

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Esquema de enfoque de enfermería de rutina para el paciente en Terapia Intensiva

■ **STEFANO BAMBI¹, CHIARA PEDUTO², PASQUALE DAMMIANO², YARI BARDACCI², LORENZO BALLERINI², ELISA MATTIUSI³**

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Terapia Intensiva e Subintensiva di Medicina e Chirurgia, Firenze - Consiglio Direttivo Aniarti

² Terapia Intensiva di Emergenza e del Trauma – Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Comitato Direttivo Aniarti

³ Tutor didattico, Corso di Studi in Infermieristica, Università degli Studi di Udine

Traducción por Di Risio Alessandro, Enfermero – Unidad de Cuidados Intensivos – ASL02 Abruzzo, Hospital "Ss. Annunziata", Chieti

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

PERVENUTO IL 01/04/2020
ACCETTATO IL 06/04/2020

Corrispondenza per richieste:

Comitato Direttivo Aniarti
aniarti@aniarti.it

Nota para el uso del archivo:

Esta tabla extremadamente esquemática está destinada al apoyo a través de la lista de verificación de las enfermeras, particularmente de recién incorporación y recién contratada en cuidados intensivos. El objetivo es proponer un esquema lo más sistemático posible (pero probablemente no exhaustivo). No pretende ser una herramienta rígida, sino un recordatorio transversal y extremadamen-

te flexible en términos de modificabilidad y adaptabilidad a los diferentes contextos logístico-operativos con lo que se caracterizan las terapias multipropósito e intensivas especialista en general.

Claramente durante el periodo de COVID 19, no solo se pueden prever algunas de las intervenciones que se han incluido, sino probablemente otros tendrán que ser modificados o incluso pospuestos. Por esta razón pensé en

una columna a la derecha llamada "prioridades", de modo que, si es necesario se pueda reflexionar sobre lo que sería aceptable en términos de falta de enfermería.

Dentro de los pasos, el orden en que se enumeran las evaluaciones e intervenciones no debe entenderse en riguroso orden vertical de prioridad, pero en general esto se vuelve variable dependiendo de las situaciones clínicas y contingencias.

PASO	Evaluación-intervención	Prioridad
Handover	<input type="checkbox"/> Hacerse cargo de los pacientes al comienzo del turno recuperando información de colegas del cambio de turno según el esquema del ABCDE: <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Motivo/diagnóstico de ingreso • Factores de riesgo de comorbilidad • Tratamiento en curso/alergias • A – Consciencia/sedación y vía aérea • B – Respiración: soporte respiratorio • C – Círculo: dispositivos intravasculares; soportes cardíacos-hemodinámicos; diuresis y soporte renal; aspectos hematológicos. • D – Discapacidad, problemas neurológicos; dolor y analgesia, drenaje y catéteres; soportes nutricionales. • E – Exposición; control de la temperatura, condiciones de la piel (lesiones); movilización y eliminación. • F – Familiares; aspectos legales relacionados con la relación y la esfera psicoemocional. • I – Infecciones; temas abiertos; infecciones multi resistentes; tipo de aislamiento. 	
	<input type="checkbox"/> Programa diagnóstico terapéutico previsto durante el turno	

PASO	Evaluación-intervención	Prioridad
A - Auto-Safety	<input type="checkbox"/> Antes de ingresar en el box del paciente, autocomprobación: ¿El EPI usado es correcto en comparación con el procedimiento/asistencia a realizar?	
	<input type="checkbox"/> Use camisas verdes desechables sobre el uniforme o bata/todo impermeable para cada paciente, y retírelo y deséchelo adecuadamente antes del salir del box	
	<input type="checkbox"/> Usar un par de guantes desechables para el cuidado del paciente. Cambiar los guantes en caso de rotura, suciedad, o por necesidad de cambiar de una actividad sucia a una limpia (ej. Después de la higiene y antes de realizar las curas o administración de medicación)	
	<input type="checkbox"/> Antes de ponerse un nuevo par de guantes, pase el gel alcohólico sobre los guantes que están por debajo	
	<input type="checkbox"/> Compruebe la activación de la presión negativa o positiva de la ventilación de la sala del paciente según las necesidades clínicas	
Setting Safety	<input type="checkbox"/> Verifique la presencia de globos autoexpansibles	
	<input type="checkbox"/> Verifique la presencia del medidor del flujo de oxígeno con boquilla para la conexión de extensión de la válvula del suplemento de oxígeno al globo autoexpandible	
	<input type="checkbox"/> Verifique el funcionamiento del aspirador	
	<input type="checkbox"/> Comprobación de los cajones de gestión de la vía aérea (filtros antimicrobianos, filtros HME, montaje con catéter lubricante soluble en agua, medidas de las cánulas de guedel, medidas para las mascarillas faciales para la ventilación)	
	<input type="checkbox"/> Verifique la presencia del filtro HEPA al final de la rama espiratoria del circuito del ventilador automático con la fecha del día actual (sustitución obligatoria cada 24 horas)	
	<input type="checkbox"/> Comprobación de alarmas del ventilador artificial <ul style="list-style-type: none"> • Volumen mínimo y máximo/ minuto • Volumen tidal máximo • Presión inspiratoria máxima • Frecuencia respiratoria mínima y máxima • Tiempo de apnea (15 segundos máximo). 	
	<input type="checkbox"/> Verifique el ventilador de la función de "ventilación de apoyo" o ventilación en apnea: debe estar activado si los pacientes están en ventilación con soporte de presión	
	<input type="checkbox"/> Comprobar monitor multiparamétrico <ul style="list-style-type: none"> • Alarmas periféricas de saturación de oxígeno (amarillo 92%, rojo 90%, predeterminado o personalizado según el paciente) • Alarmas de frecuencia cardíaca mínima y máxima • Alarmas de presión arterial mínima y máxima • Alarmas de frecuencia respiratoria (personalizadas) • Alarmas End-Tidal de CO₂, mínimo y máximo (personalizado) • Alarmas de presión intracraneal máxima (por defecto 20 mmHg) • Alarmas mínimas de presión de perfusión cerebral (50 mmHg) 	
	<input type="checkbox"/> Verificar todas las fuentes de alimentación electromédicas que deben estar en la red	
	<input type="checkbox"/> Verifique la correspondencia de la terapia de infusión prescrita (fármaco y dosis) que está en progreso dentro del box	
	<input type="checkbox"/> Verifique las conexiones de los tubos y los filtros del ventilador (deben estar apretados)	
	<input type="checkbox"/> Verifique las conexiones para las líneas de infusión (deben ser firmes pero no excesivamente apretadas)	
	<input type="checkbox"/> Verifique los circuitos extracorpóreos (CRRT, ECMO). Verifique la ausencia de torceduras o aplastamiento de los tubos y fijación de las conexiones con catéteres	
	<input type="checkbox"/> Verificación de la cama del paciente: laterales elevados, cama frenada	
	<input type="checkbox"/> Antes de abandonar el box del paciente, realice una comprobación de infusión que esté finalizando y anticipese al cambio inminente para minimizar el reingreso en el box (llamado "cero de la bomba")	
Quick look paciente	<input type="checkbox"/> Evaluación de un vistazo (ABCDE) del paciente y de los soportes a los que está conectado a la llegada, todo esto destinado a detectar problemas de seguridad inmediatos	

PASO	Evaluación-intervención	Prioridad
A - Airways	<input type="checkbox"/> Valoración de la conciencia (escala de coma de Glasgow)	
	<input type="checkbox"/> Valoración de la sedación (escala de sedación y agitación de Richmond)	
	<input type="checkbox"/> Verificación de la vía aérea natural <ul style="list-style-type: none"> • Permeabilidad conservada de las vías respiratorias naturales 	
	<input type="checkbox"/> Revisar las vías respiratorias artificiales- tubo endotraqueal <ul style="list-style-type: none"> • Permeabilidad • Posición (colocación bucal central, derecha, izquierda; número de cm de la colocación) • Correcta fijación del tubo • Inflado del manguito entre 25-30 cmH₂O (al menos 2 veces por turno, antes de la higiene oral y cuando sea necesario) 	
	<input type="checkbox"/> Comprobar vías respiratorias artificiales – tubo de traqueotomía <ul style="list-style-type: none"> • División del tipo de tubo de traqueotomía (fenestrado/no fenestrado) • Permeabilidad: cánula de control y limpieza • Fijación correcta del tubo de traqueotomía • Control del estado del estoma traqueal y medicación • Si la cánula es con manguito: inflado del manguito entre 25 y 30 cmH₂O (al menos dos veces por turno, antes de la higiene oral y según sea necesario) 	
	<input type="checkbox"/> Verificar la aspiración subglótica (en pacientes con vía aérea artificial) <ul style="list-style-type: none"> • -25 mmHg en aspiración continua • -100/-150 en aspiración intermitente 	
	<input type="checkbox"/> Monitoreo End Tidal CO ₂ <ul style="list-style-type: none"> • Obligatorio en todos los pacientes con tubo endotraqueal. • Obligatorio en todos los pacientes con monitorización de la presión intracraneal (PIC) • Obligatorio en todos los pacientes con problemas de homeostasis de CO₂ • Recomendado en todos los demás tipos de pacientes 	
	<input type="checkbox"/> Aspiración traqueal <ul style="list-style-type: none"> • Circuito cerrado de aspiración obligatorio para todos los pacientes • Solo cuando sea necesario, nunca de forma rutinaria, preferiblemente al observar las curvas del flujo de espiración 	
B - Breathing	<input type="checkbox"/> Higiene de la cavidad oral una vez por turno. <ul style="list-style-type: none"> • Cepillo pequeño con detergente para todos los pacientes excepto aquellos con trastornos de la coagulación o trombocitopenia. • Uso de la almohadilla de espuma en pacientes con trastornos de la coagulación o trombocitopenia • El uso del enjuague bucal con clorhexidina está reservado solo para pacientes cardiorácicos intubados 	
	<input type="checkbox"/> Valoración clínica respiratoria <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria • Superficialidad/profundidad de la respiración • Sincronía toraco-abdominal • Simetría de la expansión torácica • Palpación torácica en busca de alteraciones morfológicas y enfisema subcutáneo • Auscultación de los hemitórax derecho e izquierdo, superiormente e inferiormente • Observación del color cutáneo 	
	<input type="checkbox"/> Valoración instrumental respiratoria <ul style="list-style-type: none"> • Saturación periférica de oxígeno (cambio de ubicación al menos una vez al día); si presenta catéter arterial priorizar la colocación del sensor en un dedo de la extremidad con un catéter para la evaluación de la perfusión distal • Gasometría arterial – GA (en el paciente crítico al menos cada dos horas; al variar las condiciones clínicas; después de al menos 30 minutos desde la variación de los parámetros de ventilación del ventilador; sobre la necesidad de controlar la homeostasis electrolítica, glucémica y metabólica, consultar prescripción médica) 	

PASO	Evaluación-intervención	Prioridad
	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <ul style="list-style-type: none"> • Flujo • FiO₂ 	
	<input type="checkbox"/> Valoración de la ventilación mecánica no invasiva <ul style="list-style-type: none"> • Modalidad de ventilación (CPAP, PSV, BIPAP/DuoPAP/BiVent) • Frecuencia respiratoria • Volumen Tidal espiratorio • PEEP • FiO₂ 	
	<input type="checkbox"/> Valoración de la ventilación mecánica invasiva <ul style="list-style-type: none"> • Modalidad de ventilación • Frecuencia respiratoria (espontánea y/o obligada) • Volumen Tidal espiratorio • Presión de inspiración (Picco/Plateau) • PEEP • FiO₂ 	
	<input type="checkbox"/> Comprobar circuito de ventilación mecánica <ul style="list-style-type: none"> • Posición de la rama inspiratoria por encima de la rama espiratoria, e Y del circuito mantenida más baja respecto al catéter • Sustitución rutinaria cada 15 días • Sustitución en caso de cambio de paciente, fugas, roturas o suciedad visible 	
	<input type="checkbox"/> Humidificación de gas <ul style="list-style-type: none"> • Calentar O₂ para terapia de alto flujo (cánula nasal de alto flujo o Venturi) • Activa (calentado) a todos los pacientes portadores de cánula de traqueotomía con oxigenoterapia, salvo que el médico indique lo contrario. • Pasivo con filtro HME, si los pacientes con ventilación mecánica no esperan más de 48/96 horas, y con Volúmenes de Tidal de no menos de 7-8 ml/kg/IBW, que no sean hipotérmicos y sin exceso de secreciones • Pasivo con filtro HME en pacientes con necesidades de aislamiento ("airborne") respiratorio, como por ejemplo en el COVID-19, a menos que exista una indicación médica diferente. • Sustitución de los filtros HME ubicados en la Y del circuito de ventilación cada 24 horas 	
	<input type="checkbox"/> Gestión de la eliminación de la condensación del circuito <ul style="list-style-type: none"> • Mediante la prevención de inhalado del aerosol en el momento de la desconexión (técnica de clamp en espiración y stand-by del ventilador). 	
	<input type="checkbox"/> Verifique el estado de los cilindros y la estanqueidad del circuito de nitróxido, si está presente	
	<input type="checkbox"/> Verifique la posición del paciente, semisentado a 30° o si está contraindicado, en anti-trendelemburg	
C - Circulation	<input type="checkbox"/> Valoración clínica cardiocirculatoria <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del pulso (radial, braquial, femoral) • Relleno capilar • Color cutáneo • Temperatura cutánea • Sudoración 	
	<input type="checkbox"/> Monitorización instrumental básica continua <ul style="list-style-type: none"> • ECG (frecuencia, ritmo, aspecto del QRS) • Presión arterial sistémica invasiva (presión sistólica, diastólica y media) • Presión arterial sistémica no invasiva (presión sistólica, diastólica y media) • Presión venosa central en la llave distal del CVC 	
	<input type="checkbox"/> Ejecución de ECG de 12 derivaciones en arritmias, alteraciones del QRS o del tramo S-T	
	<input type="checkbox"/> Verificar el funcionamiento y la modalidad del marcapasos	

PASO	Evaluación-intervención	Prioridad
	<input type="checkbox"/> Monitoreo del DO ₂ (transporte de oxígeno) <ul style="list-style-type: none"> • Valor de la PVC (considerando la PEEP del ventilador mecánico) • Valor de la SVCO₂ (Ejecución de una gasometría, Análisis venoso central del CVC distal en la vena cava superior) • Valor de la hemoglobina (gasometría, Análisis arterial o venosa) • Valor de la SaO₂ (gasometría, Análisis arterial) • Monitoreo del gasto cardiaco o del análisis del contorno de la muñeca (PiCCo, PRAM, Vigileo) 	
	<input type="checkbox"/> Monitoreo de perfusión de órganos con objetivo de presión arterial promedio (PAM) de 60-65 mmHg	
	<input type="checkbox"/> Verifique los circuitos de transducción para detectar presiones invasivas: <ul style="list-style-type: none"> • Presión del manguito de bolsas mantenida a 300 mmHg • Mantenimiento del eje flebotático para la posición del transductor (cruce entre los ejes horizontales - Cuarto espacio intercostal y vertical: a la altura de la mitad del cofre) • Puesta a cero de los transductores al menos 1 vez por turno y según sea necesario • Reemplazo rutinario cada 96 horas 	
	<input type="checkbox"/> Verificar la fijación segura de los accesos vasculares	
	<input type="checkbox"/> Verificar la permeabilidad del acceso vascular <ul style="list-style-type: none"> • Aspiración del catéter de volumen de llenado e inyección con bolo de solución fisiológica de 10 ml a presión positiva con técnica stop and go (push-stop), de luces del catéter que no tienen infusión continua, a través de los tapones de las válvulas • En catéteres vasculares con luces en reposo, control de aspiración del volumen de llenado del catéter, lavando como se describe anteriormente a través de los tapones de las válvulas, una vez por turno 	
	<input type="checkbox"/> Manejo de los tipos de infusión a través de las luces de un catéter venoso central. <ul style="list-style-type: none"> • Luz proximal: drogas vasoactivas e inotrópicas • Luz medial: fármacos sedantes • Luz distal: infusiones de suero ("ruta principal") / línea de medición de presión venosa central • Administración de fármacos extemporáneos solo en la vía principal (luz distal) • Manejo continuo de la infusión según compatibilidad farmacológica 	
	<input type="checkbox"/> Manejo total de la nutrición parenteral y cambio del set de infusión al cambiar la bolsa (cada 24 horas)	
	<input type="checkbox"/> Gestión de reposición de electrolitos según protocolo interno	
	<input type="checkbox"/> Manejo de los niveles de glucosa en sangre de acuerdo con el protocolo interno, tolerado hasta 140 mg/dl, sin duda para ser corregido más de 180 mg/dl	
	<input type="checkbox"/> Extracción de catéteres venosos periféricos en presencia de CVC (mejor si power inyectable)	
	<input type="checkbox"/> Comprobación diaria de los sitios de inserción de los accesos vasculares <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de apósito transparente, si permanece íntegro cada 7 días • Cambio de vendaje de gasa, si no está dañado y mojado, cada 48 horas 	
	<input type="checkbox"/> Reemplazo de las líneas de infusión con tapas de válvulas y grifos, cada 96 horas <ul style="list-style-type: none"> • El set de infusión de propofol debe cambiarse con cada cambio de jeringa 	
	<input type="checkbox"/> Reemplazo de transductores de presión cada 96 horas	
	<input type="checkbox"/> Control de diuresis por hora (0.5-1 ml/kg/h)	
	<input type="checkbox"/> Control de monitorización del catéter de la arteria pulmonar <ul style="list-style-type: none"> • Presión auricular izquierda (PAS) • Presión de la arteria pulmonar (PAP) • Presión de cuña capilar (P-Wedge) • SvO₂ 	
	<input type="checkbox"/> Busque focos hemorrágicos externos, cerca de los puntos de inserción de vías, y de catéteres y drenajes	
	<input type="checkbox"/> Muestras de sangre según prescripción <ul style="list-style-type: none"> • Del sistema de transducción arterial • Desde el sistema de transducción de PVC, después de desechar suero del sistema y después de descartar el apropiado volumen del catéter y línea de lavado. 	

PASO	Evaluación-intervención	Prioridad
	<input type="checkbox"/> Control de coagulación (plasma aPTT) por punto de atención (en protocolos de anticoagulación con heparina) al menos cada 4 horas, o según sea necesario (aproximadamente 1 hora después de cambiar la velocidad de perfusión de heparina o administración de antifibrina III)	
	<input type="checkbox"/> Monitorización continua del tratamiento de reemplazo renal (TRRC) <ul style="list-style-type: none"> • Flujo de sangre • Reinfusión pre / post • Dializado • Eliminación • Presión transmembrana • Busque signos de coagulación del filtro (fibrina, coágulos) 	
	<input type="checkbox"/> Monitorización de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) <ul style="list-style-type: none"> • Revoluciones de bomba (rpm) • Flujo de sangre • Flujo de gas • FiO₂ • Presión previa a la bomba (negativa) • Presión de pre-filtro • Presión post-filtro • Δ P (Presión pre-filtro - Presión post-filtro) • Busque signos de coagulación del oxigenador (fibrina, coágulos) • Movimiento de bandera de las cánulas (reducción crítica del flujo sanguíneo previo a la bomba) 	
	<input type="checkbox"/> Monitorización de la bomba de globo intraórtico (IABP) <ul style="list-style-type: none"> • Modo • Sensibilidad • Frecuencia • Aumento • Pista de ECG • Pista de la presión sanguínea • Pista del globo intraórtico • Valores de presión arterial sistólica y diastólica aumentadas 	
	<input type="checkbox"/> Compruebe la presencia, las características de las muñecas y el relleno capilar debajo de los accesos arterial y vascular venoso (si son de gran calibre)	
	<input type="checkbox"/> Verifique el balance de líquidos parcial y diario (I / E)	
	<input type="checkbox"/> Manejo de la transfusión de sangre de acuerdo con los procedimientos / control computarizado	
D - Disability	<input type="checkbox"/> Verifique el estado de la sedación con la escala de sedación de agitación de Richmond (RASS)	
	<input type="checkbox"/> Verifique el nivel de resolución muscular, si hay agentes paralizantes en infusión	
	<input type="checkbox"/> Verifique el estado de conciencia con Glasgow Coma Scale (GCS) (en ausencia de sedación)	
	<input type="checkbox"/> Verifique la presencia de un reflejo de la carina durante la traqueoaspiración	
	<input type="checkbox"/> Control de déficit motor de 4 extremidades y evaluación de la fuerza muscular	
	<input type="checkbox"/> Verificar el estado de la pupila	
	<input type="checkbox"/> Verificar el dolor <ul style="list-style-type: none"> • Con escala analógica visual (VAS) o escala de calificación numérica (NRS) en pacientes que pueden informar de dolor independientemente • Con Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) o Behavioral Pain Scale (BPS) en pacientes que no sean capaces de verbalizar 	
	<input type="checkbox"/> Verifique la presencia de delirio con el Método de evaluación de confusión: Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit (CAM-ICU) o Intensive Care Delirium Screening Check List (ICDSC)	
	<input type="checkbox"/> Monitorización de presión intracraneal (PIC) con objetivo PIC <20 mmHg	
	<input type="checkbox"/> Monitorización de la presión de perfusión cerebral (PPC) con objetivo 50-70 mmHg	

PASO	Evaluación-intervención	Prioridad
D - Drainages	<input type="checkbox"/> Verifique la funcionalidad de la sonda vesical y cámbiela a intervalos de acuerdo con el fabricante.	
	<input type="checkbox"/> Verificar la funcionalidad del urómetro y mantener el circuito cerrado	
	<input type="checkbox"/> Verifique la posición correcta del tubo de oro o nasogástrico (SOG/SNG) al menos una vez por turno o según sea necesario	
	<input type="checkbox"/> Cambio diario del apósito del SNG o SOG junto con el punto de soporte en la fosa nasal para prevenir lesiones relacionadas con el dispositivo	
	<input type="checkbox"/> Administración de nutrición enteral (NE) según prescripción	
	<input type="checkbox"/> Control del estancamiento gástrico cada 4 horas, con un umbral de tolerancia de 300 ml, pero en evaluación general relativa a la velocidad de administración de la fórmula NE	
	<input type="checkbox"/> Verifique la permeabilidad y las características del material de todas las caídas y succiones y drenajes puntuales cero, subjetivo al comienzo de cada turno, y con descarga en el balance del paciente a medianoche	
	<input type="checkbox"/> Comprobación de permeabilidad del drenaje "pig-tail" torácico una vez por turno mediante succión y control de presencia de válvula de Heimlich	
	<input type="checkbox"/> Control de presión endovesical, con 25 ml de solución salina de llenado y valores objetivo ≤ 10 cmH ₂ O	
	<input type="checkbox"/> Chequeo de apariencia y vendaje de estoma abdominal	
	<input type="checkbox"/> Verificar la canalización del paciente y el manejo de alvo <ul style="list-style-type: none"> • Al menos en el tercer día, no más de 5-7 días 	
	<input type="checkbox"/> Verificar diarrea y evaluación / manejo de ayudas de desviación fecal	
E - Exposure	<input type="checkbox"/> Comprobación rápida de la exposición de todo el paciente al comienzo del turno y según sea necesario para un examen rápido de problemas de seguridad	
	<input type="checkbox"/> Monitorización intermitente o continua de la temperatura corporal (TC) según las necesidades clínicas del paciente <ul style="list-style-type: none"> • En los sistemas de soporte extracorpóreo, la necesidad de monitorización continua por TC 	
	<input type="checkbox"/> Evaluación sistemática de las áreas del cuerpo anterior y posterior del paciente para detectar lesiones depresión y dispositivos y apósitos relacionados después de la higiene de rutina en la mañana y siempre cuando el paciente tenga que cambiar de posición	
	<input type="checkbox"/> Verifique el riesgo de lesiones por presión (Escala de Braden), y la necesidad de dispositivos antiéscaras, y su operación: <ul style="list-style-type: none"> • Colchones de presión alterna • Colchones de liberación de aire 	
	<input type="checkbox"/> Control y vendaje de heridas quirúrgicas	
	<input type="checkbox"/> Control y vendaje de heridas traumáticas	
	<input type="checkbox"/> Control y apósito de fijadores externos	
	<input type="checkbox"/> Verifique los electrodomésticos a rayas	
	<input type="checkbox"/> Verifique las ayudas de la inmovilización de la columna o las extremidades del paciente	
	<input type="checkbox"/> Verificar la presencia de restricciones del paciente y verificar la situación de seguridad del estado cutáneo en extremidades neurovasculares a intervalos cortos	
	<input type="checkbox"/> Verificar la presencia de dispositivos para la prevención de la trombosis venosa profunda de acuerdo con las indicaciones del médico: <ul style="list-style-type: none"> • Medias elásticas • Sistemas neumáticos • Contraindicación absoluta la presencia de arteriopatía ocluyente de las extremidades inferiores 	
	<input type="checkbox"/> Verifique las pertenencias personales retiradas al paciente inconsciente, con compilación separada y almacenamiento en lugar seguro, esperando el regreso	
	E - Education	<input type="checkbox"/> Información al paciente despierto sobre intervenciones y medidas de enfermería.
<input type="checkbox"/> Evaluación de la necesidad de herramientas para mejorar la comunicación entre el paciente con vía aérea artificial		
<input type="checkbox"/> Educación al paciente despierto para realizar rehabilitación temprana		

PASO	Evaluación-intervención	Prioridad
	<input type="checkbox"/> Identificación de las condiciones psicológicas del paciente que pueden necesitar apoyo especializado	
	<input type="checkbox"/> Identificación de las condiciones de ansiedad / depresión en el paciente despierto	
F - Fair Positioning	<input type="checkbox"/> Compruebe el cambio de posición del paciente cada 2-4 horas de forma compatible con: <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones respiratorias • Estabilidad hemodinámica • Condiciones neurológicas / lesiones 	
	<input type="checkbox"/> Posicionamiento alternativo en: <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento en decúbito semi-reclinado $\geq 30^\circ$ • Posicionamiento del decúbito lateral derecho • Posicionamiento en decúbito lateral izquierdo 	
	<input type="checkbox"/> Pronación del paciente con vías respiratorias artificiales en presencia de hipoxemia severa y beneficio potencial (Relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 150$)	
	<input type="checkbox"/> Posicionamiento en posición de silla de cardiología, si es necesario y no está contraindicado	
	<input type="checkbox"/> Posicionar el paciente en un sillón si es necesario y no está contraindicado.	
F - Family members and significant others	<input type="checkbox"/> Asegurar el contexto en presencia de visitantes	
	<input type="checkbox"/> Proporcionar información de enfermería a los familiares y otras personas importantes	
	<input type="checkbox"/> Apoyo, a través de una relación de ayuda con los familiares y otras personas importantes	
	<input type="checkbox"/> Reconocimiento y gestión de las fases de duelo de los miembros de la familia con respecto al evento crítico	
	<input type="checkbox"/> Detectar relaciones críticas con los familiares y otras personas importantes	
	<input type="checkbox"/> Detección de la necesidad de apoyo psicológico para los familiares y otras personas importantes	
I - Infection	<input type="checkbox"/> Comprobación preventiva de las necesidades de aislamiento del paciente para el organismo resistente a múltiples fármacos (MDRO) y gestión	
	<input type="checkbox"/> Control preventivo de las necesidades de aislamiento del paciente para inmunosupresión y manejo	
	<input type="checkbox"/> Controles de EPP adecuados para el manejo de afecciones infecciosas que se manejarán durante el proceso de enfermería	