

ASESOR ACADEMICO: LIC. SANDRA GUADALUPE HERNANDEZ

NOMBRE DEL ALUMNO: FRANKLIN RAMIREZ MENDEZ

GRADO Y GRUPO: 7° CUATRIMESTRE "C"

MATERIA EN CURSO: PRACTICA CLINICA EN ENFERMERIA II

TRABAJO A ENTREGAR: CUADRO SINOPTICO (UNIDAD I).



UNIDAD 1

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.)

RELACION ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL P.A.E:

- VALORACION:
- DIAGNOSTICO:
- PLANEACION:
- EJECUCION:

- FUNCION DE ENFERMERIA:
- EL MODELO CONCEPTUAL:
- ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO:
- 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:

- Consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.
- De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.
- Es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.
- 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

1.1.- PROTOCOLO DE INGRESO EN U.C.I:

- PREPARACION DE LA HABITACION:
- ACCIONES:

- 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. – Preparar si se precisa: 1 bomba de perfusión, Respirador, Módulo y cables de presiones y sistema de diuresis horaria.)
- 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.

- 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. 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.
- Valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro en la historia clínica.

1.2.- MOTORIZACION DEL PACIENTE EN U.C.I:

- MOTORIZACION NO INVASIVA:
- MOTORIZACION INVASIVA:

- 1.-ELECTROCARDIOGRAMA Y FRECUENCIA CARDIACA CONTINUA
- 2. MONITORIZACION MEDIANTE TELEMETRIA
- 3. TENSION ARTERIAL NO INVASIVA (TA)
- 4. SATURACION DE O2.
- 5. MONITORIZACION DE ETCO2 (CAPNOGRAFIA)
- 6. MONITORIZACION DEL NIVEL DE SEDACION
- 7. MONITORIZACION DE LAS CONSTANTES NEUROLÓGICAS

Consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico. Con el objetivo de evaluar la función ventricular derecha e izquierda por medio de las presiones y el volumen minuto cardíaco.

UNIDAD 1

1.3.-PROTOCOLO DE ATENCION A FAMILIARES EN LA U.C.I:

1. OBJETIVO

Recibir a la familia y proporcionarle la información y cuidados que precisen.

2. PRIMER CONTACTO: ACCIONES

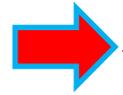
- 1.-Preséntese por su nombre (enfermera y auxiliar responsable), y acompañe a los familiares a la habitación. A ser posible en la primera media hora tras el ingreso.
- 2.-Explique las normas básicas del funcionamiento de la unidad entregando la guía informativa de la unidad y la Guía del Hospital.
- 3.-Trasmita seguridad: actitud próxima, tranquila, y disponibilidad en todo momento. Atención al lenguaje no verbal (postura, expresión facial, gestos, mirada, sonrisa, entonación).
- 4.-Explique de una forma sencilla el entorno del paciente (monitor, respirador, bombas).
- 5.-Si el estado del paciente lo permite, aconseje que le acerquen material de aseo, de distracción, reloj, prótesis dental, gafas, zapatillas
- 6.-Informe sobre el horario de visitas de 13:30 a 14:00 y de 20:00 a 20:30.
- 7.-Dicho horario se podrá flexibilizar para una o dos personas que el paciente elija si puede, en función de las necesidades del propio paciente (desorientados, de larga estancia, despertar de sedación), y/o de la familia (horario laboral, personas que viven fuera.), adecuándolo al quehacer asistencial.
- 8.-Podrá haber un horario abierto de visitas, incluyendo la noche, en situaciones especiales: nacientes en fase terminal. niños/as. personas con trastornos de conducta.
- 9.-Nº máximo de visitas por paciente: Limitado a la familia más allegada, turnándose de tres en tres para entrar a la habitación
- 10.-Recomiende que no es conveniente la visita de niños, o de personas con enfermedades contagiosas, y ponga medidas protectoras
- 11.-Respecto a la información sobre el estado del paciente, se dará información telefónica sobre cuidados de enfermería (bienestar, sueño, dieta, estabilidad, fiebre...)
- 12.- La información de enfermería se dará durante la visita, intentando dedicar al menos 5 minutos a cada familia.
- 13.-La información médica se dará a diario, tras la visita de la mañana a partir de las 14:00.
- 14.-Motive la comunicación verbal y no verbal (tacto), entre el paciente y los familiares.
- 15.-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.
- 16.-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.
- 17.-Entregue a los familiares la ropa y objetos personales del paciente.

1.4 COMPLIMENTACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA.

GRAFICA 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:

- 1.-En el margen superior se identifican:
 - A) 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.
- 2.-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.
- 3.- Hemodinámica: Paciente con catéter de termodilución Swan-Ganz, se registrará en el recuadro.
 - A) Presión arterial pulmonar sistólica (APS), presión arterial pulmonar diastólica (APD), Presión arterial pulmonar media (APM), presión capilar pulmonar (PCP), gasto cardiaco (GC).
- 4.-Parámetros de ventilación mecánica u oxigenoterapia pautados por el médico:
 - A) Modalidad de ventilación mecánica (VM), volumen corriente VC, frecuencia respiratoria FR, FIO2 concentración de O2 inspirado, PEEP presión positiva espiratoria, oxigenoterapia (VMK, gafas lxm).
 - B) Registrar cualquier cambio de parámetros y los del principio de cada turno.
- 5.-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
 - A) Tipo medicación con su dosis, vía de administración, pauta horaria (marcando con una barra diagonal a la hora que le corresponde según la pauta horaria establecida, completando el aspa al administrar la medicación)
 - B) Sueroterapia: Indicando tipo de suero, cantidad, la medicación que se le añade, si procedel y el ritmo de perfusión.
- 7.-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. A bolsa.



- 8.-Balance hídrico:
 - A) Se realizará a las 7h, en el turno de noche.
 - B) Pérdidas: Pérdidas insensibles calculadas según tabla del capítulo A 5.
 - C) Cantidad de orina (en cc): Nos fijaremos en la columna de DT (diuresis total). DP (diuresis parcial) son anotaciones según frecuencia.
 - D) Heces: Cruceteeamos una + por cada 50 ml
 - E) SNG (bolsa): Se registrará cantidad cada 24h, coloración, consistencia si procede y anotar el débito parcial c/ 6h si tuviera pautada tolerancia de NE.
 - F) Drenajes: Si tuviera más de uno, deberemos identificar cada uno de ellos y se anotará la cantidad y características de cada uno.
 - G) La suma de todo se registrará en
- 9.-SUMATORIO PÉRDIDAS.
 - A) 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.
- 10.-Balance hídrico de 24 h.:
 - SUMATORIO DE INGRESOS
 - SUMATORIO PÉRDIDAS.

1.5.-CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE U.C.I:

CARA POSTERIOR:

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. El P.A.E.

EVALUACIÓN

- Una vez aplicados los cuidados planificados, registraremos el efecto conseguido con dicha actuación, realizando el registro al menos una vez por turno.

Hoja del Evolutivo de Enfermería

- 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:

- 1.-Motivo del ingreso.
- 2.-Procedencia.
- 3.-Cuando comenzaron los síntomas actuales (si procede) Valoración e identificación de necesidades (en la hoja posterior de la gráfica).
- 4.-Grado de autonomía del paciente para cubrir sus necesidades en domicilio (independiente / dependiente para las AVD, actividades de la vida diaria).
- 5.-Valoración social en pacientes dependientes. 65 5.
- 6.-Cumplimentación de los registros de enfermería Estado emocional.
- 7.- Medicación habitual en domicilio, antecedentes personales.
- 8.-Patrón intestinal en domicilio.
- 9.-Hábitos tóxicos.
- 10.-Alergias.

CUIDADOS GENERALES:

Paciente crítico, debido a su situación de compromiso vital, requiere cuidados continuos y sistematizados, bajo un criterio de prioridad. Es importante tener en cuenta, las tareas a realizar en cada turno de trabajo (mañana, tarde y noche), así como diferenciar los cuidados a realizar en las diferentes áreas (Polivalente, Coronaria) para facilitar la estandarización de cuidados.

CUIDADOS GENERALES EN EL PACIENTE CRÍTICO:

ACTIVIDADES A REALIZAR EN TODOS LOS TURNOS:

- 1.-Se participará en el parte oral, conociendo la evolución de los pacientes asignados durante las últimas 24 horas, resaltando el último turno.
- 2.-Aplicar tratamiento médico y cuidados de enfermería según lo planificado.
- 3.-Comprobar las pautas de medicación, cuidados generales, alarmas del monitor y parámetros y alarmas del respirador
- 4.-Control y registro de constantes vitales S.O.M. y criterio de enfermería.
- 5.-Colaboración con el médico para procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se actuará en cualquier situación de urgencia en la unidad.
- 6.-Cumplimentar la gráfica horaria, plan de cuidados y evolutivo.
- 7.-Atender a demandas tanto del paciente como de la familia.
- 8.-Control de tolerancia, apetito y tipo de dieta. Movilización (cambios posturales, levantar al sillón según protocolo coronario...).
- 9.-Poner al alcance del paciente el timbre.
- 10.- Ofrecer enjuagues orales después de cada comida o realizar nosotros higiene oral.

ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL TURNO DE LA MAÑANA:

- REALIZAR HIGIENE
- CAMBIOS POSTURALES
- CUIDADOS VIA VENOSA
- CUIDADOS DE DRENAJES/ELIMINACION
- CUIDADOS DE SNG

1.5.-CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE U.C.I.:

BALANCE IDRICO:

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 ESPECIFICOS DE PACIENTE CORONARIO:

Además de los cuidados generales del paciente crítico, tendremos en cuenta:

Actividades comunes a realizar en todos los turnos

- 1.-Verificar si todos los pacientes están en pantalla completa y ajustar los límites de alarmas. 74 Guía De Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería
- 2.-Control analítico según patologías (control TTPA, CPK, Troponina T.)
- 3.-Para la implantación de marcapasos transitorio y/o cardioversiones programadas, será la supervisora la que pase a realizar las tareas de enfermería en el turno de mañana,
- 4.-Si aparece dolor precordial, seguir los cuidados de la pauta de angina.

CUIDADOS PAUTA DE ANGINA:

Informar al paciente que si presenta dolor, que nos avise con urgencia.

A) Si dolor anginoso:

Preguntar de 0 a 10 la intensidad del dolor.

- 1.-Realizar ECG estándar y comparar con los previos para valorar si hay cambios significativos.
- 2.-Colocar oxigenoterapia en gafas nasales a 2 lxm y monitorizar pulsioximetría y tomar la TA.
- 3.-Si hay cambios en el ECG y no cede el dolor avisar con urgencia al médico responsable o al de guardia y seguir con las órdenes médicas: Solinitrina sublingual o aumentar NTG E.V., bolos de morfina, realizar más electrocardiogramas.
- 4.-Guardar los electrocardiogramas e identificarlos en la historia.
- 5.-Registrar en gráfica hora de comienzo del dolor, tipo, duración y respuesta del paciente a la analgesia.

POSIBLES COMPLICACIONES DEL PACIENTE:

- Desaturación (Sat. O2150 mm de Hg ó >20% de la basal).
- Bradycardia (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 (salida de sangre al exterior incluyendo heridas quirúrgicas, drenajes y sondas).
- Parada cardiorrespiratoria.

COMPLICACIONES NO INMEDIATAS:

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.

A) Infección nosocomial.

B) U.P.P.

C) Riesgo de caída y lesión.

D) Contracturas, atrofas musculares, anquilosamientos articulares y/o pie equino. Práctica Clínica De Cuidados Críticos De Enfermería -Síndrome confusional de UCI:

E) Estado mental confusional reversible secundario a la hospitalización en UCI. Se manifiesta por ansiedad, confusión, desorientación, alucinaciones, ideas paranoides, depresión, terror. etc.