



Nombre del alumno: Gerardo Camacho Solís

Nombre del profesor (a): Sandra Gpe. Hernández Hernández.

Actividad: “cuadro sinóptico”

Materia: Práctica clínica de enfermería II.

Carrera: Licenciatura en enfermería

Grado: 7 **Grupo:** A

UNIDAD 1

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

- Virginia Henderson { Desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades.
- FUNCIÓN DE ENFERMERÍA { La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento
- EL MODELO CONCEPTUAL { La persona es un ser integral, El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo.
- ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO { 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 rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella)
- RELACIÓN ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL P.A.E. { PAE { 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.
 - VALORACIÓN { 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. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas, y formularlas.
 - PLANIFICACIÓN { Establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos. Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermería.
 - EJECUCIÓN { Es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios. Consta de preparación, realización y registro de la actuación y resultados.
 - EVALUACIÓN { Consta de valoración de la situación actual del usuario, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados.

Protocolo de ingreso en U.C.I

- Recibir al paciente y proporcionarle los cuidados inmediatos necesarios.
 - PREPARACIÓN DE LA HABITACIÓN { Cama de la habitación a la zona de entrada de la unidad, Revisar equipamiento completo de la habitación, Revisar equipamiento completo de la habitación, Encender el monitor, Preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante.
 - ACCIONES { Recibir al paciente, 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, presencia de drenajes, ostomías, heridas, sondajes e instaurar aquellos que se precisen.
 - Controles analíticos { Ver rutina de ingreso. ECG de 12 derivaciones. (18 si es paciente coronario) Rx de tórax.

Monitorización del paciente en U.C.I

- MONITORIZACIÓN NO INVASIVA
 - 1. electrocardiograma y frecuencia cardiaca continúa
 - 2. monitorización mediante telemetría { La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma, El objetivo es evaluar el ritmo cardiaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación de compromiso vital.
 - 3. TENSIÓN ARTERIAL NO INVASIVA (TA)
 - 4. SATURACIÓN DE O2.
 - 5. MONITORIZACIÓN DE ETCO2 (CAPNOGRAFÍA) { Medir de forma continua la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre.
 - 6. 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.
 - 7. MONITORIZACIÓN DE LAS CONSTANTES NEUROLÓGICAS { Escala de Glasgow
 - 8. MONITORIZACIÓN INVASIVA { 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.
 - 1. EQUIPO DE MONITORIZACIÓN { El catéter, monitor

Protocolo de atención a familiares en U.C.I

- Recibir a la familia y proporcionarle la información y cuidados que precisen.
 - PRIMER CONTACTO: ACCIONES { Presentarse, Transmitir seguridad, Explicar de una forma sencilla el entorno del paciente, Solicitar un teléfono de contacto y el nombre de la persona o familiar de referencia, Informe sobre el horario de visitas, 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, 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, Ofrezca los recursos disponibles en el hospital, Entregue a los familiares la 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.
 - Cara anterior
 - En el margen superior { Nombre y apellidos, Nº Historia, Cama, Alergias, Fecha de nacimiento y del día, Diagnóstico Médico, Teléfono particular (solo en 1ª 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.
 - Parámetros de ventilación mecánica u oxigenoterapia pautados por el médico: Registrar cualquier cambio de parámetros y los del principio de cada turno
 - Glucosa capilar: medición de la glucemia pautando la frecuencia y anotando las cifras obtenidas.
 - 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
 - Cara posterior
 - Balance hídrico { De 24 h.: -SUMATORIO DE INGRESOS. -SUMATORIO PÉRDIDAS.-Es importante anotar el signo + o – según corresponda.
 - 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 aplicados los cuidados planificados, registraremos el efecto conseguido con dicha actuación
- Sueroterapia: Indicando tipo de suero, cantidad, la medicación que se le añade —si procede y el ritmo de perfusión.
 - 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.

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.
 - CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE CRÍTICO
 - Se participará en el parte oral, Aplicar tratamiento médico y cuidados de enfermería según lo planificado, Control y registro de constantes vitales S.O.M. y criterio de enfermería, Control de tolerancia, apetito y tipo de dieta. Movilización, Poner al alcance del paciente el timbre.
 - Realizar higiene, Cambios posturales
 - Guía De Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería { Cuidados Vía Venosa; Cuidados Drenajes- Eliminación: – Sonda vesical, – Sonda Nasogástrica; Drenajes: – Vigilancia, cuidados de drenajes, medición y cambio o vaciado del recipiente colector y características del débito c/ turno.
 - BALANCE HÍDRICO { Control de líquidos aportados y eliminados en 24 horas
 - CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL PACIENTE CORONARIO { Guía De Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería { Control analítico según patologías
 - Cuidados pauta de angina { Informar al paciente que si presenta dolor, que nos avise con urgencia, Realizar ECG, Colocar oxigenoterapia en gafas nasales
 - Posibles complicaciones del paciente crítico durante la higiene, cambios posturales y traslados intrahospitalarios { Desaturación, Bradicardia, Arritmias cardiacas. Hipertensión intracraneal. Retirada accidental de tubos, sondas, drenajes y/o catéteres. Hemorragia. 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.