.

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.

Es importante los cuidados y cumplimientos que se realizan en unidad de cuidados intensivos, ya que tratamos a pacientes en un estado crítico, que necesitamos mantenerlos como prioridad, y velar por su integridad física.

## BIBLIOGRAFIA

(Hernández)

En F. A. Hernández, *Antología Practica Clinica de Enfermeria II* (págs. 21-30).