



NOMBRE DEL ALUMNO:

Estrella Libertad Coronel Hernández

NOMBRE DEL PROFESOR:

Sandra GUADALUPE HERNANDEZ

MATERIA:

PRACTICA CLINICA DE
ENFERMERIA II

GRADO:

7° cuatrimestre

GRUPO:

“A”



1.1 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL P.A.E

Generalidades

- ✓ El modelo de cuidados de Virginia Henderson se plantea como marco conceptual que dirige y orienta el desarrollo del proceso, de manera particular su marco de valoración de 14 Necesidades Básicas (NB), utilizado para enfocar el PAE
- ✓ 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.
- ✓ Según Henderson, los cuidados de enfermería deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando un método sistemático de trabajo como el proceso de enfermería

Valoración

- ✓ Permite conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones
- ✓ Durante la observación se aprecia que la valoración del paciente se basa en el nivel de satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas.
- ✓ Fuentes de dificultad Fuerza Conocimiento Voluntad
- ✓ Interrelación entre las 14 Necesidades
- ✓ Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- ✓ Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales.
- ✓ Recogida de Datos Independencia - Dependencia en la satisfacción de las 14 necesidades básicas

Diagnostico

- ✓ Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente en relación a cada una de las necesidades básicas, según el resultado de la valoración
- ✓ Facilita el punto de vista para así poder decidir si existe o no a una anomalía de las normas u objetivos esperados. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas, y formularlas.
- ✓ Identificación de Problemas (Reales y/o Potenciales) y su relación con las fuentes de dificultad identificadas

Planificación

- ✓ Se elabora un plan que responda a las necesidades del paciente y que integre las funciones independientes, dependientes e interdependientes de la enfermera, considerando las actividades que el paciente y su familia pueden realizar
- ✓ En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
- ✓ Al formular objetivos hay que distinguir entre los problemas de colaboración donde la enfermera no es la única responsable y se han de formular en detectar signos y síntomas e instaurar medidas preventivas.
- ✓ Identificación de Resultados de independencia en base a las fuentes de dificultad detectadas y plazos para su cumplimiento
- ✓ Identificación de las Intervenciones a realizar para alcanzar los Resultados definidos
- ✓ Identificación de Prioridades Inmediatas

Ejecución

- ✓ Puesta en práctica del Plan de Cuidados y realización de las Intervenciones
- ✓ Actuación según el modo de intervención más apropiado SUPLENCIA / AYUDA
- ✓ Registro/informe de datos
- ✓ Preparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras.
- ✓ Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- ✓ Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.
- ✓ Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales cualificados a los que designa y supervisa en su actividad
- ✓ Realización de las actividades con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos.

Evaluación

- ✓ Se realiza según el grado de independencia del paciente, considerando que una orientación educativa oportuna por parte de la enfermera facilitará que el paciente o su familia realicen los cuidados necesarios de manera independiente
- ✓ el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los Objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados.
- ✓ Niveles de Independencia-Dependencia mantenidos o alcanzados tras intervenir con el plan de cuidados
- ✓ ¿Se han alcanzado los Resultados planteados?
- ✓ ¿En qué grado se han alcanzado?
- ✓ ¿Algo sugiere la necesidad de cambiar algún aspecto del Plan de Cuidados?
- ✓ Registro/informe de datos

1.2
PROTOCOLO
DE INGRESO
EN U.C.I

✚ **Concepto**

Unidad de cuidados intensivos o terapia intensiva, al área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.

✚ **Objetivo**

Alcanzar la mayor eficacia en el ingreso del enfermo en nuestra unidad.

✚ **Preparación de la habitación**

1. Revisar equipamiento completo de la habitación:
 - monitor de ECG
 - pulsioxímetro
 - respirador
 - aspirador
 - esfigmomanómetro
 - fonendoscopio
 - bombas de perfusión.
 - Ambú + mascarilla +Reservorio
 - Cama
2. Comprobar material fungible:
jeringas, sistemas, agujas, guantes, gasas, compresor, y reponer.
3. Encender el monitor y poner la pantalla en espera.
4. Preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante.

✚ **Actividades en el ingreso**

1. Vigilar durante el cambio de cama vías periféricas, sondas, drenajes, férulas...
2. Monitorización básica del enfermo:
 - ECG
 - Pulsioxímetro.
3. Toma de constantes y apertura de gráfica:
 - Frec. Cardíaca.
 - Frec. Respiratoria.
 - Temperatura.
 - Tensión arterial.
4. Actividades derivadas de órdenes médicas:
 - - Extracción de muestras para analítica de ingreso, cultivos...etc.
 - ECG
 - Radiografía de tórax
 - Sonda vesical, nasogástrica
5. Colaboración con el facultativo en:
 - canalización de vía central, vía arterial, intubación, drenaje torácico, etc.
6. Informar al enfermo sobre el funcionamiento de la unidad.
7. Disminuir la ansiedad del enfermo.
8. Informar a la familia del funcionamiento del servicio.

1.3 MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN UCI

GENERALIDADES

La monitorización del paciente crítico es fundamental para lograr optimizar la hemodinámica, la ventilación, la temperatura, la nutrición y el metabolismo del paciente. La mayoría de las monitorizaciones se realizan sobre procedimientos invasivos como cateterización venosa central y periférica, abordaje arterial, sondajes nasogástricos y vesicales, para obtener información hemodinámica, ventilatoria y metabólica. No obstante, también existen equipos tecnológicos especializados y nuevos algoritmos que pueden ayudar a obtener la mayor cantidad de variables y parámetros de manera no invasiva para lograr el mismo objetivo.

NO INVASIVA

1. 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.

Colocación de los electrodos Configuración de cinco latiguillos:

- Rojo: Línea media clavicular derecha, directamente debajo de la clavícula.
- Amarilla: Línea media clavicular izquierda, directamente debajo de la clavícula.
- Verde: Línea media clavicular izquierda, 6^o-7^o espacio intercostal.
- Negro: Línea media clavicular derecha, 6^o-7^o espacio intercostal.
- Blanco: 4^o espacio intercostal, borde izquierdo del esternón. En paciente de S.C.A. según localización isquémica.

2. MONITORIZACIÓN MEDIANTE TELEMETRÍA

El objetivo es evaluar el ritmo cardiaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación de compromiso vital.

Indicaciones:

- Síncopes malignos /disfunción sinusal.
- Intoxicación farmacológica de drogas arritmogénicas.
- Bloqueo auriculoventricular completo o bradicardias graves.
- Riesgo de arritmias ventriculares.
- Control arritmias no malignas (Ej. ACxFA) Paciente con MCPT dependiente.
- Disfunción de MCP definitivo o DAI (Desfibrilador autoimplantable).

3. TENSIÓN ARTERIAL

Se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización.

4. SATURACIÓN DE O₂.

La Pulsioximetría es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial. En el servicio disponemos de dos sistemas de medición:

5. MONITORIZACIÓN DE ETCO₂ (CAPNOGRAFÍA)

6. MONITORIZACIÓN DEL NIVEL DE SEDACIÓN

7. MONITORIZACIÓN DE LAS CONSTANTES NEUROLÓGICAS: Escala de Glasgow

INVASIVA

1. MONITORIZACIÓN HEMODINAMICA

El paciente crítico se encuentra a menudo en un ambiente clínico y fisiológico cambiante. La selección e interpretación de los parámetros a monitorizar, son de utilidad solamente cuando van asociados a un razonamiento clínico de la condición del paciente, basados en los exámenes físico y otros diagnósticos. 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:

- El catéter
- El transductor
- El monitor

1.4 PROTOCOLO DE ATENCIÓN A FAMILIARES EN U.C.I

✚ GENERALIDADES

El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos provoca una situación que genera una alteración sustancial de sus dinámicas habituales y las del resto de su familia. Dicho ingreso somete a los miembros de su familia a una situación difícil, frecuentemente inesperada, que provoca un cambio de los patrones de relación habituales y requiere una adaptación.

Esa desadaptación conlleva la aparición de altos niveles de ansiedad y de nuevas necesidades.

Según la literatura actual se conoce las principales necesidades de los familiares, los factores que les generan estrés, las fases que experimentan, así como qué intervenciones les ayudan y cuáles han mejorado su experiencia acerca de la estancia de su ser querido en este tipo de unidades.

✚ OBJETIVOS

- Diseñar una guía de atención adaptada a las necesidades de profesionales y usuarios.
- Establecer un acuerdo de mínimos en la atención a los familiares.
- Recibir a la familia y proporcionarle la información y cuidados que precisen.

✚ PRIMER CONTACTO

- ❖ 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.
- ❖ Transmita seguridad
- ❖ Explique de una forma sencilla el entorno del paciente
- ❖ Solicite un teléfono de contacto y el nombre de la persona o familiar de referencia
- ❖ 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
- ❖ Dicho horario se podrá flexibilizar para una o dos personas que el paciente elija si puede, en función de las necesidades del propio paciente
- ❖ 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 sobre el estado del paciente, se dará información telefónica sobre cuidados de enfermería a la persona de referencia en cualquier momento del día, permitiendo que hablen con el paciente consciente, un máximo de 2 minutos, preferentemente a partir de las nueve de la mañana.
- ❖ 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
- ❖ 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.
- ❖ 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.
- ❖ Se trasladará a los familiares el mensaje claro de que son considerados por el equipo como parte importante del proceso y como elemento favorecedor de la recuperación del paciente.

1.5

CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

GRAFICA HORARIA

- ✓ Representa la relación que estos datos u observaciones tienen entre sí y aporta información rápida y precisa sobre la evolución del paciente.
- ✓ Es un elemento que forma parte de la historia clínica del enfermo y que, por lo tanto, está sujeta a la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos) en cuanto a confidencialidad, custodia y conservación de la misma.
- ✓ Cada centro hospitalario diseña los modelos o formatos más acordes a los servicios a los que va destinada
- ✓ 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.

CARACTERISTICAS

- A) La primera parte es la gráfica horaria de constantes vitales con sus correspondientes escalas en el margen izquierdo; en esta parte registramos las técnicas realizadas al paciente en la hora a la que se han realizado (ECG, analíticas, radiografías...). En ocasiones, debido a la gravedad del paciente, es necesario hacer constar en gráfica gran cantidad de constantes y cifras. Es posible que tengas que hacer varias líneas en un mismo color. Lo importante es que toda cifra o línea que conste en gráfica esté bien identificada (sepamos qué está midiendo) y que su origen se sitúe en la escala que servirá de referencia a dicha línea.
- B) En la segunda parte de la gráfica, titulado como pérdidas, registramos todas las salidas de líquidos corporales (diuresis, aspirado gástrico, drenajes, heces...). En el margen derecho tienes la suma de las 24 horas que se hace para realizar el balance hídrico (te lo explicamos un poco más adelante).
- C) Tercera parte, como administrados (figura 2.3); todos los fluidos administrados en forma de suero, ingesta oral, sangre. El registro de cada suero es muy sencillo (puedes ver varios ejemplos en la gráfica); en el encabezamiento ponemos el tipo de suero (glucosado al 5%, glucosalino 1/3), su cantidad inicial (500 cc, 250 cc, 100) y el fármaco que contiene; en el apartado de tratamiento, donde se hace constar la medicación administrada, se registra la dosis de fármaco
- D) Bajo los administrados, en el apartado de tratamiento (figura 2.4), registramos toda la medicación que se administra, vía de administración y hora correspondiente, así como los fármacos que están disueltos en un suero en perfusión.
- E) En el ángulo superior derecho de la gráfica está el espacio destinado a la fecha y etiqueta identificativa del paciente.
- F) En la parte media derecha está el apartado para registrar las vías invasivas que lleva el paciente y su fecha de inserción, así como los diferentes cultivos
- G) En el ángulo inferior derecho firmamos la gráfica cada
- H) El balance hídrico es sencillo de realizar. Su finalidad es la de determinar los cambios de peso en los enfermos, especialmente en los de media y larga estancia; asimismo, el balance acumulado calculado representa una alternativa válida al pesaje diario de los enfermos
- I) En pérdidas sumamos cada una de las salidas y las anotamos en su casilla del margen derecho de la gráfica (mira la figura 2.5 de ejemplo). Como pérdidas insensibles consideramos 600 c.c. Por el agua que evapora la piel y 400 cc por las pérdidas pulmonares; si el paciente está intubado o tiene hecha una traqueotomía añadimos 200 cc. En el apartado intub.+sec y, si ha tenido fiebre, las pérdidas según la portada de la gráfica.
- J) El balance, claro está, será el resultado de restar a los administrados, las pérdidas. Se refleja en números rojos en el apartado de balance (figura 2.6), y también se pasa a la hoja donde transcribimos la analítica, sumando o restando día a día para calcular el balance acumulativo
- K) En la cara posterior está el espacio destinado al relevo de enfermería. Relevo y gráfica constituyen la constancia escrita de los cuidados administrados al paciente
El registro de enfermería es un requisito legal del sistema sanitario, asegura la permanencia de datos muy importantes, permite su revisión y comparación y garantiza la comunicación entre los profesionales del equipo que atiende a los pacientes.
- L) Son deseables una serie de características en el relevo escrito:
 - ✓ Recoger información objetiva, que se ajuste a los hechos y sea simple, sin repeticiones superfluas o datos confusos; hay que evitar hacer juicios, opiniones e interpretaciones.
 - ✓ Escrito de forma legible, con tinta y evitando abreviaturas no conocidas o acreditadas.
 - ✓ Corregir los errores de forma que no se confundan con alteraciones o falsificaciones (mejor una línea por encima).
 - ✓ Debe ser exacto, haciendo constar el día, turno y firmando al
 - ✓ Completo, sin que quede por reseñar nada que pueda tener interés. Lo que no está escrito, no está hecho, pero no debe repetir lo que se puede apreciar a simple vista
 - ✓ En la gráfica.

1.6

CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE DE U.C.I

CUIDADOS GENERALES

1. 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 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.
 - ✓ 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.
2. Realizar higiene
 - ✓ Higiene Corporal Completa — c/ día.
 - ✓ Higiene orificios naturales en pacientes sedados: Cuidados bucales — c/ 8 horas y cada vez que precise.
3. Cambios posturales

Si la situación hemodinámica o respiratoria lo permiten:

 - ✓ Alto riesgo — c/ 2 ó 3 horas.
 - ✓ Riesgo medio — c/ 3-4 horas.
 - ✓ La hemodiafiltración no es una contraindicación para los cambios posturales.
4. Cuidados Vía Venosa
5. Cuidados Drenajes- Eliminación

BALANCE HIDRICO

- 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.

CUIDADOS DEL PACIENTE CORONARIO

- Actividades comunes a realizar en todos los turnos
- ✓ Verificar si todos los pacientes están en pantalla completa y ajustar los límites de alarmas.
 - ✓ Cuidados pauta de angina –
 - Informar al paciente que si presenta dolor, que nos avise con urgencia. Preguntar de 0 a 10 la intensidad del dolor.

COMPLICACIONES - PACIENTE CRITICO

INMEDIATAS

- ✓ Desaturación (Sat. O2 150 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
- ✓ Parada cardiorrespiratoria.

MEDIATAS

- ✓ Infección nosocomial.
- ✓ U.P.P.
- ✓ Riesgo de caída y lesión.
- ✓ Contracturas, atrofias 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.