



Nombre de alumno: Lizbeth De Coss Ruiz

**Nombre del profesor: Sandra Guadalupe
Hernández Hernández**

Materia: Practica clínica de enfermería II

Grado: 7mo cuatrimestre

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a Noviembre de 2021.

1.1 El modelo de Virginia Henderson y el P.A.E

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

El modelo de Virginia Henderson y el Proceso de atención de enfermería cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático de prestar cuidados enfermeros. Su empleo ha de estar guiado por el modelo conceptual que en este caso es el de V. Henderson.

Las 14 necesidades

1. Respirar normalmente. 2. Alimentarse e hidratarse. 3. Eliminar por todas las vías corporales. 4. Moverse y mantener posturas adecuadas. 5. Dormir y descansar. 6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse. 7. Mantener la temperatura corporal. 8. Mantener la higiene y la integridad de la piel. 9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas. 10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores... 11. Vivir de acuerdo con los propios valores. 12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal. 13. Participar en actividades recreativas. 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

ETAPAS DEL PAE:

VALORACIÓN: En la valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas.

PLANIFICACIÓN: Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos.

EJECUCIÓN Es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios.

EVALUACIÓN: se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos.

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.
- 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.
- 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.
- Planificar y solicitar por ordenador la dieta

Monitorización del paciente en U.C.I

MONITORIZACIÓN NO INVASIVA:

Electrocardiograma y frecuencia cardiaca: continúa monitorización mediante telemetría: La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de enfermería de U.C.I.

TENSIÓN ARTERIAL NO INVASIVA (TA)

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 Escala SAS Es la escala que usamos actualmente en la unidad para valorar el grado de sedación de los pacientes sometidos a este tratamiento.

MONITORIZACIÓN DE LAS CONSTANTES NEUROLÓGICAS Escala de Glasgow Es la escala internacional para la valoración neurológica de un paciente

MONITORIZACIÓN INVASIVA:

La monitorización hemodinámica invasiva consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico.

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: 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,

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.
- 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.
- 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
- 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
- Recomiende que no es conveniente la visita de niños, o de personas con enfermedades contagiosas
- 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.
- Entregue a los familiares le ropa y objetos personales del paciente.

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

- 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.
- 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 cardiaco (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 lxm).
- 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.
- 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.
- Balance hídrico:
- SUMATORIO PÉRDIDAS. 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.
- Balance hídrico de 24 h.: – SUMATORIO DE INGRESOS – SUMATORIO PÉRDIDAS. – Es importante anotar el signo + o – según corresponda

Cara posterior:

- 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). -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.

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.

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.

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.

POSIBLES COMPLICACIONES DEL PACIENTE CRÍTICO DURANTE LA HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES Y TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS -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.

Bibliografía:

Antología Práctica clínica de enfermería 2.

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