

UNIVERSIDAD DEL SURESTE CAMPUS
TABASCO

Alumno:

Ángel Gabriel Arcos Álvaro

Materia:

Enfermería en la práctica clínica 2

Docente:

Lic. en Enfermería. Juana Inés Hernández

Actividad:

Cuadros sinópticos

Cuadros sinópticos

1er tema

Protocolo de ingreso U.C.I

Objetivo { Recibir al paciente y brindarle los cuidados necesarios e inmediatos.

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 toma de oxígeno y colocar si precisa humidificador y sistema de aspiración.
 - Preparar si se precisa: 1 bomba de perfusión, respirador, modulo y cables de presiones y sistemas de diuresis horaria.
 - En caso de precisar respirador: Montar Ambú completo (PEEP y reservorio) y mesa de aspiración.
3. Llevar 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 y 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 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 CI). ECG de 12 derivaciones (18 si es paciente coronario), Rx de tórax.
- Ofrecerle un timbre para llamar si procede, hacer pasar a la familia e informarle junto al paciente según protocolo (normas de la unidad, teléfonos).
- Valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro de la historia clínica.
- En el monitor central se seleccionan "cama", "admitir", y se escribirá el nombre completo, numero 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 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.

2do tema

Monitorización del paciente en U.C.I

Monitorización no invasiva

1. ECG y frecuencia cardiaca continua.

Preparar al paciente e informar

Colocación de electrodos de cinco latiguillos.

- Rojo: Línea media clavicular derecha, debajo de la clavícula.
- Amarillo: Línea media clavicular derecha, 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.

- Preparación de la piel: limpiar y afeitar si es necesario.
- Colocar electrodos en áreas planas, no musculares, para aumentar al máximo el contacto de los electrodos y minimizar los artefactos del musculo 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 ubicación.

4. Monitorización mediante telemetría.

- Permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de enfermería de U.C.I, a un paciente en una unidad de hospitalización.
- Cardiología: Evaluar el ritmo cardiaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación.
- Equipo necesario: Radiotransmisor que funcione a batería de cinco latiguillos o tres latiguillos, electrodos adhesivos desechables, un monitor receptor, antena de radio para transmitir info, de ECG y un interfono.

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 MCP dependiente.
6. Disfunción de MCP definitivo o DAI (Desfibrilador autoimplantable).

3. TA no invasivo

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.

2. TA no invasivo

Pulsioximetría: sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial. Se disponen de 2 sistemas de medida.

- 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.

6. *Monitorización de ETCO2 (Capnografía).*

Objetivo

Medir de forma continua la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre.

Material

- Módulo EtCO2.
- Cable con sensor + celda combinada cero/referencia.
- Adaptador del conducto de aire (estéril).

5. *Monitorización del nivel de sedación.*

Escala de SAS que usamos actualmente en la unidad para valorar el grado de sedación.

Grado	Descripción	Signos
7	Agitación peligrosa	Tira del tubo endotraqueal, intenta quitarse los catéteres, salta por encima de los barrotes de la cama, pelea con el personal.
6	Muy agitado	No se calma con instrucciones verbales, ni tranquilizándole, necesita reducción física, mordedor.
5	Agitado	Ansioso o agitado, pero se calma con instrucciones verbales o tranquilizándole.
4	En calma, colaborador	Calmado, fácil de despertar, sigue instrucciones.
3	Sedado	Difícil de despertar, se despierta ante estímulos verbales o agítandole suavemente pero se duerme de nuevo, sigue instrucciones sencillas.
2	Muy sedado	Se despierta ante estímulos físicos pero no se comunica ni sigue instrucciones sencillas, puede tener movimientos espontáneos.
1	No despierta	Puede moverse o hacer muecas mínimamente ante estímulos, pero no se comunica ni sigue instrucciones.

7. *Monitorización de las constantes Neurológicas.*

Escala de Glasgow para la valoración neurológica de la persona de un paciente.

Abre los Ojos:	Esponáneamente (los 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 supraorbitaria como estímulo doloroso)	2
	Nunca	1
Respuesta Verbal:	Orientado (en tiempo, persona, lugar)	5
	Lenguaje confuso (desorientado)	4
	Inapropiada (Rienega, grita)	3
	Ruidos incomprensibles (quejidos, gemidos)	2
	Ninguna	1
Respuesta Motora:	Obedece instrucciones	6
	Localiza el dolor (movimiento deliberado o intencional)	5
	Se retira (aleja del estímulo)	4
	Flexión anormal (decorticación)	3
	Extensión (descerebración)	2
	Ninguna (flaccidez)	1
Calificación Total		Entre 3 y 15

B Monitorización 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 exterior.
- El transductor: instrumento que forma una señal mecánica (presión ejercida sobre el diafragma por la columna del líquido que proviene del catéter intravascular) en una señal eléctrica proporcional, que se transmite por cable del monitor.
- El monitor: amplifica esa señal eléctrica que sale del transductor, pudiéndose visualizar en la pantalla la morfología la curva y los valores numéricos de presión intravascular.

3er tema

Protocolo de atención a familiares en U.C.I

Objetivo

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

1er contacto

- Preséntese por su nombre, acompañe a los familiares a la habitación, si es posible en la primera media hora tras el ingreso.
- Explicar las normas básicas del funcionamiento de la unidad, entregando guía informativa de la unidad y del hospital.
- Transmitir seguridad
- Explicar de forma sencilla el entorno del paciente (monitor, respirador, bombas...).
- Solicitar un teléfono de contacto y el nombre de la persona o familiar.
- Si el estado del paciente lo permite, aconseje que le acerquen material de aseo, de distracción, reloj, prótesis dental, zapatillas, gafas.
- Informe sobre el horario de visitas.
- El horario podrá ser flexible 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) o de la familia (horario laboral, personas que viven fuera) adecuándolo al hacer 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 del estado del paciente se dará información telefónica sobre los cuidados de enfermería (bienestar, sueño, dieta, estabilidad, fiebre), permitiendo que hablen con el paciente consiente por dos minutos.
- 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.
- Entregue a los familiares le ropa y objetos personales del paciente.

4to tema

Cumplimiento de los registros de enfermería

Grafica horaria

Sirve para el registro gráfico de los signos vitales del paciente realizados por la enfermera. Modelos de gráfica: la gráfica polivalente y la grafica coronaria.

Cara anterior

1. En el margen superior se identifican: Nombre y apellidos, Nº de historia, cama, alergias, fecha de nacimiento y del día. Diagnóstico médico, teléfono particular, peso, talla, 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 cuadro.
 - Presión arterial pulmonar sistólica (APS), presión arterial pulmonar diastólica (APD), presión arterial pulmonar media (APM), presión capilar pulmonar (PCP), gasto cardiaco (GC).
4. 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 lxm).
 - Registrar cualquier cambio de parámetros y los del principio de cada turno.
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. Medicación:
 - Se transcribe de la hoja de tratamiento del médico.
 - Tipo medicación con su dosis, vía de administración, pauta horaria (marcando con una barra diagonal a la hora que le corresponde según la pauta horaria establecida, completando el aspa al administrar la medicación).
 - Sueroterapia: Indicando tipo de suero, cantidad, la medicación que se le añade "si procede" y el ritmo de perfusión.
 - Se marcará con un vector < a la hora que se comienza, siguiendo con una línea continua hasta que se termina cerrándolo con el vector >, sobre la línea registraremos el volumen total que se le infunde y bajo la línea las gotas por minuto correspondientes si usamos medidor de gotas o ml/hora si usamos bomba de perfusión.
7. 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.
8. 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.
 - Heces: Crucetamos una + por cada 50 ml.
 - SNG (bolsa): Se registrará cantidad cada 24h, coloración, consistencia si procede y anotar el débito 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.

9. 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 sonda NG.
- La suma de todo se registrará en: sumatorios ingresos.

10. Balance hídrico en 24h:

- SUMATORIO DE INGRESOS
- SUMATORIO PÉRDIDAS.
- Es importante anotar el signo + o – según corresponda.

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.

Evaluación

Una vez aplicado los cuidados planificados, se registrará los efectos conseguidos de dichos cuidados, realizando el registro una vez por turno, si se requiere más información se realizará en la hoja evolutivo.

Hoja de evolutivo

- Se registran incidencias, descripción de la respuesta del paciente a los cuidados realizados (complementar, no duplicar lo mismo), los errores y omisiones de cuidados o tratamientos.
- Se registran situaciones nuevas que le surjan al paciente.
- Se registra fecha, turno y firma legible de la enfermera en cada turno.

Valoración del paciente crítico al ingreso

Criterios a considerar

- Procedencia. - Cuando comenzaron los síntomas actuales (si procede) Valoración e identificación de necesidades (en la hoja posterior de la gráfica).
- Grado de autonomía del paciente para cubrir sus necesidades en domicilio (independiente / dependiente para las AVD, actividades de la vida diaria).
- Valoración social en pacientes dependientes. 65 5.
- Cumplimentación de los registros de enfermería Estado emocional.
- Medicación habitual en domicilio, antecedentes personales.
- Patrón intestinal en domicilio.
- Hábitos tóxicos.
- Alergias

Anotaciones

- Los registros se realizan con bolígrafo negro o azul.
- Se identificarán los problemas y se planificarán los cuidados generalmente en el turno de mañana.
- Se realizará el evolutivo en cada turno desde el ingreso hasta el alta, incluso si procediera nueva evaluación de cuidados y planificación de éstos.
- En la gráfica coronaria (cara anterior) debemos anotar en la franja horaria correspondiente la aparición y duración de los dolores precordiales.

5to tema

Cuidados diarios del paciente de U.C.I

1. 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.

Actividades turno matutino

- Planificar los cuidados correspondientes a cada paciente durante las próximas 24h, (control de glucemias, control de constantes neurológicas, cambios posturales o los cuidados que proceden).
- Se pasará visita junto con el medico 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 24h.

Realizar higiene

- Al paciente autónomo se le proporcionará los materiales necesarios para que se realice de forma autónoma la higiene.
- Higiene corporal completa.
- Higiene orificios naturales en pacientes sedados. Cuidados bucales 8h y cada vez que precise.
- Higiene ocular en pacientes inconscientes. 8 horas, y cada vez que precise.
- Corte e higiene de uñas si precisa.
- Afeitado
- Peinado
- Se puede invitar a la familia a participar en estos cuidados, hidratar piel.
- Lavado de cabeza cada 7 a 10 días.

Cambios posturales

Si la situación hemodinámica y respiratoria lo permiten:

- Alto riesgo c/ 2 o 3 horas
- Riesgo medio c/ 3 a 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.
- 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.
- Equipo de nutrición parenteral se cambiará a diario, al cambiar la nutrición.
- Cambio de transductor de presión en cada cambio de vía.
- Lavado de llaves después de cada extracción analítica.
- Cambio del contenido de diluciones continuas de medicación, c/ 24 horas.

Cuidados de drenaje. Eliminación

- Sonda vesical: Lavado con agua y jabón c/ 24 horas de la zona perineal y genital. Lavado con suero fisiológico del exterior de la S.V. c/ 24 horas. Fijación en cara interna del muslo. Cambio recomendado c/ 30 días.
- 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.

Drenajes

- Vigilancia, cuidados de drenajes, medición, cambio o vaciado del recipiente colector y características del débito c/ turno.

2. 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.

3. 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 de angina

- Si dolor anginoso: Preguntar de 0 a 10 la intensidad del dolor.
- Informar al paciente que si presenta dolor, que nos avise con urgencia.
- Realizar ECG estándar y comparar con los previos para valorar si hay cambios significativos.
- Colocar oxigenoterapia 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.

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 cardíacas.
- Hipertensión intracraneal (PIC >20 ó >20% de la basal).
- Retirada accidental de tubos, sondas, drenajes y/o catéteres.
- Hemorragia (salida de sangre al exterior incluyendo heridas quirúrgicas, drenajes y sondas).
- Parada cardiorrespiratoria.

Complicaciones no inmediatas de pacientes críticos.

- 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.