Nombre de alumno: Yusvin Darinel De León Martínez

Nombre del profesor: Sandra Guadalupe Hernández

Nombre del trabajo: Cuadro de sinóptico

Materia: Práctica clínica de Enfermería II

Grado: 7

Grupo: B-Enfermería

Comitán de Domínguez Chiapas Noviembre 2021.

- UNIDAD I
  - EL MODELO DE VIRGINA HENDERSON Y EL P.A.E
    - Es una teoría sobre las necesidades y el desarrollo humano para conceptualizar la persona
    - Función enfermería
      - El atender al individuo enfermero o sona en ejecución de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su restablecimiento.
      - Misión
        - Ayudar al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible
      - Responsabilidad
        - Seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico
    - Modelo conceptual
      - La persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí
      - Entorno
        - Los que nos rodea
        - Que más evoluciona con el paso del tiempo.
    - Elementos fundamentales del modelo
      - 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 existen independientemente del diagnóstico médico.
        - síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de
      - 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
        - Las 14 necesidades
          - Respirar normalmente
          - Alimentarse e hidratarse
          - Eliminar por todas las vías corporales
          - Moverse y mantenerse posturas adecuadas
          - Dormir y descansar
          - Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse
          - Mantener la temperatura corporal
          - Mantener la higiene y la integridad de la piel
          - Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas
          - Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores
          - Vivir de acuerdo con los propios valores
          - Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal
          - Participar en actividades recreativas
          - Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal
    - Relación entre el modelo de virgina Henderson y el P.A.E
      - 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.
    - P.A.E
      - Consta de 5 procesos para su ejecución
        - Valoración: orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos
        - DIAGNÓSTICO ENFERMERO: En el diagnóstico: 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. Consta de preparación, realización y registro de la actuación y resultados.
        - EVALUACIÓN En la fase de 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
      - Avisar al celador para sacar la cama de la habitación a la zona de la unidad
      - Revisar equipamiento completo de la habitación
      - Llevar el carro de ECG a la habitación
      - Encender el monitor y poner la pantalla en espera
      - Preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante.
    - ACCIONES
      - Son formas de que la enfermera se hara cargo de todo el proceso para ejecutarlo de una forma profesional
        - 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.
        - 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
        - Ofrecerle el timbre para llamar si procede. Hacer pasar a la familia e informarle junta al paciente según protocolo (normas de la unidad, teléfonos,)
        - 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
      - Preparación de la piel: Limpie la piel y aféitela si es necesario.
      - Colocación de los electrodos Configuración de cinco latiguillos
      - monitorización mediante telemetría
        - La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de enfermería de U.C.I.
      - Cardiología
        - evaluar el ritmo cardiaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación de compromiso vital.
    - Tensión arterial no invasiva TA
      - Al ingreso se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización.
    - Saturación O2
      - Pulsometría
        - istema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial.
    - Monitorización de ETCO2 CAPNOGRAFIA
      - Medir de forma continúa la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre
    - Monitorización invasiva
      - La monitorización hemodinámica invasiva consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico

- UNIDAD I
  - PROTOCOLO DE ATENCIÓN A FAMILIARES EN U.CI
    - 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
      - 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.
      - 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
      - Podrá haber un horario abierto de visitas, incluyendo la noche, en situaciones especiales
      - Recomiende que no es conveniente la visita de niños
      - 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
  - CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA
    - Grafica horaria
      - Sirve para el registro gráfico de los signos vitales del paciente realizados por la enfermera.
      - 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 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.
            - 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.
        - 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
        - Sueroterapia: Indicando tipo de suero, cantidad, la medicación que se le añade —si procede] y el ritmo de perfusión.
        - Se marcará con un vector < a la hora que se comienza, siguiendo con una línea continua hasta que se termina cerrándolo con el vector >
      - 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.
      - Balance hídrico
        - Se realizará a las 7h, en el turno de noche
        - Cantidad de orina
        - Heces: Cruceteamos una + por cada 50 ml
        - SNG (bolsa): Se registrará cantidad cada 24h, coloración, consistencia si procede y anotar el debito parcial c/ 6h si tuviera pautada tolerancia de NE
        - Drenajes: Si tuviera más de uno, deberemos identificar cada uno de ellos y se anotará la cantidad y características de cada uno.
    - Cara posterior
      - El P.A.E. se realizará al ingreso, se actualizará continuamente y se cumplimentará 2 veces por semana como mínimo (martes y viernes) y al alta del paciente, si no se realiza hoja de alta, rellenando por completo toda la hoja
    - Hoja evolutiva de enfermería
      - 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
    - CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE CRÍTICO
      - 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
      - Actividades a realizar en el turno de 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
        - Higiene orificios naturales en pacientes sedados
        - Cuidados nasales
        - Higiene ocular en pacientes inconscientes
      - Cambios posturales
        - Si la situación hemodinámica o respiratoria lo permiten
      - 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 Entradas
        - Alimentación oral o enteral.
        - Medicación IV u oral
        - Sueroterapia
    - POSIBLES COMPLICACIONES DEL PACIENTE CRITICO 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)
    - COMPLICACIONES NO INMEDIATAS DE PACIENTES CRÍTICOS
      - En U.C.I. existen algunas complicaciones que empeoran el pronóstico, alargan estancias, incrementan costes e implican la aparición de secuelas que incapacitan la autonomía del paciente.