



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS TABASCO

LIC. ENFERMERIA

DOCENTE: LIC. JUANA INES HERNANDEZ LOPEZ

7MO CUATRIMESTRE GRUPO: Q

ALUMNO: CARLOS EDUARDO MAGAÑA OSORIO

PRACTICAS CLINICA II

CUADRO SINOPTICO

*PROTOCOLO DE INGRESO EN U.C.I

*MONITORIZACION DEL PACIENTE EN U.C.I

*PROTOCOLOGO DE ATENCION A FAMILIAR EN U.C.I

*CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE DE U.C.I

VILLAHERMOSA TABASCO, 13 DE DICIEMBRE DEL 2020

**PROTOCOLO
DE INGRESO
EN U.C.I**

**PREPARACION
DE LA
HABITACION**

- 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.
- Valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro en la historia clínica.
- -Los pacientes coronarios se introducirán en la Pantalla Completa en el monitor central de la U. Coronaria, Pulsar:
- Así se guarda en memoria el registro electrocardiográfico de las últimas 24 horas para poder recuperar incidencias y/o arritmias.

**MONITORIZACION
DEL PACIENTE
EN U.C.I**

**MONITORIZACION
NO INVASIVA**

- 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.

**MONITORIZACION
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
MONITORIZACION**

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**

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/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.

- 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.

-Entregue a los familiares la ropa y objetos personales del paciente.

**CUMPLIEMIENTOS
DE LOS
REGISTROS DE
ENFERMERIA**

**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.

1. En el margen superior se identifican:
2. 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.
3. 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.
4. Hemodinámica: Paciente con catéter de termodilución Swan-Ganz, se registrará en el recuadro.
5. Presión arterial pulmonar sistólica (APS), presión arterial pulmonar diastólica (APD), Presión arterial pulmonar media (APM), presión capilar pulmonar (PCP), gasto cardiaco (GC).
6. Parámetros de ventilación mecánica u oxigenoterapia pautados por el médico:
7. Modalidad de ventilación mecánica (VM), volumen corriente VC, frecuencia respiratoria FR, FiO2 concentración de O2 inspirado, PEEP presión positiva espiratoria, oxigenoterapia (VMK, gafas lxm).
8. Registrar cualquier cambio de parámetros y los del principio de cada turno.
9. Glucosa capilar: medición de la glucemia pautando la frecuencia y anotando las cifras obtenidas.
10. Saturación de O2: Saturación de O2 que marca el pulsioxímetro..

**HOJA
EVOLUTIVA
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.

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).

-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

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

**CUIDADOS
GENERALES
DEL
PACIENTE
CRITICO**

Actividades comunes a realizar en todos los turnos

- 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.

**COMPLICACIONES
DEL PACIENTE
CRITICO**

- Desaturación (Sat. O₂150 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.
- Hemorragia (salida de sangre al exterior incluyendo heridas quirúrgicas, drenajes y sondas).
- Parada cardiorrespiratoria.