

UDS

CUADROS SINOPTICOS

ALMNO: DULCE NAVIDAD HERNANDEZ GARCIA

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

LEN10SSC0520-A

7MO CUATRIMESTRE GRUPO A

DOCENTE: LIC.ENF. JUANA INES DE LA CRUZ HERNANDEZ

UNIDAD 1 Y 2

MATERIA: PRACTICA CLINICA EN ENFERMERIA II

TEMAS: UCI

PROTOCOLO DE INGRESO EN U.C.I.

Recibir al paciente y proporcionarle los cuidados inmediatos necesarios.



ACTIVIDADES POSTERIORES.

1. Informar al enfermo sobre el funcionamiento de la unidad.
2. Disminuir la ansiedad del enfermo.
3. Informar a la familia del funcionamiento del servicio.
4. Entregar a los familiares pases, hoja informativa y objetos personales.
5. Pedir a la familia teléfonos de contacto.
6. Recoger el material que ya no es necesario dentro del box: aparato de ECG, carro de intubación, carro de paradas,...etc.
7. Procurar dejar al enfermo lo más confortable posible.
8. Comenzar con el tratamiento prescrito por el facultativo: fluidoterapia, antibioterapia, oxigenoterapia, nutrición ,etc....



ACCIONES

1. -Salir a recibir al paciente a la entrada de la unidad. (Llamar al paciente por su nombre y presentarse.)
2. Acomodarle en la habitación y explicarle donde está. Informar al paciente de los procedimientos a realizar y solicitar su colaboración
3. Monitorización continua de ECG, TA no invasiva, temperatura y pulsioximetría, registrando los datos obtenidos en la historia.
4. Administrar oxigenoterapia o colocar ventilación mecánica si precisa.
5. Verificar presencia de vías venosas y/o arteriales y canalizar vía venosa central si precisa.
6. Verificar presencia de drenajes, ostomías, heridas, sondajes e instaurar aquellos que se precisen. Controles analíticos: Ver rutina de ingreso (tema C1). ECG de 12 derivaciones. (18 si es paciente coronario) Rx de tórax
7. Ofrecerle el timbre para llamar si procede. Hacer pasar a la familia e informarle junta al paciente según protocolo (normas de la unidad, teléfonos,).
8. Valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro en la historia clínica
9. En el Monitor central se selecciona —Camall, —Admitirll, y se escribirá el nombre completo, número de historia, fecha de ingreso y pulsar —aceptarll para guardar los datos.
10. Los pacientes coronarios se introducirán en la Pantalla Completa en el monitor central de la U. Coronaria, Pulsar: - “Vista”, “Pantalla Completa”, “Admitir” seleccionar habitación y aceptar nuevo paciente.



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:
3. Revisar la toma de Oxígeno y colocar si precisa humidificador y sistema de aspiración
4. Preparar si se precisa: 1 bomba de perfusión, Respirador, Módulo y cables de presiones y sistema de diuresis horaria.
5. En caso de precisar Respirador: Montar la bolsa de reanimación completo (Ambu) con
6. (PEEP y Reservorio) y Mesa de Aspiración.
7. Llevar el carro de ECG a la habitación.
8. Encender el monitor y poner la pantalla en espera
9. Preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante.

MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN U.C.I.

El monitoreo del **paciente crítico** en la **UCI** es un control sistemático de variables fisiológicas que se miden con el objeto de detectar, reconocer y corregir tempranamente alteraciones de aparatos sistemas que podrían provocar posibles complicaciones, y puede consistir en técnicas invasivas como no invasivas.



TENSIÓN ARTERIAL NO INVASIVA

Se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización. En nuestros monitores aparece como PSN. Cuando se comienza tratamiento con drogas vaso activas, la TA se controlará cada 5 minutos como mínimo hasta la estabilización



MONITORIZACIÓN MEDIANTE TELEMETRÍA

1. La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de enfermería de U.C.I. a un paciente en una unidad de hospitalización preferentemente cardiología.
2. Indicaciones:
 1. Síncopes malignos /disfunción sinusal.
 2. Intoxicación farmacológica de drogas arritmogénicas.
 3. Bloqueo auriculoventricular completo o bradicardias graves.



MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

1. Preparación del paciente Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar.
2. Preparación de la piel: Limpie la piel y aféitela si es necesario.
3. 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.
4. 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.

MONITORIZACIÓN DE ETCO2

Objetivo:
Medir de forma continua la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre.

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

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A FAMILIARES EN U.C.I

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



FACTORES QUE GENERAN ESTRÉS EN LOS FAMILIARES

1. situación de crisis vital y de muerte inminente
2. Falta de control sobre la situación
3. Incertidumbre en los momentos de espera y sobre el futuro del paciente
4. Cambio de roles en el seno de la familia el ingreso en una unidad de críticos provoca un desajuste en su funcionamiento
5. Tecnificación del entorno
6. 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

RECOMENDACIONES AL INGRESO:



- Se procurará mantener un primer encuentro de acogida por parte de la enfermera responsable del paciente, lo antes posible. Preferentemente en el primer momento disponible, una vez que el paciente se encuentre ingresado y acomodado en el box.
- Se aportará al familiar en ese momento una guía escrita en la que se recojan los aspectos principales expresados en estas recomendaciones.
- Se procurará complementar ese encuentro inicial con la información médica para propiciar un conocimiento de la situación por parte del familiar lo más completa posible.
- Se identificará y registrará a aquel o aquellos familiares o allegados que actuarán como interlocutores principales con el equipo asistencial y/o que, en su caso, actuarán como cuidador principal
- Se recabará de los familiares cualquier información que consideren que puede contribuir a mejorar el proceso de hospitalización de su ser querido

1- 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. Trasmite 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. 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.
6. Si el estado del paciente lo permite, aconseje que le acerquen material de aseo, de distracción, reloj, prótesis dental, gafas, zapatos g) Informe sobre el horario de visitas
7. La información de enfermería se dará durante la visita, intentando dedicar al menos 5 minutos a cada familia.

CUMPLIMIENTOS DE LOS REGISTROS DE LA UCI

La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

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.

IDENTIFICATORIA

Nombre y apellidos, N° Historia, Cama, Alergias, Fecha de nacimiento y del día, Diagnóstico Médico, Teléfono particular (solo en 1º gráfica), peso, talla y edad

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 cardíaco (GC).

Modalidad de ventilación mecánica (VM), volumen corriente VC, frecuencia respiratoria FR, FiO2 concentración de O2 inspirado, PEEP presión positiva espiratoria, oxigenoterapia

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). Sueroterapia: Indicando tipo de suero, cantidad, la medicación que se le añade “si procede” y el ritmo de perfusión.

SUMATORIA DE PERDIDAS

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.

La suma de todo se registrará en

SUMATORIO INGRESOS: Balance hídrico de 24 hrs

SUMATORIO DE INGRESOS

SUMATORIO PÉRDIDAS: Es importante anotar el signo + o – según corresponda

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 NASALES

- ✚ Sonda vesical: o Lavado con agua y jabón c/ 24 horas de la zona perineal y genital.
- ✚ Lavado con suero fisiológico del exterior de la S.V. c/ 24 horas. o Fijación en cara interna del muslo. Cambio recomendado c/ 30 días.
- ✚ Sonda Nasogástrica: Cuidados de SNG, fijación y movilización para evitar úlceras iatrogénicas en mucosa c/ 24 horas; comprobar la permeabilidad. Cambio recomendado c/ 30 días. Drenajes:
- ✚ Vigilancia, cuidados de drenajes, medición y cambio o vaciado del recipiente colector y características del débito c/ turno.

CUIDADOS NASALES

- ✚ c/ 8 horas y cada vez que precise.
- ✚ Higiene ocular en pacientes inconscientes c/ 8 horas, y cada vez que precise.
- ✚ Corte e higiene de uñas Si precisa.
- ✚ Afeitados (solicitar a la familia maquinilla eléctrica si tiene).
- ✚ Peinado. Se puede invitar a la familia a participar en estos tres cuidados.
- ✚ Aplicar crema hidratante al finalizar la higiene y cuando precise.

CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE CRÍTICO

- ✚ Al paciente autónomo, se le proporcionarán los materiales necesarios para que se realice de forma autónoma la higiene. Si no se le ayudará siempre y cuando sea necesario fomentando su autonomía.
- ✚ Higiene Corporal Completa cada día
- ✚ Higiene orificios naturales en pacientes sedados: Cuidados bucales c/ 8 horas Y cada vez que precise.

CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE CRÍTICO

- ✚ 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 constantes 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