

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE REANIMACIÓN HOSPITAL GENERAL

INTRODUCCION

Unidad que depende del Servicio de Anestesia , cuyo objetivo es:

- La atención a todo paciente sometido a cualquier tipo de anestesia, para la realización de procedimiento quirúrgico o prueba diagnóstica, procurándole al paciente un tratamiento analgésico adecuado y unos cuidados precisos que permitan que tras un período de tiempo variable, según los casos, pueda pasar a su habitación en las mejores condiciones posibles.
- La atención a pacientes críticos postquirúrgicos, politraumatizados, etc.
- Atención a pacientes que requieren anestesia para la realización de procedimientos fuera de la zona de quirófano.

Está ubicada en la primera planta:

- Junto a la zona de quirófanos, se encuentra la Sala de Despertar y la Reanimación antigua (cuidados críticos)
- Entre las dos hemiplantas se encuentra la Reanimación nueva (cuidados críticos).

ESTRUCTURA

Reanimación nueva

La entrada de la unidad está frente a los ascensores entre las dos hemiplantas de encamación.

Dividida en 6 boxes, separados por mamparas, totalmente equipados para la atención del paciente crítico.

En la zona central del lateral, se ubica el control de enfermería, dotado de impresora, terminal informático y estantes para todos los impresos necesarios.

Al fondo de la unidad se encuentra una estantería donde se encuentra el material equipos necesarios para la actividad de la unidad, el dispensador de medicación, carro de paradas y un carro con material especial para la vía aérea.

Al fondo hay dos puertas:

- Cuarto sucio, con el vertedero y fregadero. Separado por una puerta corredera un WC para el personal.
- Almacenillo para sueros.

En la entrada de la unidad y a la derecha se accede al despacho médico y desde este a la sala de estar del personal.

Reanimación antigua

La entrada a la unidad está frente a los ascensores, al lado de la puerta de los quirófanos. Se accede a un pasillo en el que encontramos:

- A la derecha entrada al vestuario masculino de Quirófano, y dormitorio médico a la izquierda.
- Sala de información a familiares de pacientes intervenidos, a la derecha.
- Al frente se accede a la sala de cuidados críticos
- El pasillo continúa al izquierda, donde encontramos, dormitorio médico, aseo personal femenino de la unidad, despacho de anestesia y al fondo accedemos a la sala de Despertar.

La sala de críticos antigua cuenta con 8 boxes, seis para atender a pacientes críticos y los dos del fondo para uso de pacientes adscritos a la sala de Despertar.

Frente a la entrada se encuentra la zona utilizada como almacén

En el centro está el control de enfermería, tras él se encuentra el cuarto de sucio, despacho de supervisores, oficce (se almacenan sueros ya que no tenemos otro espacio) y estar de personal.

Al fondo se encuentra el dispensador de medicación y la puerta de acceso a la sala de Despertar.

La Sala de Despertar está equipada para atender a 8 pacientes, que se pueden aislar visualmente por cortinas.

Cuenta con una mesa que hace las veces de control, y tras ella se encuentran las estanterías de material y sueros, así como un lavabo y zona de preparación de medicación.

Tiene una puerta de acceso a quirófanos y otra al pasillo de entrada en la unidad.

En esta sala está ubicado un frigorífico para medicación.

RECURSOS HUMANOS

La plantilla de personal de enfermería la componen:

- 41 Enfermeras
- 24 auxiliares de Enfermería
- 2 supervisores: Uno de 8h. A 15h. Y uno de 11h. A 18h. De lunes a viernes.

La cobertura por turno es:

- 3 Enfermeras por turno de lunes a domingo en la reanimación nueva
- 3 enfermeras por turno de lunes a domingo en la reanimación antigua
- 1 Enfermera por turno de lunes a domingo en la Sala de Despertar
- 1 Enfermera de lunes a viernes en la Sala de Despertar de 10 a 17 horas
- 1 Enfermera de lunes a viernes en la Sala de Despertar de 11 a 18 horas
- 1 Enfermero de lunes a viernes en turno de mañana para anestesia periférica
- 2 Auxiliares por turno de lunes a domingo en la Reanimación nueva
- 2 Auxiliares por turno de lunes a domingo en la reanimación antigua.

- 1 Auxiliar en turno de mañanas de lunes a viernes en la Sala de Despertar
- 1 Auxiliar de lunes a viernes en la Sala de Despertar de 10 a 17 horas.

Celadores: 2 en el turno de mañana de lunes a viernes. En el resto de turnos el celador que debe acudir a la unidad es:

- Tardes de lunes a viernes el celador de prestigio.
- Durante el turno de noche y tardes de festivos el celador de quirófano.
- Sabados y festivos por la mañana se encarga de la Rea antigua el celador de quirófano y de la rea nueva el celador de la la planta 1ª izda.

RECURSOS MATERIALES

14 camas

13 carros para material de boxes

3 carros para material de higiene y curas.

2 carros de paradas nuevos y 1 antiguo en el despertar.

7 sillones acompañantes (utilizados para sentar a pacientes ya que no se nos han comprado especiales para pacientes críticos).

Respiradores volumétricos: 13

4 Siemens Servo i

9 Hamilton Galileo

Respiradores de transporte: 2

1 Oxilog 2000

Maquinas de ventilación no invasiva

2 Bipap Vision

Monitores multiparamétricos de cabecera: 24

16	DATEX (1 en la sala de CPR en Rayos)
3	DASH 2000
1	DASH 3000
1	DRAGUER
2	NELLCOR (cedidos)
1	DATASCOPE

Monitores multiparamétricos de transporte:2

1	Monitor Datascope
1	Monitor Datex

Pulsioxímetros: 10

NELLCOR (cedidos)

Monitores de PIC:4

CAMINO (cedidos)

Monitores Hemofiltración:3 (1 cedida)

ACUARIUS

Calentadores de sangre: 3

Bomba manta térmica:3

Monitores gasto cardiaco: 3 (cedidos)

2	PICCO
1	VIGILANCE

Equipo de ultrasonido ACUSON CYPRES cardiovascular.

Sistema de ultrasonido digital para vascular periferico y partes pequeñas.

Doppler transcraneal: 1

The Waki from atys

Colchones de aire alternante : 8

Bombas de PCA: 12 (cedidas)

Bombas de perfusión continua: 40 (cedidas)

Bombas de perfusión de jeringa: 15 (cedidas)

Bombas de compresión alternante:6 (cedidas)

Electrocardiógrafo: 1

Desfibriladores: 2

Equipo de ultrasonido ACUSON CYPRES cardiovascular: 1

Sistema de ultrasonido digital para vascular, periférico y partes pequeñas: 1

Electrocardiógrafo: 1

Fibroscopio: 1

Aparatos temperatura: 2

PLAN DE TRABAJO DE AUXILIARES

Debido a las características de los pacientes de la unidad los horarios de actividades de enfermería varían según el estado y necesidades del paciente en cada momento.

Turno de mañana:

En Reanimación

8h.- Relevo de compañeros: comentarios de las incidencias de la noche. Se debe realizar a pie de box y firmaran en el libro de incidencias el auxiliar entrante y el saliente.

8,15.-Revisión de analíticas, cada auxiliar se ocupará de las analíticas de sus enfermos, colaborando con la enfermera en la extracción , llenado de tubos, .Revisar con la enfermera las pruebas pedidas.

Se bajan las analíticas al Laboratorio

8,30h.-Colaborar en la movilización del paciente para la realización de RX.

Revisión del paciente, junto con la enfermera y pasar las visitas.

Reposición en los puntos correspondientes de batas desechables.

Reponer material en los carros de los boxes, y siempre que sea necesario.

Preparación de desayunos, se le ayudará al paciente que lo precise.

Administrar medicación oral.

9,30h.-Aseo e higiene del paciente, en colaboración con la enfermera y el celador.

Colaborar con la enfermera, en cambio de apósitos, curas, etc.

Limpieza de los boxes que lleve cada una:

- Pies de gotero, si lo hace la limpiadora se retiraran los sueros y las bombas del pie.
- Aparatos, monitor, bombas, respirador.
- Mesitas. Si lo hace la limpiadora, se retirará todo lo que haya encima.

Medición de diuresis horaria,

12h.- Medir residuos y control de temperatura (las veces que lo requiera el paciente).

Comunicación a cocina de cambios en las dietas.

Administración de medicación oral.

14 h.-Medición y cambio de bolsas de drenajes y SN; vaciado de bolsas de diuresis,

Limpieza y llenado de contenedor de agua aspiración y cambio de sistema de aspiración si precisa.

En la sala de Despertar

8h.- Bajar material a esterilización y recoger el necesario. Revisión y cambio del agua humidificadora de Oxígeno.

8,30.- .Reposición del material, sueros etc, necesario en la Sala. Revisión de todos los boxes de la sala y los dos ubicados en la sala de Reanimación.

9h.- Revisión, junto con la enfermera, del carro de paradas.

9,30.- Recoger en farmacia las perfusiones de analgesia para mantener el stock de la unidad.

14h.-Se saca bolsa de ropa sucia a la jaula.

16h.-Recoger nutriciones parenterales de farmacia.

A la llegada de pacientes a la sala:

Ayuda:

- A pasar el paciente a su cama.
- Revisar los drenajes y sondas y colocarlos sujetandolos.
- Revisar el estado de la cama.
- Anotar el paciente en la hoja de control de la unidad.

Alta del paciente de esta sala:

- Se comprueba el estado de la cama, para cambiarla si lo necesita.
- Sujetar drenajes y sondas.
- Desconectar el paciente de la monitorización
- Anotar en la hoja de control la hora de salida.

Otras actividades:

- Ayudar en la extracción de analíticas y enviar o bajarlas a laboratorio.

- Cambio de bolsas de sondas y drenajes cuando sea necesario.
- Cambiar cama siempre que sea necesario.
- Ayudar a colocación de catéteres raquídeos y su retirada.
- Preparación de material para canalización de vías centrales y bloqueos nervios periféricos.
- Mantener limpios estantes y mueble preparación de medicación.

Turno de tarde:

15.-----Coger relevo a los compañeros.

15,30.-Control de las dietas

Revisión de los carros de los boxes

Revisar el libro de control de enfermos y comprobar con admisión.

Revisar el estado de los boxes y comprobar que está limpios y dejando solo el material necesario.

16h.--- Medir residuos y temperatura.

Ayudar a hacer cambios posturales.

Cambio de sistema de nutrición enteral.

17h.---Revisión de los pacientes antes de la visita.

Reposición de batas antes y después de las visitas.

Control de diuresis horaria.

A partir de las 17h. las auxiliares de reanimación se encargaran de las actividades del despertar ya que a partir de esa hora no hay auxiliar en la sala.

18h.- Extracción de gasometrías. Ayuda a la enfermera y baja las muestras a laboratorio.

20h.- Administrar dietas orales.

21h.-

- Vaciado de bolsas de diuresis.
- Vaciado y medición de bolsas y drenajes.
- Limpieza y llenado de recipientes de aspiración

- Sacar bolsas de ropa sucia, de reanimación y sala de despertar.

Turno de noche

22h.-Coger relevo a los compañeros salientes.

22,30.-

- Reposición de carros de boxes.
- Hacer el libro de control de pacientes.

23h.- Ayudar a la enfermera en la extracción de gasometrías, bajar las muestras a laboratorio.

24h.-

- Control de temperatura
- Ayudar a hacer cambios posturales
- Administración de medicación oral o por sonda.
- Medir residuos.
- Realizar las actividades necesarias para mantener el confort del paciente.

6h.- Limpieza y llenado de recipientes de aspiración.

7h.-

- Vaciado de bolsas de diuresis
- Vaciado y medición de bolsas y drenajes
- Sacar carro de ropa sucia.

7,30h.

- Enviar peticiones de RX de tórax a rayos.
- Extracción de analíticas programadas para esa hora. Bajar muestras a laboratorio.

ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN TODOS LOS TURNOS.

Ayudar a la enfermera en la extracción de analíticas.

Enviar a laboratorio analíticas o muestras para cualquier determinación.

Recoger en Banco de Sangre cualquier hemoderivado que se necesite.

Hacer llegar a su destino peticiones a RX, Hojas interconsulta urgentes, etc.

Movilización de pacientes, junto a la enfermera y celador.(cambios posturales, sentar al paciente en sillón y acostar a paciente)

Facilitar a la enfermera el material necesario para la realización de cualquier técnica a realizar, como:

- Canalización de vía central.
- Canalización arterial Y monitorización.
- Realización de BAL, BAS.
- Realización de fibroscopia , limpieza del fibroscopio siguiendo el protocolo.
- Limpieza de sonda trasesofágica.
- TCDE, ayudar también en el cambio de bolsas y extracción de analíticas.
- Traqueotomía percutánea.
- Colocación de catéter para medir la PIC

Cuando ingresa el paciente se notifica en ADMISIÓN.

Al alta del paciente:

- Limpieza de todo el material del box.
- Limpieza de monitor y cables.
- Limpieza de respirador,(si ha sido utilizado), retirando las tubuladuras y tras su limpieza dejarlo montado.
- Dejar el box preparado para posible ingreso.

NORMAS GENERALES EN LA UNIDAD

Lunes y jueves en turno de mañana colocar sueros y nutriciones enterales, que traen de farmacia , en su estantería correspondiente.

Martes y viernes colocar todo el material que traen de almacén general.

HABRÀ UNA RESPONSABLE EN CADA ZONA Y POR CADA TURNO:

ZONA NUEVA , la persona encargada de boxes 11,12,13

ZONA ANTIGUA, la persona encargada de boxes 1,2,3 .

LA RESPONSABLE SE ENCARGARÁ

REA NUEVA:

1. Control de las necesidades de reposición de material, sueros, etc. En la zona de almacenillo. La reposición la harán entre las dos auxiliares.
2. A primera hora se llamará a la Rea antigua para comunicar las necesidades de esterilización.
3. Ten el turno de noche, el libro de registro de pacientes lo hará la responsable. (comprobando la identificación de pacientes a pie de cama)

REA ANTIGUA:

1. Sábados, domingos y festivos se encargará de la petición de esterilización para las dos unidades.
2. El libro de registro de pacientes lo hará la responsable.

LIMPIEZA DE LA UNIDAD

REANIMACION NUEVA

1. Mantener limpio y colocado el vertedero por turno
2. Limpieza de las estanterías de sueros, almacén (viernes mañana).
3. Limpieza de estantes y muebles bajos de entrada y Box 11 lunes tarde.
4. Mantener colocados y limpios los muebles de preparación de medicación, mesa de control, estantes de papelería y lavabo control en todos los turnos.
5. Limpieza y colocación de material en la zona de almacenillo (estanterías y ventanas), miercoles tarde.

REANIMACION ANTIGUA

1. Revisar y colocar las estanterías de preparación de medicación en todos los turnos la auxiliar del Box 4,5,6. en todos los turnos
2. Colocación de la estantería de Farmacia será competencia de la auxiliar responsables de los Box 4,5,6, en turno de mañana.
3. Limpieza y colocación de material de la zona sucia por la auxiliar responsable de Box 1,2,3.
4. Limpieza de esantería Box 1 por la tarde los lunes.
5. Limpieza del almacén por la tarde los jueves, entre las dos auxiliares.

PROCOLOS DE INGRESO EN REANIMACIÓN

A) POSTQUIRÚRGICOS PROGRAMADOS:

Estos pacientes para poder ser intervenidos han de tener reserva de cama en la Unidad para control de su postoperatorio. Si no es posible dicha reserva se suspende su intervención.

- Información por parte de anestesista de si el paciente precisa conexión o no a respirador.
- Chequeo de respirador.
- Comprobación de fuente de oxígeno.
- Comprobación de fuente de aspiración.
- Comprobar que el box tiene todo el material necesario y en perfecto funcionamiento: Monitor Multiparamétrico, Jackson-Reeds, Ambú,...
- Traslado a cama de Unidad.
- Recibir información de incidencias intraoperatorias por parte de personal de quirófano.
- Conexión a respirador o a fuente de oxígeno que precise.
- Monitorización de paciente: ECG; Pulsioxímetro; PANI ó PA Invasiva.
- Visionar y controlar vías periféricas y/o centrales con perfusiones.
- Visionar y colocar correctamente:
 - SONDAS (Vesical-Nasogástrica-Frekka).

- DRENAJES (Redones-Penrosse-Pleur Evac-Colostomía-Ileostomía-T. de Kherr...y especial cuidado con drenajes ventriculares-altura adecuada-).
- Sacar analítica completa (hemograma-coagulación-bioquímica-gasometría).
- Cursar radiografía de tórax (generalmente para control de vía central y comprobar su correcto posicionamiento).
- Abrigar al paciente (si es necesario con manta eléctrica).
- Colocación de medias neumáticas si precisa.
- Apertura de gráfica de constantes y monitorización.
- Pautar e iniciar tratamiento.
- Avisar a familiares para que vean al paciente.
- Informar a familiares de horarios de visita e información médica, así como situación de sala de espera.
- Anotación en gráfica de teléfonos de familiares.
- Comunicar el ingreso a admisión y solicitar pegatinas.

B) PUERTA DE URGENCIAS:

Para el desarrollo del protocolo pensaremos en un paciente poli traumatizado como paciente tipo:

- Todo paciente procedente de puerta de urgencias tendrá tratamiento de lesionado medular, hasta la comprobación y descarte de dicha lesión mediante información radiológica y médica.

- Inmovilización cervical.
- Asegurar permeabilidad de vía aérea.
- Instaurar o mantener ventilación correcta.
- Colocación de collarín cervical (si se sospecha lesión).
- Elevación de mandíbula (no hiper-extensión de cuello).
- Limpieza manual de boca (retirada de cuerpos extraños).
- Aspiración de secreciones.
- Colocación cánula de Guedel.
- Control de pupilas: tamaño y reactividad.
- Realizar Test de GLASGOW:
 - * Apertura de ojos.
 - * Respuesta Verbal.
 - * Respuesta Motora.
- Monitorización: FC-PA-PULSIOXIMETRIA.
- Preparación de intubación; si precisa:
 - Laringoscopio y pala adecuada.
 - TET de nº adecuado + fiador + lubricante.
 - Jeringa de 10 cc. (comprobación previa de neumo de TET).
 - Fuente de oxígeno.
 - Fuente de aspiración (yankauer).
 - Ambú o Jackson-Reeds con mascarilla de nº adecuado.
 - Cinta para sujeción de TET.

- Medicación que se precise.
- Búsqueda de focos sangrantes.
- Si Neumotórax; preparación de punción torácica y equipo de drenaje.
- Preparación para lavado peritoneal; si precisa.
- Cursar analítica completa.
- Preparación y colocación de vía central.
- Preparación y colocación de catéter arterial y equipo de presión invasiva.
- Se prepara equipo de transfusión sanguínea; si precisa.
- RCP –si precisa-.
- Preparación para intervención quirúrgica; si precisa.
- Colocación de S. Vesical.
- Colocación de SNG; si precisa.
- Si fracturas, inmovilización.
- Toma de temperatura (posible hipotermia).
- Apertura de gráficas: constantes y enfermería.
- Pautar e iniciar tratamiento-
- Pruebas diagnósticas que se precisen: TAC- ECOGRAFÍAS-RX-OTRAS PRUEBAS ANALÍTICAS.
- Anotación de otros datos que resten:
 - Causas de accidente.
 - Alergias.
 - Enfermedades y lesiones previas.
 - Medicación que tome.

- Localización de familia.
- Teléfonos de familiares.
- Nueva valoración: vía aérea-circulatorio-neurológico.
- Comunicar ingreso a admisión y solicitar pegatinas.

C) INTRAHOSPITALARIOS:

En este grupo entran todo tipo de pacientes; desde postquirúrgicos complicados hasta patologías médicas de todo tipo que han sufrido un agravamiento; así como pacientes con crisis cardíacas, cuando la Unidad Coronaria está al completo. Por ello, el protocolo de ingreso que seguiremos con estos pacientes va en función de la agudización de su proceso; pero con la base de los anteriores (postquirúrgicos - puerta de urgencias).

D) SALA DE DESPERTAR (URPA):

Sala destinada a proveer de cuidados postanestésicos inmediatos a pacientes que han sido sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos bajo cualquier tipo de anestesia, hasta alcanzar unos criterios de alta predefinidos. El protocolo de ingreso es:

- El paciente accede a la sala acompañado por anestesista correspondiente, enfermero y celador de quirófano.
- Entregarán al personal de la sala la historia clínica junto con la hoja de anestesia.

- Anestesista y enfermero de quirófano informan verbalmente de la intervención quirúrgica, vías intravenosas, drenajes y cuántos datos referidos al paciente estimen oportunos.
- Permanecerán con el paciente hasta que el personal de Despertar se haga cargo de él.
- Se procederá al paso a la cama (deberá estar limpia y preparada para la recepción del paciente).
- El paso de la camilla a la cama se efectuará con el máximo cuidado, vigilando v.i., drenajes, sondas, etc.
- El anestesista rellenará la hoja de ingreso en despertar, con las indicaciones a seguir mientras permanezca en la sala (sueros, analgesia, oxigenoterapia, cuidados específicos, analíticas, otros fármacos, etc.
- El anestesista informará de cualquier patología asociada o cualquier problema surgido durante la intervención de importancia en el tratamiento del paciente.
- Una vez en la cama se colocará en un box y se procederá a:
 - Administración de oxígeno (MV ó GN).
 - Monitorización ECG.
 - Pulsioximetría.
 - Tensión arterial.
- Colocaremos al paciente en posición de semi-fowler.
- Mientras tanto monitorizamos hacemos una valoración del estado clínico del paciente observando:
 - Nivel de conciencia.
 - Patrón respiratorio:

- . Coloración, ausencia de cianosis o livideces.
 - . Movimiento normal del tórax y abdomen.
 - . Ausencia de estridores o sibilancias.
 - . Regularidad.
 - . Frecuencia; 10-25 resp. / min.
 - . Ausencia de alteo nasal o tiraje.
- Procederemos a anotar en la hoja de ingreso de Despertar:
 - Constantes. TA; FC; FR; Sat. O₂;...
 - Estado de conciencia.
 - Tipo de anestesia.
 - Intervención realizada.
 - Fluidoterapia que se está infundiendo.
 - Hora de entrada en la sala.
 - Drenajes; sondas; que porte el paciente.
 - Analíticas extraídas.
 - Medicación administrada.
 - Mantendremos una estrecha vigilancia con tomas de constantes c / 5 min. Y si hay estabilidad hemodinámica se ampliará a c / 15 min. Y posteriormente a 30 / min., hasta el alta.
 - Se estimulará periódicamente al paciente para comprobar el nivel de conciencia.
 - Se le invitará a que realice respiraciones profundas y a que tosa (aquí aprovecharemos para enseñarle a hacerlo sujetando la herida y disminuir el dolor).

- Aplicaremos las medidas de calentamiento necesarias.
- Trataremos adecuadamente el dolor: analgesia intravenosa; catéter epidural; o bien con bloqueos o plexos.
- A los pacientes portadores de PCA se les iniciará en su manejo.
- Estaremos siempre alerta para detectar las posibles complicaciones que puedan surgir, actuando rápida y eficazmente; sobre todo en hipotensión y depresión respiratoria que son las más importantes por su gravedad y frecuencia.
- Cuando el paciente cumpla ciertos criterios será dado de alta por el anesthesiólogo mediante su firma en la hoja de ingreso en despertar. Dichos criterios son:
 - Despertar fácil con estímulos verbales.
 - Buen control de la vía aérea y de los reflejos nauseosos y tusígeno.
 - Buena oxigenación tisular sin necesidad de oxígeno suplementario.
 - Estabilidad hemodinámica sin drogas vasoactivas.
 - Ausencia de sangrado por los drenajes o por la herida quirúrgica.
 - Buena orientación temporo-espacial.
 - Aceptable diuresis (se exige a determinados pacientes).
 - Control del dolor.
 - Ausencia de náuseas y vómitos.
- Una vez firmada el alta se avisará al celador correspondiente para proceder a su traslado a planta de encamación.

- Antes de su salida verificaremos que:
 - La cama está limpia.
 - Se cumplen todos los criterios de alta.
 - Las vías venosas se encuentran en correctas condiciones.
 - Los drenajes y sondas están bien sujetos y son permeables.
 - La historia clínica está con toda su documentación.
- Comprobaremos que se notifica a los familiares la salida del paciente.
- Registraremos la hora de salida en el libro de registro.

PLAN DE TRABAJO DE ENFERMER@S

El trabajo diario que realizan las enfermeras en la unidad sigue una secuencia que está determinada muchas veces por el estado de los pacientes; aunque hay un plan de trabajo que se intenta cumplir en todos los turnos:

A) MAÑANAS:

- 8 - 9 h.
 - Recoger relevo al compañero del turno de noche, con información detallada por parte de éste de todo lo ocurrido al paciente durante el turno; así como evolución y tratamiento.
 - Extracción de analíticas.
 - Repaso de tratamiento y ver coincidencia de perfusiones que están pasando al paciente con lo pautado en gráfica.
 - Comprobación y anotación de presión neumo de TET.
 - Preparar las perfusiones que estén próximas a agotarse.
 - Colaborar con TER en la realización de RX.
 - Finalizados los RX se coloca y se acondiciona al paciente para recibir la visita de la familia.
- 9 - 10 h.

- Toma de constantes horarias que corresponda.
- Administración de medicación (según tratamiento).
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Vigilancia de paciente mientras permanecen familiares.
- Finalizada visita se recibe información por parte de supervisores de las altas de pacientes a planta y cama asignada.

- 10 - 11 h.

- Toma de constantes horarias.
- Administración de medicación.
- Se inicia aseo y cura de pacientes; comenzando habitualmente por los que serán dados de alta y con colaboración de A.E. y celador.
- Si alguno de los pacientes es postquirúrgico, y por tanto se le aplica el protocolo de alta rápida a planta se pasa visita con médico en primer lugar.

- 11 - 12 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Se terminan de preparar los pacientes postquirúrgicos y esta incluye:
 - . Retirar las perfusiones que se estén administrando en reanimación y pautar las de planta.
 - . Rellenar hoja de enfermería (traslado a planta).
 - . Preparación de toda la documentación en la carpeta de planta.

- . Colocación de pulsera de identificación.
- . Avisar al celador de planta para que baje el mueble de cama.
- . Traslado de cama de reanimación a cama de planta.
- . Colocación de vías, drenajes y sondas en cama.
- . Aviso a familiares.
- . Acompañar al paciente a planta.
- . Informar a enfermera responsable del paciente en planta del diagnóstico, evolución y tratamiento del mismo.

- 12 - 13 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Administración de aerosoles.
- Si el otro paciente que está a nuestro cargo es postquirúrgico se procede del mismo modo.
- Si el paciente no es postquirúrgico, ni alta a planta le asearemos, curaremos y proporcionaremos unos cuidados integrales.
- Pasaremos visita (running) con médico correspondiente.
- En nuestras hojas de la ronda anotaremos el plan a seguir con ese paciente.
- Una vez terminada la ronda pasaremos el tratamiento a la gráfica.
- Si a nuestro paciente le corresponde BAL (C/ 48 H, POR PROTOCOLO), aprovechando el aseo y las curas procederemos a su realización.

- Si el paciente está recibiendo N. Enteral se le medirán residuos y se le harán lavados por SNG.
- Cambio postural –s/pauta.

- 13 - 14 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Si precisa, probable traslado a RX (generalmente realización de TAC); lo cual conlleva preparación de paciente y material para traslado.
- Preparación del paciente y participación en posibles pruebas/técnicas que se realicen al paciente: fibroscopia-traqueostomía-canalización de v. central-..... .

- 14 - 15 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Medida de drenajes y anotación en gráfica.
- Efectuar los cambios que correspondan según el tratamiento respecto a perfusiones continuas, sueroterapia, etc,....
- Si tenemos que recibir algún paciente comprobaremos el correcto estado del box; así como el correcto funcionamiento del respirador (chequeo incluido), monitor multiparamétrico; además de fuentes de aspiración y oxigenoterapia. Fundamental en este caso aviso por parte de

anestesiista de si precisa o no conexión a respirador y posible inestabilidad hemodinámica.

- Escribiremos comentarios en gráfica.
- Toma de constantes de 1ª hora del turno siguiente y administración de la medicación que pudiese estar pautada en dicha hora.

B) TARDES:

- 15 - 16 h.

- Releva al compañero del turno de mañana, quién nos contará todas las incidencias de la mañana y lo que queda por hacer; además de cualquier reseña importante que pudiera acontecer.
- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Comprobación y anotación de presión neumo de TET.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Repaso del tratamiento prescrito, coincidencia de perfusiones que se estén administrando con lo reflejado en la gráfica.
- Visualización del respirador (si correspondiera) y ver si coinciden los parámetros con los reflejados en la gráfica.
- Preparación de p.c. que se agotarán y que precisen de un cambio rápido por inestabilidad del paciente.

- 16 - 17 h.

- Toma de constantes.
 - Administración de medicación.
 - Se observa confortabilidad del paciente.
 - Cambio de NPT (si está pautada), incluyendo cambio de sistema.
 - Preparación y acondicionamiento del paciente para la visita.
 - Cambio postural –s/pauta-.
- 17 - 18 h.
- Toma de constantes.
 - Administración de medicación.
 - Se observa confortabilidad del paciente y se acondiciona para la visita de familiares.
 - Control de pacientes mientras dura la visita.
 - Seguir las normas establecidas para las visitas.
- 18 - 19 h.
- Toma de constantes.
 - Administración de medicación.
 - Se observa confortabilidad del paciente.
 - Si el paciente está con N. Enteral, medida de residuos y lavados.
 - Extracción de analíticas (generalmente gases+iones).
 - Administración de aerosoles.

- 19 - 20 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Reposición de iones (generalmente Cl K y según protocolo de la Unidad).
- Modificación de parámetros respiratorios que se cambien tras resultados de analítica.

- 20 - 21 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Cambio postural –s/pauta-.

- 21 - 22 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Medida de drenajes y sondas.
- Suma de balance en el turno, si corresponde.
- Escribiremos comentarios en gráfica.
- Se toman constantes de 1ª hora del turno siguiente y se administra la medicación que pudiese llevar pautada en esa hora.

C) NOCHES:

- 22 - 23 h.

- Recibir relevo de compañero de tarde.
- Comprobación de perfusiones y coincidencia con lo reflejado en gráfica.
- Repaso de tratamiento.
- Comprobación y anotación de presión neumo de TET.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Comprobación de parámetros de respirador y coincidencia con los reflejados en gráfica.
- Se comienza a rellenar la gráfica del día siguiente.

- 23 - 24 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Extracción de analítica pautada (gases+iones).
- Se pasa con facultativo la running nocturna.
- Preparación de medicaciones en perfusión continua que veamos se van a agotar y que supongan inestabilidad hemodinámica para el paciente el retrasar su cambio.

- Preparación de medicación para siguiente hora; además de sacar la medicación que vamos a precisar durante el turno, por si hubiese que demandar algo al servicio de farmacia.

- 0 - 1 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Administración de aerosoles.
- Reposición de iones s/protocolo y resultado de analítica extraída en la hora anterior.
- Medida de residuos en pacientes que estén recibiendo N. Enteral y lavado de sonda.
- Anotación de dicha medición y si corresponde buena tolerancia y aumento del ritmo de infusión, se realiza y se anota en gráfica.
- Cambio postural, s/pauta.
- Apagamos luces para descanso de pacientes que no estén dormidos con sedación.

- 1 - 2 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Se terminan de rellenar las gráficas del día siguiente.

- Cuidaremos de hacer ruidos que interrumpen el descanso de los pacientes.

- 2 - 3 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Cuidado con ruidos.

- 3 - 4 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Se prepara medicación de turno siguiente.
- Cuidado con ruidos.

- 4 - 5 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Se realizan cambios posturales pautados.
- Cuidado con ruidos.

- 5 – 6 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Cuidado con ruidos.

- 6 – 7 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Se observa confortabilidad del paciente.
- Se miden residuos a pacientes que estén recibiendo N. Enteral; además de lavado de sonda.
- Administración de aerosoles.

- 7 – 8 h.

- Toma de constantes.
- Administración de medicación.
- Si es un paciente postquirúrgico se le saca analítica de urgencias en previsión de posible alta.
- Se observa confortabilidad del paciente y se deja arreglado para el cambio de turno.
- Se miden drenajes y sondas.

- Se realiza el balance.
- Se prepara medicación para horario siguiente.
- Se escriben comentarios en gráfica.

Toda esta cronología es la que se suele seguir con nuestro trabajo diariamente y en los 3 turnos; ahora bien todo esto se complementa con las actividades de enfermería que pasaremos a detallar y que van a ir en función del estado de los pacientes y su gravedad, que es quién realmente nos marca nuestro trabajo y nuestras prioridades.

Estas necesidades las detallaremos según los siguientes patrones:

1.- RESPIRATORIO.

- Colocación del paciente en la posición más cómoda para optimizar la ventilación.
- Administrar en cada momento la concentración de O₂ que corresponda y con el mecanismo necesario.
- Colocación de G. N. (l. de O₂ adecuados).
- “ “ M. V. (% de concentración de O₂ adecuada).
- “ “ Mascarilla reservorio + concentración adecuada.
- Colocación de O₂ en T.
- Colocación de M. V. de traqueostomía.
- Comprobación de neumo en paciente con TET.
- Comprobar correcta colocación de TET.
- Comprobación de neumo en paciente con traqueostomía.
- Administrar fisioterapia torácica, si procede.
- Determinar segmentos pulmonares ha drenar.
- Utilización de percusión o vibración.
- Auscultación de vía aérea, previa a la aspiración y posterior.
- Si está consciente informarle de ello.
- Aspiración aséptica de la vía aérea, si es necesario.
- Utilizaremos sondas desechables estériles.

- Seleccionar la sonda que sea la mitad del diámetro interior del TET.
- Proporcionar sedación, si procede.
- Oxigenar (aumento de Fi O2 unos minutos previos).
- Control de las secreciones: cantidad, color, consistencia, olor,...
- Observar si el paciente tolera bien las aspiraciones por medio de la Saturación de O2.
- Administración de aerosoles con mascarilla.
- Administrar aerosoles con respirador.
- Administrar aerosoles mediante spray por swivel.
- Efectuar lavados con S. F. por TET para favorecer la permeabilidad de la vía aérea.
- Utilización de humidificadores en respirador.
- Administrar sedación farmacológica que se requiera para adaptación del paciente.
- Disminuir sedación para inicio de destete respiratorio.
- Alternar periodos de destete con periodos de sueño y descanso.
- No retrasar el retorno a la ventilación mecánica de pacientes con musculatura respiratoria fatigada.
- Iniciar ensayos de destete cuando el paciente esté bien descansado; así se fomentará el uso de su energía de la mejor manera posible.
- Obtención de gasometrías arteriales que se soliciten en función del destete.
- Obtención de cuantas muestras se soliciten para análisis en laboratorio.
- Reducir el consumo de O2 proporcionando comodidad y reduciendo la fiebre.
- Control de tubuladuras de respirador en pacientes sometidos a ventilación mecánica tanto invasiva como no invasiva.
- Iniciar preparación de respiradores comprobando conexiones a gases y eléctrica.
- Efectuar chequeo rutinario del respirador.
- Tras chequeo, si es correcto, se terminan de montar toda la tubuladura y se cubre con entremetida.
- Si es preciso o se prevé su utilización se montará el respirador con humidificador.

- Al utilizarlos vaciar el agua condensada en las tubuladuras.
- Cambiar el filtro cada 24 h. ó cuando se precise.
- Cuando suene una alarma, ver cuál es el motivo de ella, no apagarla simplemente.
- En pacientes con ventilación mecánica no invasiva colocarlos en posición de Fowler.
- Explicarle lo que se le va a hacer.
- También colocar SNG.
- Cubrir parte superior de nariz con apósito hidrocoloide específico.
- Elegir interface adecuada.
- Colocación correcta de interface a paciente.
- Limpieza de boca por turno.
- Tranquilizarle si se agobia.
- Sujetarle con muñequeras, si es necesario.
- Anotación de parámetros en gráfica.
- Colaborar en fibrobroncoscopia.
- Preparación de material de ventilación: Ambú, Jackson-Reeds con mascarilla específica y de tamaño adecuado.
- Tener controlado el carro de paradas, por posible intubación.
- Comprobar que fibro y fuente de luz funcionan correctamente.
- Preparar jeringas con S.F. para lavados a través de fibro.
- Preparar contenedor/es para recogida de muestras.
- Preparar sedación, si precisa.
- Administrar anestésico en spray.
- Si el paciente está intubado, colocar swivel apropiado.
- Sedación/relajación.
- Aumentar Fi O2 del respirador.
- En general, colaborar con facultativo que la realiza.
 - En pacientes portadores de drenajes torácicos, control de cantidad y de líquido drenado.
 - Colocar al paciente en posición cómoda.
 - Administrar analgésia.
 - Cura estéril del drenaje, observando posibles síntomas de infección en zona de inserción.

- Colocación del apósito específico para tubos de tórax.
- Si el paciente ha drenado gran cantidad de líquido, explicarle el motivo de las molestias que nota originadas por la punta del tubo.
- Vigilar la permeabilidad del tubo.
- Avisar siempre que se observe alguna anormalidad.
- Anotar por turno la cantidad de líquido drenado y reflejarlo en la gráfica.
- Extubación de pacientes que respiren por sí solos.
- Prepararemos mascarilla de M.V. que le pensemos colocar y su concentración de O2 adecuada.
- Previamente le explicaremos al paciente lo que vamos a hacer y solicitaremos su colaboración.
- Aspiraremos las secreciones bucales.
- Aspiraremos asépticamente por TET.
- Cortaremos cinta de TET.
- Utilizando jeringa de 10 cc quitaremos aire neumo de TET y procederemos a quitar TET al paciente.
- Le pediremos que efectúe respiraciones profundas; si es necesario que tosa y si es preciso le ayudaremos a retirar las posibles secreciones que tuviese en boca.
- Acto seguido colocaremos mascarilla de MV previamente preparada.
- Controlaremos dinámica respiratoria.
- Controlaremos Sat. O2.
- También procederemos al cambio de cánulas de traqueostomía en los pacientes que lo precisen, bien por una del mismo modelo y nº que la que porte ó bien pasaremos a colocarle una de plata.
- Previamente a la colocación de la cánula de plata deshincharemos el neumo de la cánula portex para que el paciente vaya controlando las secreciones.

2.- NEUROLÓGICO

- Vigilar el nivel de conciencia.
- Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, humor, efectos y conductas.
- Utilizar la Escala de Glasgow.
- Si no hay contraindicación cama elevada 30-45 grados y cabeza alineada.

- En caso contrario cama recta y antitren-delemburg.
 - Movilización en bloque.
 - Alineación corporal correcta.
 - Si precisa monitorización de PIC, ayudar en la inserción del catéter.
 - Ayudar a calibrar el transductor.
 - Registrar las lecturas de PIC.
 - Vigilar y anotar la PPC.
 - Observar y anotar signos y síntomas neurológicos.
 - Observar si existe infección en la zona de inserción.
 - Minimizar los estímulos ambientales.
 - Espaciar los cuidados para minimizar la elevación de la PIC.
 - Administrar tratamiento médico para mantener PIC.
 - Notificar la mala respuesta del tratamiento a la elevación de la PIC.
 - Comprobaremos las pupilas, teniendo en cuenta el tamaño, simetría y reactividad.
 - Comprobaremos el reflejo tusígeno y el de náuseas.
 - Observaremos la existencia de mioclonias.
 - Para mejora de la PPC se inducirá la hipertensión con volumen o con drogas vasoactivas, según prescripción.
 - Intentaremos mantener los parámetros hemodinámicos dentro de los márgenes prescritos.
 - Si el paciente es portador de algún drenaje, colocarlo y vigilar que esté a la altura recomendada por médico responsable.
 - Si es preciso movilizar o cambiar de posición al paciente cerrar al drenaje mientras dure el procedimiento, posteriormente volver a abrirlo.
 - Medirlo siempre la enfermera/o responsable del paciente.
 - Anotación en grafica de cantidad y aspecto del líquido.
 - Las aspiraciones serán rápidas e irán precedidas de sedación y oxigenación.
- Observaremos si aumenta la PIC.
- Control de diuresis.
 - Control de líquidos administrados.
 - Observar posible aparición de edemas.
 - Observar signos de enclavamiento.
 - Si estos aparecen avisar urgentemente al facultativo.

- Probable intento de estabilización y posterior preparación para TAC.
- Preparación para salida del paciente de la unidad, lo que implica transporte fuera de la unidad con la misma monitorización y administración de medicación, para lo cual hay que preparar todo el material necesario para ello.
 - Además requeriremos colaboración de A.E. y celador, junto con la imprescindible presencia del facultativo durante todo el tiempo que dure el desplazamiento.
 - Vigilar la T^a, aplicando tratamiento antipirético si está prescrito.
 - Se puede efectuar monitorización de la temperatura central.
 - Observaremos signos de hipotermia e hipertermia.
 - Observaremos el color y la temperatura de la piel.
 - Calentaremos con manta eléctrica, si es preciso.
 - Mantendremos una ingesta adecuada de líquidos.
 - Se comenzará cuanto antes la alimentación enteral del paciente.
 - Se colocarán barandillas y sujeciones en pies y manos, si es necesario.
 - Apoyo familiar en la recuperación neurológica.

3.- **ABDOMEN.**

- Cumplir dieta según tratamiento prescrito.
 - Cuando el paciente inicie tolerancia generalmente empezaremos con líquidos.
 - Determinaremos la capacidad del paciente para realizar las tareas de ingesta.
 - Colocaremos al paciente en posición adecuada, generalmente en posición de Fowler, si no hay contraindicación.
 - Si es posible y tolera que coma en sillón.
 - Avisaremos siempre a la familia para que le acompañe y ayude en las comidas.
 - Si no hubiese familia será el personal de enfermería responsable quién le ayude en tal menester.
 - Anotaremos en la gráfica la cantidad y la tolerancia.
 - Controlaremos cualquier signo de fatiga.
 - Si la tolerancia es buena lo comentaremos al facultativo responsable.

- Pasaremos sucesivamente a purés, blanda, semiblanda y norma, siempre bajo prescripción facultativa.

- Si el paciente precisará N. Enteral se le colocaría sonda de alimentación Nasogástrica u oro-gástrica, según se precise.

- Procederemos a preparar material, con ayuda de A.E.

- Colocaremos SNG // OROGASTRICA según protocolo.

- Si suponemos que va ser para mucho tiempo colocaremos una sonda Frekka.

- Comprobaremos con fonendoscopio la correcta colocación.

- Visualizaremos el contenido de la bolsa de recogida.

- En caso de duda control radiológico.

- Tras comprobar correcta colocación iniciaremos la N. enteral según protocolo de la unidad.

- Dicho protocolo supone:

* Perfusión inicial.

* Ritmo de aumento según tolerancia.

* Medida de residuos.

* Lavados de sonda a realizar.

* Objetivo de ritmo de perfusión a conseguir.

* Pasos a seguir si hay residuos.

- Movilización diaria de la sonda y cambio de fijaciones nasales.

- Cuando existe imposibilidad de colocación o mucha cantidad de residuos se cursa interconsulta a Digestivo para colocación de una sonda de doble luz: gástrica e intestinal.

- Colaboraremos con dicho facultativo en la colocación de la sonda.

- Aplicaremos el protocolo de manejo para la sonda de doble luz.

- Otros pacientes son portadores de gastrostomías, efectuaremos cuidados diarios, además de protocolo de lavados para evitar obstrucción.

- También tenemos pacientes que son nutridos mediante N. Parenteral, la cual es prescrita diariamente por el Nutriólogo.

- Para la administración de la NPT es preciso que el paciente tenga canalizada una vía central, colaboraremos con médico en la inserción.

- Cuidados diarios de la V. Central según protocolo.

- El cambio de la NPT será diario y a las 16 h. tras ser recogida en el servicio de farmacia por la A. E. encargada del paciente.
- Las NPT se guardarán en frigorífico hasta su administración.
- Control de glucemia.
- Aplicación de insulina, según protocolo de la Unidad.
- Cambiar diariamente el sistema de p. c. de insulina a las 16 h.
- Si hipoglucemia, administración de glucosa.
- Respecto a las deposiciones anotaremos fecha y hora de ellas.
- Controlaremos los movimientos intestinales.
- Informaremos cuando aumente la frecuencia de las deposiciones.
- Aplicaremos enemas si se precisa.
- Anotaremos la consistencia de las heces.
- Si hubiera diarrea informaremos de ello.
- Análisis de heces, buscando el “clostridium difficile”.
- Cambiaríamos dieta.
- Si las deposiciones diarreicas fuesen frecuentes y muy líquidas colocaremos el dispositivo de recogida de heces.
- Si por el contrario hubiese estreñimiento, aparte de aplicar enemas de limpieza, valoraríamos la formación de fecalomas.
- Extracción manual de los mismos.
- Observaremos el estado de la piel, si está seca, descamada, con despigmentación.
- Comprobaremos los pliegues cutáneos.
- Observaremos las encías, si sangran o no.
- Controlaremos también el estado de las mucosas.

4.- CARDIOVASCULAR.

- Monitorización electrocardiográfica continua.
- Vigilar taquicardias.
- Vigilar bradicardias.
- Vigilar arritmias.
- Avisar a facultativo, siempre que veamos alguna anomalía ECG.
- Administración de medicación para corregir anomalías.

- Si ocurre PCR colaboraremos asumiendo nuestra función según el protocolo.
- Tendremos controlado y preparado carro de paradas y desfibrilador.
- Monitorizaremos la PANI.
- Monitorizaremos la PAI.
- Prepararemos material para canalizar catéter arterial.
- Prepararemos suero fisiológico con heparina (1000 ui / L).
- Procederemos a purgar el sistema.
- Realizaremos TEST DE ALLEN.
- Crearemos campo y procederemos nosotros a la canalización.
- Colaboraremos con facultativo en canalización.
- Procederemos a la correcta fijación del catéter.
- Colocaremos los apósitos de modo adecuado.
- Procederemos a realizar el cero en el monitor.
- Observaremos la presencia de una curva de PAI correcta.
- Anotaremos en gráfica la fecha y la arteria canalizada.
- En caso de precisar catéter de Swanz-Ganz, colaboraremos en su colocación que efectuará el facultativo correspondiente.
- Prepararemos monitor, cuidando que tenga todas las conexiones necesarias.
- Prepararemos solución de S.F. + heparina (1 ui / ml).
- Purgaremos la línea.
- Prepararemos catéter e introductor, ambos del nº adecuado.
- Crearemos campo estéril.
- Colaboraremos con el facultativo en la inserción.
- Una vez colocado efectuaremos una correcta fijación y colocación de apósitos.
- Cursaremos Rx de tórax, para su control.
- Conectaremos las diversas conexiones y comprobaremos que su configuración es correcta en el monitor.
- Colaboraremos con el facultativo en la realización del gasto cardiaco.
- Efectuaremos y pautaremos en la gráfica con su anotación correspondiente las mediciones que efectuemos de la PCP.
- Anotaremos en gráfica fecha y zona de inserción.

- Colaboraremos también en la colocación del monitor de medida de gasto cardiaco, conocido como PICCO.
- Comprobaremos el monitor y sus conexiones correspondientes.
- Prepararemos el material correspondiente para su canalización.
- Crearemos campo estéril en zona de inserción.
- Colaboraremos con facultativo en su inserción.
- Una vez insertado y fijado procederemos a unir cables de monitor con las conexiones del catéter.
- Configuraremos el monitor.
- Procederemos junto con el facultativo a realizar un gasto cardiaco con suero fisiológico frío, necesario para la puesta en marcha del monitor y su correcto funcionamiento.
- Anotaremos en la gráfica la fecha y zona de inserción.
- Utilizaremos el monitor para medir continuamente la PAI y el GC.
- Administrar la medicación prescrita.
- Ello lleva a pautar e iniciar los diferentes tratamientos.
- Si el paciente está inestable, será necesaria la administración mediante p.c. de drogas vasoactivas.
- Llevaremos un control exhaustivo de ellas y su manejo nos llevará a conseguir una mejor estabilidad del paciente.
- Utilizaremos una luz de la vía central para su administración.
- Nunca se mezclarán con otras medicaciones.
- Evitaremos dar bolos con ellas.
- El aumento o disminución de su ritmo de perfusión dependerá de la estabilidad del paciente y del objetivo de TAM que se persiga; el cual será marcado por el médico responsable y reflejado en la orden de tratamiento.
- Las reposiciones de las perfusiones de drogas vasoactivas deben estar preparadas en previsión de inestabilidad si se tarda mucho en cambiar la perfusión que se hubiese acabado.
- Anotación en gráfica de todas ellas y su ritmo.
- Observaremos la perfusión tisular del paciente.
- Procederemos a la palpación de pulsos.
- Colocaremos medias de estimulación antitrombótica automáticas.

5.- UROLOGICO.

- Control y anotación de diuresis espontánea.
- Preparación de material para colocación de sonda vesical.
- Informar al paciente, si está consciente, de la técnica a realizar.
- Lavado previo de genitales.
- Preparación del campo y realizar la técnica según protocolo.
- Conexión a circuito cerrado (urinómetro).
- Limpieza y cuidados diarios de la sonda, según protocolo.
- Si es portador de una talla vesical, cuidados diarios.
- Igualmente si porta una ureterostomía.
- Observar la permeabilidad.
- Si aparece una obstrucción (generalmente por coágulos) realizar lavados con suero fisiológico estéril para eliminar la obstrucción.
 - Observar las características de la orina.
 - Anotación horaria en gráfica.
 - Si el paciente está oligúrico comunicarlo al médico responsable.
 - Medición de PVC.
 - Administración de sobrecargas, si es necesario.
 - Administración de los diuréticos orales o intravenosos que se prescriban.
 - Controlar la respuesta del paciente tras su administración.
 - Comunicar igualmente la poliuria.
 - Reponer pérdidas de líquidos.
 - Reposición de iones.
 - Administración de anti diuréticos.
 - Observar respuesta tras su administración.
 - Anotación en gráfica.
- Si existe insuficiencia renal que ha de ser tratada por el servicio de Nefrología, colaboraremos con el personal de dicho servicio en la realización de la diálisis correspondiente.
 - Si el paciente no es portador de fístula A-V, prepararemos y colaboraremos en la inserción del catéter para diálisis.
 - Mientras se realiza dicha técnica (diálisis), nos encargaremos de controlar la posible inestabilidad hemodinámica del paciente.
 - Al finalizar la técnica anotaremos las pérdidas que ha tenido el paciente y que nos facilitará la enfermera de diálisis.

- Administración de medicación tras acabar la sesión de diálisis.
- Realización de TDCE en la unidad.
- Canalización de Shaldon.
- Cuidados diarios del mismo.
- Heparinización, según protocolo.
- Montaje de la máquina de TCDE.
- Purgado de dicha máquina.
- Una vez programada por el médico correspondiente, conexión del paciente.
 - Puesta en marcha de la terapia pautada.
 - Colocación del paciente, si es posible, en la mejor posición para que el catéter no tenga acodamientos.
 - Anotación de parámetros en hoja de TCDE.
 - Anotación en gráfica de hora de inicio y pérdidas horarias.
 - Pautar analíticas según protocolo: coagulación c / 4h y gases+iones 1 hora antes de que se acaben las bolsas del líquido de reposición.
 - Tener preparadas las bolsas de reposición antes de que se agoten y con los repuestos, según protocolo.
 - Realizar, con ayuda de A.E., el cambio de bolsas.
 - Cuando c / 4h se reciba la coagulación, modificar la p.c. de heparina, según TTPA y según se indica en el protocolo.
 - Proceder al cambio de terapia, cuando así se indique.
 - Si es necesario desplazar al paciente fuera de la unidad para la realización de cualquier prueba, procederemos a recircular la máquina.
 - Una vez regresemos volveremos a realizar la conexión e iniciaremos la terapia pautada.
 - El poner la máquina en recirculación implica la heparinización del catéter, según protocolo.
 - Mientras se realizan las TCDE, vigilar que si hay alguna incidencia en el funcionamiento de la máquina, nunca se pare la bomba sanguínea, pues así evitamos la coagulación y posterior cambio del equipo.
 - Cuando acabe el ciclo (12 ó 24 horas), según indicación facultativa, procederemos a “reprogramar” o bien a “finalizar tratamiento”.
 - La reprogramación la efectuará el médico.

- La desconexión para finalizar el tratamiento la realizaremos nosotros, según protocolo, devolviendo la sangre al paciente y procediendo acto seguido a heparinizar el Shaldon.

- Anotación en la hoja de TCDE de todas las modificaciones que se hayan realizado mientras que duró el tratamiento, tanto de parámetros como de modificación ó cambio de terapia.

- Anotar en la gráfica de constantes la hora de finalización del tratamiento.

- Anotación de comentarios en gráfica respecto a las incidencias surgidas.

6.- INFECCIOSO.

- Asegurarnos que el box, la cama y resto de material están limpios, desinfectados y preparados para recibir a un nuevo paciente.

- Aplicar precauciones universales en el manejo de los pacientes para disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades infecto-contagiosas.

- Control de temperatura.

- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de la piel y las membranas mucosas.

- Si fiebre, generalmente sacaremos cultivos tanto de sangre como de orina.

- La extracción de los hemocultivos se hará según el protocolo establecido en el centro.

- Ídem con urocultivos.

- Asegurarnos de petición de Procalcitonina.

- Realizaremos BAS.

- Continuaremos con la extracción de BAL c / 48 h.

- Si el paciente presentase alguna U x P con signo de infección tomaremos una muestra de exudado y lo enviaremos a cultivar.

- Revisión diaria y cura de accesos vasculares, prestando atención a los puntos de inserción.

- Revisión y cura diaria o cuando precise de heridas quirúrgicas.

- Inspeccionar la existencia de rubor, calor y dolor.

- Revisión de drenajes.

- Cultivo de líquido de drenajes.

- Valorar aspecto de posibles heridas traumáticas.
- Si el paciente es portador de traqueostomía, realizar limpieza y cura de traqueostoma.
 - Al realizar aspiraciones valoraremos el aspecto de las secreciones.
 - Avisaremos al facultativo de cuando corresponder los cambios de catéteres centrales y arteriales.
 - Cuando se haya efectuado el cambio de dichos catéteres, procederemos al cultivo de los que se retiren.
 - Registro en gráfica de enfermería de todo ello.
 - Administración de antibioterapia pautada.
 - Si los antibióticos pautados requieren vale de medicación restringida enviar este a farmacia y ocuparse de pedir diariamente a farmacia, en vale normal, la dosis diaria que corresponda.
 - Comentar con el relevo dónde se dejan las dosis pendientes de administrar o bien si están pendientes de recogida.
 - Mantener las normas de asepsia para todo paciente de riesgo.
 - Realizar técnicas de aislamiento si procede.
 - Generalmente al aislamiento de pacientes por gérmenes multiresistentes está ordenado por medicina preventiva.
 - Nos ocuparemos que en la puerta del box esté indicado el tipo de aislamiento.
 - Será responsabilidad nuestra que exista en la puerta del box el material necesario para acceder a él.
 - Controlaremos que no pase nadie al box sin las medidas de protección necesarias.
 - Seguiremos las precauciones propias en pacientes con neutropenia.
 - Tomaremos las muestras que indique medicina preventiva.
 - No se levantará el aislamiento hasta que lo indique medicina preventiva.
 - Procuraremos introducir dentro del box de aislamiento solamente el material que se vaya a utilizar.
 - Una vez levantado el aislamiento y el paciente haya abandonado el box se procederá a una limpieza exhaustiva del mismo por parte del servicio de limpieza; así como del material por el personal de la unidad.

- Nunca ocuparemos, sin desinfectar, un box que haya sido ocupado con un paciente infectado.

7.- LOCOMOTOR.

- Conocer las posibles lesiones o déficits que puedan presentar nuestros pacientes.
- Por ello en nuestro primer contacto con el paciente, aparte del relevo oral consultaremos la hoja de valoración de paciente politraumatizado.
- Colocación correcta del paciente dependiendo de la lesión.
- Si son lesiones con fracturas abiertas, vigilar sangrado y pulsos.
- Colocación correcta de miembro afectado en férula.
- Si precisa aparte de férula con alguna tracción y peso, ver que se aplica el peso correcto y además controlar que este no friccioné con el piecero de la cama.
- Controlar la correcta alineación de férula y miembro afectado.
- Las movilizaciones se efectuarán de modo correcto.
- Utilizar grúa mecánica, si es necesario.
- Si el paciente es portador de alguna escayola, vigilar la posible aparición de síndrome compartimental.
- Vigilar los posibles roces de la escayola en la piel.
- Ver movilidad de extremidad.
- Control de color y temperatura de extremidad afectada; así como la presencia de pulsos.
- Efectuaremos la limpieza y desinfección de las heridas que pudieran tener los pacientes.
- Las curas serán del modo más estéril posible.
- Cuando el paciente tenga alguna lesión de columna, o se sospeche, siempre tendrá tratamiento de lesionado medular.
- Movilización en bloque.
- Si el paciente tiene alguna lesión cervical que requiere la colocación de un compás, prepararemos la cama balcánica destinada a tal efecto.
- Colocaremos un colchón anti escaras y la movilización siempre se hará con grúa y muchísima precaución.

- A veces las lesiones requieren la colocación de corsé, pues bien tras recibir enseñanza de técnico ortopédico, seremos nosotros quién les colocaremos dicho corsé.
- En pacientes en estado de coma, tendremos muchísimo cuidado con el apoyo de determinados puntos para evitar UxP.
- Colocaremos también anti equinos.
- En pacientes muy agitados colocaremos en MM tanto SS como II, correas de sujeción.
- Administraremos la analgesia prescrita para evitar el posible dolor.
- Si el paciente precisa la colocación de un plexo femoral para analgesia, colaboraremos con el facultativo en su colocación.
- Evitaremos la colocación de vías intravenosas en las extremidades lesionadas.
- Cura diaria de vías, retirando aquellas que encontremos con algún signo de flebitis ó extravasación.
- Observaremos la movilización de miembros para le realización del TEST de GLASGOW.
- Instaremos a que se curse lo más rápidamente la hoja de consulta al servicio de Rehabilitación.
- Registro en gráfica de constantes de todo aquello que realicemos al paciente.

8.- LABORATORIO.

- Ver tratamiento para saber analíticas solicitadas.
- Conocer los diversos modelos de volantes; según el laboratorio de destino.
- Saber diferenciar los diferentes tubos para las diferentes pruebas y laboratorio que se soliciten.
- Obtener la muestra correcta, en función de la prueba solicitada.
- Identificación tanto de la muestra como del volante.
- Colaboración con el facultativo en la obtención de algunas muestras que es competencia de él su extracción.
- Cuando enviemos muestras de sangre al Banco de Sangre, aparte de identificar la muestra y la petición de pruebas cruzadas, se identificará con nombre y apellidos la persona que haya extraído la muestra.
- Colocaremos al paciente su pulsera identificativa de pruebas cruzadas.

- En el caso de tener que administrar algún hemoderivado, la solicitud al Banco de Sangre será enviando la hoja de control de transfusión con a. de enfermería quién también lo recogerá en mano.
- Cuando la recibamos comprobaremos, antes de iniciar la transfusión la coincidencia de paciente y hemoderivado.
- Iniciaremos la infusión del hemoderivado con el material adecuado y por la vía adecuada.
- Rellenaremos en la hoja de control de transfusión las casillas correspondientes a constantes y con el intervalo que se indica.
- Registraremos cualquier incidencia y la tolerancia a la muestra.
- También registraremos, si el hemoderivado no es administrado y lo devolveremos a B. Sangre.
- Firmaremos tras administrar el hemoderivado.
- Anotaremos en gráfica la administración del hemoderivado.
- El original de la hoja de control de transfusión se deja en la historia del paciente y la copia se devuelve a Banco de Sangre.
- Obtención de muestras de sangre relacionadas con niveles de fármacos que remitiremos al Laboratorio de Farmacología.
- Prepararemos el volante correspondiente según los niveles solicitados, lo identificaremos con pegatina del paciente y con códigos de laboratorio.
- Identificaremos también con códigos el tubo/os de la muestra.
- Las muestras se remitirán al laboratorio durante el turno de mañana de lunes a sábado, en festivos se comunica al laboratorio de urgencias que la conservarán hasta el lunes.
- Registraremos en gráfica la realización de dichas pruebas.
- Cuando llegue el resultado se lo comunicaremos al facultativo; quién a su vez nos indicará la modificación o no del tratamiento del fármaco.
- Si es necesaria la modificación lo registraremos en la gráfica.
- Diariamente de lunes a viernes, en turno de mañanas enviaremos al laboratorio de vía normal la analítica que hemos de extraer protocolizada, cuando en el tratamiento nos indican analítica completa.
- Posteriormente el resto de analíticas que se obtengan se enviarán al laboratorio de urgencias.

- Cuando se trate de cultivos, tanto hemocultivos como urocultivos o bien cualquier otra muestra se enviarán al laboratorio de Microbiología.
- Cada 48 h. sacaremos un BAL a todo paciente intubado ó traqueostomizado, por protocolo.
- Cuando al paciente se le practique una fibroscopia entonces se obtendrá un BAS que remitiremos a Microbiología.
- Archivaremos en la historia clínica todos los resultados de cultivos que vayamos recibiendo.
- Registraremos en la gráfica la fecha de obtención de todos ellos.

OTRAS ACTIVIDADES.-

- Actividad docente relacionada con la formación de alumnos de la E.U. de Albacete que completan su periodo de prácticas en la Unidad.
- Participación en la formación mediante cursos de reciclaje de otros profesionales.
- Formación de otros compañeros que acuden a trabajar por vez primera a la Unidad.
- Aprendizaje de las novedades respecto al aparataje y su manejo que se van incorporando a la Unidad.
- Participación en la elaboración de nuevos protocolos y revisión de los ya existentes.
- Aprendizaje de las novedades farmacológicas y su administración.
- La asistencia a jornadas y cursos dentro de los programas de formación continuada que desarrolla la institución.

PROTOCOLOS DEL SERVICIO.-

- Protocolo de TCDE.
- Protocolo de canalización de Vías Centrales.
- Protocolo de canalización Arterial.
- Protocolo de colocación de catéter Swanz-Ganz.
- Protocolo de colocación de PICCO.
- Protocolo de Traqueostomía Percutánea.

- Protocolo de Limpieza de Fibrobroncoscópico.
- Protocolo de Nutrición Enteral.
- Protocolo de Nutrición Parenteral.
- Protocolo de manejo de sonda Naso-Yeyunal de doble luz.
- Protocolo de Obesidad Mórbida.
- Protocolo de Insulina i.v.
- Protocolo de ingreso en Sala de Despertar.
- Protocolo de ingreso en Unidad de Reanimación.