Nombre de alumnos: Anallely Álvarez Aguilar

Nombre del profesor: Sandra Guadalupe Hernández

Nombre del trabajo: Cuadro sinóptico

Materia: Práctica clínica de enfermería II

Grado: 7mo. Cuatrimestre

Grupo: ´´B´´

Comitán de Domínguez Chiapas de 06 de noviembre del 2021

UNIDAD I PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA

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

- *Función de enfermería
  - Su función principal es atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de actividades que contribuyen a su salud o su restablecimiento (o evitarle padecimientos en la hora de su muerte). Actividades que el realizara por sí mismo si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.
- *Modelo conceptual
  - De acuerdo con este modelo: la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si y tienden al máximo desarrollo del potencial. El entorno es parte importante ya que dé el dependen diversos factores.
- *Elementos fundamentales del modelo
  - Cuyo objetivo es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su dependencia o morir dignamente. El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas.
    - Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer serán dependiendo del diagnóstico médico. Es por eso que el modelo de virgina Henderson: ayuda a determinar las dificultades que tiene el paciente para así cubrir sus necesidades.
      - 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.

1.2 Protocolo de ingreso en U.C.I

- Cuyo principal objetivo es 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: -revisar la toma de oxígeno y colocar si precisa humidificador y sistema de aspiración. -en caso de precisar respirador: montar ambucompleto
    - 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.
        - *Administrar oxigenoterapia o colocar ventilación mecánica si precisa.
        *Monitorización continua de ECG, TA no invasiva, temperatura y pulsioximetria, registrando los datos obtenidos de la historia.
          - *Verificar presencia de vías venosas y/o arterias y canalizar vía venosa central si precisa.
          *verificar la presencia de drenajes, ostomias, 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.
            *ofrecer el timbre para llamar si procede. Hacer pasar a la familia e informarle junto al paciente según protocolo.

1.3 Monitorización del paciente en U.C.I

- *Monitorización no invasiva:
  - 1)Electrocardiograma y frecuencia cardiaca continua
    - Informar al paciente del procedimiento que se realizara.
      - -preparación de la piel: limpiar y afeitar si es necesario.
      –colocar los electrodos en áreas planas, no musculares, para aumentar al máximo el contacto de los electrodos
        - 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.
  - 2)Monitorización mediante telemetría
    - La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control enfermería de U.C.I. A un paciente en una unidad de hospitalización
      - Cuyo 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)
    - Se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización
  - 4)Saturación de O2
    - La pulsioximetria es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial.
  - 5)Monitorización de ETCO2 (Capnografia)
    - Cuyo objetivo es medir de forma continua la presión parcial de CO2 espirando 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: es la escala internacional para la valoración neurológica de un paciente

1.4 Protocolo de atención a familiares en U.C.I

- Su principal objetivo es recibir a la familia y proporcionarle la información y cuidados que precisen.
  - 1)Primer contacto: Acciones
    - *Preséntese por su nombre (enfermera y auxiliar responsable), acompañar 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.
    –Transmita seguridad: actitud próxima, tranquila y disponibilidad en todo momento.
      - -Explique de una forma sencilla el entorno del paciente (monitor, respirador, bombas)
      -solicitar un teléfono de contacto y el nombre de la persona o familiar de referencia (si el paciente se encuentra consciente preguntárselo a él). Se anotará 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.
          - -podrá haber un horario abierto de visitas, incluyendo la noche, en situaciones especiales: pacientes en fase terminal, niños/as, personas con trastorno de conducta.
          –Recomendar que no es conveniente las visitas de niños, o de personas con enfermedades contagiosas, y ponga medidas protectoras o de aislamiento si fuera necesario.
            - -la información de enfermería se dará durante la visita, intentado dedicar al menos 5 minutos a cada familia.
            –motive la comunicación verbal y no verbal (tacto), entre el paciente y los familiares.
              - -entregar a los familiares la ropa y objetos personales del paciente. –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.
              –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.

1.5 Cumplimiento de los registros de enfermería

- 1)Grafica horaria
  - Sirve para el registro grafico de los signos vitales del paciente realizados por la enfermera. Grafica polivalente y la gráfica coronaria.
    - Cara interior:
      *en el margen superior se identifican: nombre y apellido, Nº de historia, cama, alergias, fecha de nacimiento y del día, diagnostico médico. Peso, talla y edad.
      - *En el margen superior izquierdo aparecen los símbolos de cada signo vital con su escala correspondiente.
      *Hemodinámica: paciente con catéter de termodilucion Swan-Ganz, se registra en el recuadro.
        - *Parámetros de ventilación mecánica u oxigenoterapia pautados por el medico:
        - 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.
          - *sueroterapia: indicando tipo de suero, cantidad, la medicación que se añade "si procede" y el ritmo de perfusión.
            - *Nutrición: tipo de nutrición pautado, registrando el volumen en el recuadro si es a horas pautadas.
            *Balance hídrico: se realiza a las 7 h, en el turno de la noche.
            Perdidas: perdidas insensibles calculadas
- 2)Evaluación:
  - Una vez aplicados los cuidados planificados, registraremos el efecto conseguido con dicha actuación, realizando el registro al menos una vez por turno.
    - *Hoja de evolución de enfermería
      - Es la hoja donde se registrarán las incidencias que se hayan producido, la descripción de la respuesta del paciente a los cuidados realizados, los errores y omisiones de cuidados o tratamientos.
        - En la valoración del paciente critico al ingreso (realizadas dentro de las 24 horas y si es posible en el mismo turno del ingreso) deberán constar 11 criterios de evolución:
          - -Motivo del ingreso
          -procedencia
          -cuando comenzaron los síntomas actuales
          -Grado de autonomía del paciente para cubrir sus necesidades en domicilio.
            - -Valoración social en pacientes dependientes.
            –Complementación de los registros de enfermería.
            Estado emocional
            -Medicación habitual en domicilio, antecedentes personales.
              - -Patrón intestinal en domicilio
              -hábitos tóxicos
              -Alergias
                - Anotaciones: los registros se realizarán con bolígrafo negro o azul. Se identifican problemas y planifican los cuidados generalmente en el turno de las mañanas

1.6 Cuidados diarios del paciente U.C.I

- *Cuidados generales del paciente critico
  - -Aplicar tratamiento médico y cuidados de enfermería según lo planificado -
  control y registro de constantes vitales S.O.M. Y criterio de enfermería.
  –Atender a demandas tanto del paciente como de la familia
    - -Cumplimiento de la gráfica horaria, plan de cuidados y evolutivos.
    –colaboración con el médico para procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
      - *Actividades a realizar en el turno de la mañana:
      - -Se planificarán los cuidados correspondientes a cada paciente para las próximas 24 horas
      -Se pasará visita junto con el médico responsable de cada paciente
        - *Realizar higiene:
        - -Higiene corporal completa cada día.
        –corte e higiene de uñas si precisa
        -peinado
        -afeitado
          - *Cuidados vía venosa:
          - -Cura zona de inserción de catéter periférico c/48-72 horas según protocolo.
          –vigilar signos y síntomas de infección de punto de punción
          -cambio de contenido de diluciones continuas de medicación, c/24 horas.
            - Cambio de catéter se realiza c/7 días.
            –lavado de llaves después de cada extracción analítica
            -cambio de transductor de presión en cada cambio de vía.
- *Balance hídrico
  - Control de líquidos aportados y eliminados en 24 horas entradas:
    - -Alimentación oral o enteral
    -sueropatia
    -transfusiones
    -salidas
    -drenajes
    -vómitos, diuresis. Balance de hemodiafiltracion
      - *Cuidados específicos del paciente coronario
      - -verificar si todos los pacientes están en pantalla completa y ajustar los límites de alarma
      -control analítico según patologías si aparece dolor precordial, seguir los cuidados de la pauta de angina.
        - *Posibles complicaciones del paciente critico durante la higiene, cambios posturales y traslados intrahospitalarios.
        - -Desaturacion
        -Bradicardia, arritmias cardiacas
        -hipertensión intracraneal
        -hemorragia
        -parada cardiorrespiratoria
          - *Complicaciones no inmediatas de pacientes críticos
          - -infección nosocomial
          -U.P.P.
          –Riesgo de caída y lesión
          -contracturas, atrofias musculares, anquilosamientos y/o pie equino.
            - --Síndrome confusional de UCI: Estado mental confusional reversible secundario a la hospitalización de UCI.